Biuletyn 6/2008 1 czerwca 2008 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Dzień z pielęgniarką i położną

W dniu 10 maja 2008 r. w Manufakturze od godz. 10,00 do 18,00 pod patronatem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz Związków Zawodowych Pielęgniarek i Położnych Regionu Łódzkiego zorganizowano imprezę pod nazwą „Dzień z Pielęgniarką i Położną". Ideą tej akcji było zwrócenie uwagi na profilaktykę zachowań zdrowotnych oraz promowanie zawodu pielęgniarki i położnej.

Łodziankom zaoferowano możliwość wykonania mammografii, naukę samokontroli piersi pod fachowym okiem położnych. Nauka samokontroli piersi odbywała się na specjalnych fantomach.

Łodzianie mogli oddać honorowo krew – do ambulansu Regionalnego Centrum Krwiodawstwa zgłosiło się 16 osób celem oddania krwi.

Grupa pielęgniarek na co dzień pracująca w oddziałach psychiatrycznych udzielała porad na temat uzależnień, depresji, schizofrenii, choroby Alzheimera.

Szczególne zainteresowanie wzbudziła nauka udzielania pierwszej pomocy ćwiczona na fantomach. Największym zaś zainteresowaniem cieszyły się stanowiska, gdzie pielęgniarki i położne badały poziom glukozy we krwi, poziom cholesterolu, mierzyły ciśnienie krwi – wykonano ponad tysiąc badań.

Wśród licznie przybyłych łodzian rozdawano tysiące ulotek dotyczących zdrowego stylu życia, duża oferta skierowana była do przyszłych mam i ich dzieci. Dla najmłodszych uczestników zorganizowano konkursy z nagrodami.

Wspólnie uczyliśmy się Nordic – Walking-u, dobrze wpływającego na poprawę kondycji, a co za tym idzie stanu zdrowia.

W akcję w Manufakturze włączyły się również słuchaczki wydziałów pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi.

Spotkaliśmy się z licznymi dowodami życzliwości ze strony społeczeństwa, łodzianie dziękowali nam, za ich zdaniem, tak potrzebną akcję.

Szczególnie gorąco pragnę podziękować wszystkim pielęgniarkom i położnym oraz ich rodzinom, pracownikom biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa w Łodzi, Straży Miejskiej w Łodzi, Krajowemu Centrum ds. AIDS, firmom: Hartman, Skamex, Roche, Wydziałowi Zdrowia Publicznego w Łodzi za pomoc w zorganizowaniu i przeprowadzeniu naszej imprezy.

Anna Manes - Sekretarz ORPiP

Fotoreportaż z imprezy na II i III stronie okładki Biuletynu.

w numerze:

2 Serwis informacyjny

4 Radca prawny radzi

6 Profilaktyczna opieka zadrowotna nad dziećmi i młodzieżą szkolną - standardy postępowania, przepisy prawne
mgr Żaneta Karczewska

8 Sprawozdanie z konferencji

9 Etyka w praktyce pielegniarki środowiska i nauczania
Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolenej - Mirosława Centkowska

11 Znaj obowiązki...wiedz więcej...czy wiesz, że...
Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia

14 Czynniki sprzyjające wystąpieniu nefropatii cukrzycowej
mgr Beata Leśniewska

16 Opieka nad dzieckiem z porażeniem mózgowym
Krystyna Pawelec, Anna Krawczyk-Domagała, Rozalia Rusiecka

20 Profilaktyka wad cewy nerwowej

22 WSH-E Naukowe Koło Studenckie:
Przeżywanie żałoby przez osieroconą rodzinę
Monika Glonek

24 Analiza przyczyn hospitalizacji w wieku podeszłym
lic. piel. Anna Manes

30 Światowy Dzień Walki z Cukrzycą
mgr Danuta Wieczorek

31 Kącik biblioteczny

UWAGA
w dniach
28.07.2008 - 14.08.2008

BIBLIOTEKA NIECZYNNA

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

Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 08 kwietnia 2008 roku

➲ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek - 3 pielęgniarki i 1 położną.
➲ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
➲ Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu – 3 pielęgniarkom i 1 położnej.
➲ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki i 9 położnych.
➲ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 1 praktykę.
➲ Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
➲ Zatwierdzono plany pracy na rok 2008 Komisji problemowych działających przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
➲ Powołano składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i komisji egzaminacyjnych dla kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych organizowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
➲ Dokonano zmian w regulaminach :
1) Uchwała Nr 105/V w sprawie programu i sposobu przeszkolenia pielęgniarki, położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat.
2) Uchwała Nr 106/V w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom OIPiP w Łodzi.
3) Uchwała Nr 107/V w sprawie finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego.
4) Uchwała Nr 108/V w sprawie zasad finansowania kształcenia podyplomowego prowadzonego przez OIPiP w Łodzi.
5) Uchwała Nr 109/V w sprawie warunków i zasad przyznawania nagrody finansowej dla członków OIPiP w Łodzi kończących studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.
➲ Zatwierdzono:
- koszty szkolenia nt. „Cewnikowanie chorych”,
- przyznano jedną zapomogę losową – 1 500zł.
➲ Odmówiono ze względów regulaminowych:
a) 2 osobom - dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym.
b) 1 osobie - zapomogi losowej.
➲ Uzupełniono składy osobowe komisji problemowych:
- Komisji Opieki Paliatywno – Hospicyjnej – wpisano 3 osoby, skreślono 3 osoby,
- Komisji Pielęgniarek Rodzinnych – wpisano 5 osób, skreślono 6 osób.
➲ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do pracy w:
- komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego,
- 2 komisji konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej,
- 1 komisji konkursowej na stanowisko ordynatora.

Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 26 kwietnia 2008 roku

➲ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych - 5 pielęgniarek.
➲ Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu - 1 pielęgniarce.
➲ Wpisano na listę członków OIPiP i do rejestru pielęgniarek – 1 pielęgniarkę.
➲ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 2 osoby.
➲ Wpisano do rejestru praktyk indywidualnych pielęgniarek – 5 praktyk.
➲ Rozpatrzono wnioski w sprawie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu:
- skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu 1 położną,
- skrócono przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu – 2 pielęgniarkom.
➲ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
- kursie specjalistycznym – 11 osobom,
- kursie kwalifikacyjnym - 4 osobom,
- kursie dokształcającym – 5 osobom,
- sympozjum i konferencji – 11 osobom
➲ Odmówiono dofinansowania ze względów regulaminowych 6 osobom.
➲ Przyznano zapomogi bezzwrotne w wysokości:
- 1500 zł – 3 osobom,
- 1000 zł – 2 osobom,
- 750 zł – 1 osobie.
➲ Zatwierdzono:
- dofinansowanie udziału OIPiP w „Dniu z pielęgniarką i położną” dnia 10 maja 2008 r. w Manufakturze,
- darowiznę na rzecz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi,
- honoraria dla 4 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie,
- koszty artykułów papierniczych na kwotę 100 zł celem wsparcia projektu słuchaczy Kolegium Służb Społecznych.
➲ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do pracy w:
- „Zespole Roboczym ds. Ośrodka Pediatrycznego im. J. Korczaka”,
- komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego,
- 2 komisji konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej.

***

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

czerwiec2008.p65 2 2008-05-21, 11:36

KOMUNIKATY

***

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza na szkolenie prowadzone przez przedstawiciela firmy Johnson&Johnson Poland Sp. z o.o., przeznaczonym w szczególności dla pielęgniarek rodzinnych, których praca zawodowa wymaga posiadania glukometru oraz wiedzy i umiejętności w zakresie:

„Obsługi glukometru i samokontroli nad pacjentem chorym na cukrzycę"

Szkolenia odbywać się będą na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 (II piętro - sala wykładowa), w następujących terminach:

I – 19 czerwca 2008 r. w godzinach 14.30 -16.00
II – 12 września 2008 r. w godzinach 14.30 -16.00
III - 22 września 2008 r. w godzinach 14.30 -16.00

Pielęgniarkom, które wykonują u pacjentów co najmniej 2 pomiary dziennie firma przekaże bezpłatnie glukometr. Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć najpóźniej na 2 tygodnie przed planowanym terminem szkolenia do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17 w godzinach pracy Biura. Z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc decyduje kolejność zgłoszeń.

***

Uprzejmie informujemy, iż od dnia 05 września 2008 r. zostaje uruchomione:

Poradnictwo psychologiczne dla pielęgniarek i położnych – tworzenie grup wsparcia

Poradnictwo prowadzić będzie mgr psycholog - mgr Jolanta Kałużna w każdy piątek miesiąca w godzinach 14.00-15,30 w Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 (III piętro - pok. 314 a)

***

Zaproszenie na warsztay konferencyjne

Uprzejmie informujemy, że w dniu 20.06.2008 r. w Art-Deco w budynku UM w Łodzi przy ul. Żeligowskiego w godz. 10.00 - 14.00 odbędą sie warsztaty konferencyjne poświęcone w całości zdrowiu matki i dziecka od momentu poczeęcia.

W spotkaniu oprócz firmy Merck planują wziąć udział firmy Jelp, Nivea, MedJonsohns, Medagro. Honorowy patronat nad warsztatami objeła Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Wszystkich chętnych prosimy o zgłaszanie swojego udziału na adresy mailowe:

ilona.brzezinska@merck.pl; **joanna.andrysiak@merck.pl** lub pod nr tel. **697 401 813; 600 262 539**

DYREKTOR INSTYTUTU
„CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI" W ŁODZI

INFORMUJE O WSZCZĘCIU POSTĘPOWAŃ KWALIFIKACYJNYCH W CELU OBSADZENIA STANOWISK:

· PIELĘGNIARKI PRZEŁOŻONEJ PIONU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO
· PIELĘGNIARKI PRZEŁOŻONEJ PIONU PEDIATRYCZNEGO

Wymagane kwalifikacje zawodowe:

- wykształcenie wyższe pielęgniarskie lub inne wyższe mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej i średnie medyczne oraz 3 lata pracy w zawodzie, albo
- wykształcenie średnie medyczne i specjalizacja w dziedzinie organizacji i zarządzania lub specjalizacja zgodnie ze specjalnością szpitala oraz 6 lat pracy w zawodzie.

Kandydaci proszeni są o złożenie następujących dokumentów:

- podanie - wniosek o przyjęcie do pracy,
- dokumenty stwierdzające posiadanie kwalifikacji zawodowych,
- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej.

Oferty należy składać pod adresem:

Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki", 93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289, Dział Kadr i Płac (pawilon A, poziom 1, pokój nr 5a) w zamkniętej kopercie z adnotacją „Postępowanie kwalifikacyjne na stanowisko Pielęgniarki Przełożonej Pionu ....." z podaniem imienia i nazwiska oraz adresu do korespondencji w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia.

Oferty zostaną rozpatrzone w ciągu 1 miesiąca od upływu terminu ich składania.

O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

***

czerwiec2008.p65 3 2008-05-21, 11:36

Prawne aspekty wykonywania przez pielęgniarki/położne dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem w szpitalu w ramach indywidualnej umowy z pacjentem (tzw. prywatne dyżury)

DODATKOWA OPIEKA PIELĘGNACYJNA PRAWEM PACJENTA

Podstawą prawną do świadczenia opieki nad pacjentem przebywającym w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń w ramach indywidualnego stosunku prawnego z pacjentem bądź jego rodziną przez pielęgniarkę/położną jest art. 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Przepis ten formułuje podstawowe prawa pacjenta, a wśród nich jest prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie (art. 19 ust. 3 p. 1). Ustawowo gwarantowane uprawnienie oznacza, że podmiot zarządzający danym zakładem nie może odmówić pacjentowi obecności przy nim osoby bliskiej bądź innej osoby przez siebie wskazanej (np. pielęgniarki) z wyjątkiem wskazanych w ustawie sytuacji: w przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu. Uprawnienie to może być ograniczone, nigdy zaś nie może być z góry wykluczone. Ograniczenie musi posiadać realne uzasadnienie, bowiem w razie zawinionego naruszenia tegoż uprawnienia pacjentowi może przysługiwać zadośćuczynienie za doznaną krzywdę (art. 19a ustawy o zoz-ach).

ZAKRES OPIEKI

Ustawa zezwala na dodatkową opiekę pielęgnacyjną. Zatem nie znajduje uzasadnienia w ustawie twierdzenie, że pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgniarskiej w pełnym zakresie jej zadań zawodowych. Nie mieści się w pojęciu opieki pielęgnacyjnej wykonywanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, realizacja zleceń lekarskich, prowadzenie, przyjmowanie porodu, asystowanie przy porodzie. Istotne jest, aby prawidłowo umieć rozróżniać zakres opieki pielęgnacyjnej od innych aspektów opieki pielęgniarskiej, ponieważ te są zabronione a wykonywanie ich może narazić na odpowiedzialność odszkodowawczą względem zakładu, zaś jeśli pielęgniarka/położna prowadzi działalność gospodarczą może spotkać się z zarzutem niedozwolonej działalności konkurencyjnej. Działalność konkurencyjna w zakresie świadczeń zdrowotnych oferowanych przez dany zakład jest wprost zabroniona od dnia 3 czerwca 2006 roku (art. 1 ust. 5 ustawy o zoz-ach).

OPIEKA PIELĘGNACYJNA ŚWIADCZENIEM UZUPEŁNIAJĄCYM

W obecnym brzmieniu ustawy o zoz-ach wymienione (niestety nie enumeratywnie) podmioty prywatne nie mogą na terenie publicznego zoz-u prowadzić działalności tożsamej z działalnością zakładu, z wyjątkiem działalności POZ i stomatologicznej (art. 1 ust. 5 ustawy o zoz-ach). W tym miejscu trzeba odnieść się do tego, czy dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być działalnością konkurencyjną dla publicznego zoz-u. Otóż wg art. 3 ustawy o zoz-ach pielęgnacja chorych to także świadczenie zdrowotne, dla udzielenia których powoływany jest zoz. Wynikałoby zatem z tego, że art. 19 ust. 1 p. 3 stoi w sprzeczności z art. 1 ustawy, zatem przepis art. 19 ust. 3 p. 1 jest niewykonalny w zakresie opieki świadczonej przez pielęgniarki/położne. Sądzę jednakże, że nie można poczynić tak daleko idących wniosków i nie można uznać dodatkowej opieki jako działalności konkurencyjnej z działalnością zakładu, bowiem opieka ta ma tylko uzupełniać świadczenia dostarczane pacjentowi przez zoz, wyłącznie w zakresie opieki pielęgnacyjnej, a nie je zastępować. W tym wypadku podmiot zewnętrzny (pielęgniarka) wspomaga system opieki zdrowotnej w dobrze pojętym interesie pacjenta.

Z uwagi na fakt, że dodatkowa opieka pielęgnacyjna sprawowana jest na terenie zakładu rządzącego się specyficzną organizacją pracy, konieczne jest zgłoszenie ordynatorowi oddziału oraz pielęgniarce oddziałowej zamiaru sprawowania tej dodatkowej opieki w zakresie wynikającym z uprawnienia pacjenta. Uzasadniony nakaz ograniczenia tej opieki musi być przez pielęgniarkę bezwzględnie respektowany.

FORMA PRAWNA OPIEKI

Opieka pielęgnacyjna świadczona przez pielęgniarkę czy położną sprawowana jest na podstawie umowy zawartej z pacjentem bądź jego rodziną za jego zgodą (zgoda pacjenta jest wymagana z tego względu, że na terenie zoz-u może przebywać osoba wskazana przez pacjenta). Do zawarcia umowy dochodzi już w momencie uzgodnienia z drugą stroną istotnych warunków tej umowy tj. przedmiotu (kim i w jaki sposób trzeba się opiekować), terminu wykonania umowy, wynagrodzenia. Nie jest konieczne sporządzenie umowy na piśmie, ale warto to uczynić dla celów dowodowych, gdyby powstały wątpliwości co do prawidłowego wykonania umowy. Umowa o sprawowanie

czerwiec2008.p65 4 2008-05-21, 11:36

opieki pielęgnacyjnej będzie umową o świadczenie usług i na mocy art. 750 kodeksu cywilnego stosować się będą do niej przepisy o umowie zlecenia. Zleceniobiorca obowiązany jest wykonywać zlecenie z najwyższą starannością, w tym przypadku ze starannością profesjonalisty, osobiście, a powierzenie jego wykonania osobie trzeciej jest możliwe za zgodą zleceniodawcy bądź w razie nieprzewidzianych okoliczności, o czym zawiadamia zleceniodawcę. Najistotniejsza jest tutaj kwestia odpowiedzialności za wadliwe wykonanie zlecenia. Pomimo tego, że pacjent znajduje się na terenie zoz-u, za działania własne pielęgniarka/położna odpowiada samodzielnie, w pełnej wysokości szkody. Niekiedy trudno będzie oddzielić, czy za zdarzenie powstałe w trakcie prywatnego dyżuru (np. pacjent w skutek złego zabezpieczenia spadnie z łóżka i dozna uszkodzenia ciała) odpowiadać będzie szpital czy prywatnie dyżurująca pielęgniarka bo pamiętać trzeba, że dyżur prywatnej pielęgniarki nie zwalnia zakładu z opieki nad pacjentem; pielęgniarka sprawuje tylko dodatkową opiekę. W takich wypadkach zasadne będzie rozważenie odpowiedzialności solidarnej.

Dochód uzyskany z umowy zlecenia podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Pielęgniarka dodatkowo zatrudniona na umowę o pracę, której podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalno - rentowe jest nie niższa niż minimalne wynagrodzenie za pracę, nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalno – rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu tejże umowy.

Radca prawny
Dariusz Ojrzyński

Opinia prawna w sprawie wypisywnia skierowań do szpitala przez pielęgniarki oraz skierowań na badania laboratoryjne oraz konsultacje

Sporządzenie skierowania do szpitala zgodnie z art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych leży w kompetencji lekarza, lekarza dentysty lub felczera. Treść tego przepisu jasno określa osobę zobowiązaną do sporządzenia skierowania do szpitala.

Oczywiście istnieje możliwość powierzenia organizacji prac sekretarskich związanych z dokumentacją lekarską osobie do tego zatrudnionej, przy uwzględnieniu istniejących w zakładzie pracy stanowisk pracy i kwalifikacji osób je zajmujących.

Zatrudnianie pracowników na określonych stanowiskach, do wykonywania których wymagane jest posiadanie odpowiednich kwalifikacji obliguje pracodawcę do respektowania konieczności podziału zadań między pracowników zgodnie z ich wykształceniem i kompetencjami.

Zatrudnienie pracownika na stanowisku pielęgniarki (przy założeniu, że jest to jedyne stanowisko tejże pielęgniarki w danym zakładzie pracy) oznacza, że pielęgniarka wykonywać będzie swoją pracę wykonując czynności definiujące zawód pielęgniarki.

Art. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Udzielanie świadczeń pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez:

1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych,

2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,

3) sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,

4) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,

5) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,

6) edukację zdrowotną.

Wśród zadań definiujących wykonywanie zawodu pielęgniarki nie pojawiają się zadania o charakterze obsługi sekretarskiej w stosunku do innych uczestników procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Na podstawie odrębnych przepisów pielęgniarka ma obowiązek prowadzenia dokumentacji czynności, do wykonywania których jest uprawniona samodzielnie, z tym, że obowiązek ten jest integralną częścią udzielania świadczenia zdrowotnego przez pielęgniarkę. Pielęgniarka obowiązana jest do wykonywania zleceń lekarskich w dokumentacji medycznej (art. 22 ustawy o zawodach). Przepis ten konstytuuje obowiązek pielęgniarki podporządkowania się decyzjom lekarza w procesie udzielania świadczeń medycznych, co związane jest z rozdziałem kompetencji zawodowych. Absolutnie natomiast ze stwierdzenia tego nie wynika podległość służbowa pielęgniarki w stosunku do lekarza i prawo wydawania poleceń poza procesem leczenia. Rozdział kompetencji lekarza i pielęgniarki w ramach ich współpracy z ustaw o zawodach wynika dość jasno. Brak jest podstaw do stwierdzenia, że relacja ta obejmuje wykonywanie czynności sekretarskich, które wspomagałyby wykonywanie obowiązków przez lekarza. Kompetencja w zakresie sporządzania recept lekarskich została jasno przypisana lekarzowi i brak jest podstaw prawnych do tego, aby z uprawnień zawodowych pielęgniarki wywodzić obowiązek pielęgniarki uczestniczenia w fizycznym sporządzaniu dokumentu.

Kwestię wypisania skierowania na badania laboratoryjne, konsultacje reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu

czerwiec2008.p65 5 2008-05-21, 11:36

dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z dnia 28 grudnia 2006 r.). Stanowi ono, iż wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora lub innego lekarza kierującego oddziałem. Natomiast wpisy dotyczące prowadzenia procesu pielęgnowania są dokonywane na bieżąco przez pielęgniarkę, położną sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem i kontrolowane przez pielęgniarkę, położną oddziałową. Zatem rodzaj wpisów, do których wykonania zobowiązane są pielęgniarki jest wyraźnie określony. Wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem. Zatem wypisywanie skierowań na badania laboratoryjne nie leży w kompetencji pielęgniarki, zgodnie z ww. wspomnianym rozporządzeniem pielęgniarki dokonują wpisu wyłącznie w związku z wykonaniem zlecenia.

Niezależność zawodu pielęgniarki i precyzyjne, ustawowe określenie jej medycznego charakteru nakazuje respektowanie jej kwalifikacji i nie obarczania dodatkowymi czynnościami nieodpowiadającymi jej kwalifikacjom. Oczywiście dopuszczalna jest sytuacja, w której pielęgniarka przy zawieraniu umowy przyjmie na siebie taki zakres obowiązków pracowniczych, z których wynikać będzie wykonywanie usług sekretarskich wspomagających pracę lekarza. Jednakże w sytuacji, gdy zatrudniona została wyłącznie na stanowisku pielęgniarki, nie można zlecać jej obowiązków nie związanych z jej kwalifikacjami zawodowymi, a przypisanych ustawowo innemu pracownikowi medycznemu.

Radca prawny
Dariusz Ojrzyński

WCZP

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego

mgr Żaneta Karczewska

PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ SZKOLNĄ STANDARDY POSTĘPOWANIA, PRZEPISY PRAWNE

Zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u dzieci do ukończenia 6 r. ż. wraz z okresami ich przeprowadzania określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz.U.04.276.2740).

Do zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej należy wykonywanie testów przesiewowych oraz świadczeń profilaktycznych w określonych terminach i zakresach oraz prawidłowe ich dokumentowanie.

W czasie przeprowadzanych kontroli w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej zauważono:

- testy przesiewowe oraz świadczenia profilaktyczne, które leżą w kompetencji pielęgniarki i położnej nie zawsze są przez nie wykonywane i w nie pełnym zakresie,
- brak pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, a w przypadku braku możliwości badania brak wpisu w dokumentację medyczną,
- brak oznaczeń centylowych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi,
- brak wywiadu środowiskowego,
- brak diagnozy pielęgniarskiej i ustalania hierarchii podejmowanych działań oraz oceny skuteczności postępowania,
- brak daty rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej i położniczej w środowisku,
- brak podpisu osoby wykonującej świadczenia - zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania - § 2 dokumentację podpisuje pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności. Wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu i opatruje czytelnym podpisem osoby je sporządzającej z podaniem danych ją identyfikujących - § 4,
- pełne dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną udzielających świadczeń powinny zawierać: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - § 6,
- niepełna znajomość techniki wykonywania testów,
- braki w wyposażeniu: pionu do badania przebiegu osi długiej kręgosłupa, wielkości kifozy piersiowej, ustawienia osi długiej podudzia i pięty oraz mankietów o różnej szerokości do pomiarów ciśnienia tętniczego krwi,
- nieczytelne tablice do badania ostrości wzroku, zawieszane na nieprawidłowej wysokości, nieprawidłowa odległość badanego od tablicy.

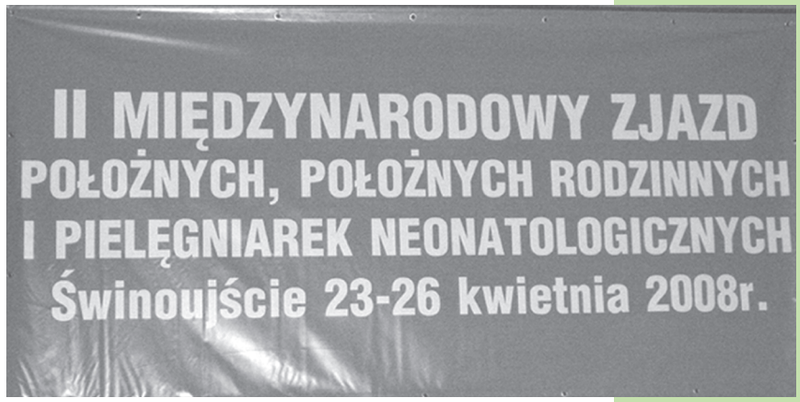
Sprawowanie opieki profilaktycznej, stosowanie prawidłowej techniki wykonywania testów oraz eliminowanie występujących nieprawidłowości pozwoli na szybsze wykrywanie zaburzeń rozwojowych u dzieci, ustalenie rozpoznania i podjęcie niezbędnego leczenia pozwalającego odwrócić proces chorobowy lub zahamować tempo jego rozwoju.

czerwiec2008.p65 6 2008-05-21, 11:36

Termin badania (wiek)	Badania (testy) przesiewowe oraz świadczenia profilaktyczne wykonywane przez położną, pielęgniarkę
0 - 4 doba życia	1. W przypadku porodu fizjologicznego prowadzonego samodzielnie przez położną badanie przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu (skala Apgar). 2. Wprowadzenie postępowania umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią. 3. Wykonanie pomiarów masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 4. Profilatyka zakażeń przedniego odcinka oka. 5. Profilaktyka choroby krowotocznej w przypadku noworodków urodzonych przedwcześnie i porodów zabiegowych. 6. Badanie przesiewowe w kierunku fenyloketonurii oraz wrodzonej niedoczynności tarczycy (badania finansowane z budżetu Ministra Zdrowia w ramach długoletnich programów polityki zdrowotnej). 7. Podanie preparatu immoglobulin ze względu na matkę będącą nosicielem antygenu HBs. 8. Badanie słuchu wykonane metodami obiektywnymi (fotoemisja akustyczna lub słuchowe potencjały wywołane uszkodzeniem pnia mózgu) - w oddziale noworodkowym.
1 - 6 tydzień życia	Wizyty patronażowe położnej, nie mniej niż 4, mające na celu: 1. Opiekę nad noworodkiem/niemowlęciem, a w tym: - obserwację i ocenę rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępka, wydalin, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów. - odruchy noworodka, sposób oraz techniki karmienia, - wykrywanie objawów patologicznych, - ocenę relacji rodziny z noworodkiem. 2. Edukowanie i udzielanie porad w zakresie: pielegnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, opieki medycznej, socjalnej oraz w zakresie laktacji, kontroli płodności, samoopieki. 3. Promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców. 4. Identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie. 5. Formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań. 6. Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielegniarce środowiskowej/rodzinnej.
2-6 miesiąc życia (w terminach odpowiadającym szczepieniom ochronnym)	1. Wykrywanie zaburzen rozwoju fizycznego: - pomiary masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2. Podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku. 4. W 3-4 miesiącu życia dziecka wizyta patronażowa pielegniarki mająca na celu przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej oraz w razie stwierdzenia nieprawdiłowości - rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny.
9 miesiąc życia	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu. 4. Wizyta patronażowa pielęgniarki w przypadku, gdy w czasie poprzedniej wizyty stwierdzono zaburzenia w stanie zdrowia dziecka.
12 miesiąc życia	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej.
2 lata	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała. 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie słuchu. 4. Test Hirschberga w kierunku wykrywania żelaza. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
4 lata	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała. 2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu. 3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
5 lat	1. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego. 2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu. 3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała. 4. Orientacyjne wykrywanie wad wymowy. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
6 lat	1. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego. 2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu. 3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała. 4. Orientacyjne wykrywanie wad wymowy. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

czerwiec2008.p65 7 2008-05-21, 11:36

mgr Elżbieta Krokocka



Tematem zjazdu była głównie „Edukacja poporodowa – profilaktyka zdrowej rodziny".

Patronat honorowy sprawowali:

- Leokadia Jędrzejewska – Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego,

- Katarzyna Kornacka – Wojewódzki Konsultant ds. Neonatologii,

- Janusz Żmurkiewicz – Prezydent Miasta Świnoujścia.

Patronat naukowy :

– Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej Odział Zachodniopomorski.

Wśród wielu zaproszonych gości na Zjeździe merytoryczne prelekcje wygłosili m. in. prof. Jacek Rudnicki, PAM Szczecin „Rola edukacji poporodowej w porodzie przedwczesnym".

Współczesny model opieki okołoporodowej powinien zapewnić warunki do bezpiecznego porodu, zapewnić bezpieczeństwo matce i dziecku, doskonalić niektóre z elementów porodu, zapewnić bezpieczeństwo matce i dziecku oraz prowadzić go zgodnie z życzeniami rodziców. Dotyczy to głównie opieki psychologicznej, medycznej, łagodzenia bólu, pielęgnacji, zapewnienia kontaktów matki z dzieckiem oraz indywidualnej pielęgnacji dziecka, obecności ojca dziecka lub bliskiej osoby. Okres pourodzeniowy dla kobiety jest powodem do radości i satysfakcji z powodu urodzenia dziecka, ale jest też okresem nowych wyzwań, których istotą jest zapewnienie dziecku opieki i bezpieczeństwa w okresie adaptacji poporodowej. W przypadku urodzenia wcześniaka lub dziecka chorego wymagającego intensywnej opieki lub terapii udział matki i ojca w opiece nad dzieckiem zarówno w szpitalu, jak i po wypisie do domu nabiera szczególnego znaczenia. W czasie pobytu dziecka w szpitalu rodzice stają się członkami zespołu terapeutycznego. Umiejętności nabyte w czasie pobytu w szpitalu są niezbędne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem w domu. Edukacja poporodowa wprowadzona na oddział neonatologiczno – położniczy w pierwszych dobach po porodzie wpływa m. in. na kształtowanie zachowań poprawiających bezpieczeństwo i zdrowie matki oraz dziecka, jak również przyczynia się do zwiększenia bezpieczeństwa dziecka po wypisaniu do domu, zwiększenia liczby kobiet karmiących wyłącznie piersią, wydłużenia czasu karmienia piersią, zwiększenia bezpieczeństwa matki w okresie połogu, kształtowania właściwych relacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem, rodzicami i personelem medycznym. Sposoby realizacji programu edukacji poporodowej na oddziałach neonatologiczno – położniczych przedstawiła mgr Katarzyna Augustyniak (PAM Szczecin). Program edukacji poporodowej realizowany na oddziałach neonatologicznych i położniczych w pierwszych „trudnych" dobach poporodowych w odniesieniu do dziecka, matki i ojca ma na celu kształtować zachowania modelujące bezpieczeństwo i zdrowie całego społeczeństwa poprzez możliwość utrwalania posiadanej już wiedzy, uzupełnienia jej braków lub jej pozyskania w przypadku nie podjętej wcześniej edukacji. Dlatego też edukacja w okresie poporodowym realizowana w Szkole Matek jest planowym działaniem przekazywanym w formie dostosowanej do zapotrzebowania wynikającego z rozpoznania deficytu umiejętności i wiedzy. Szkoła Matek powinna odbywać się w miejscu aktualnego pobytu położnicy, być dostępną dla wszystkich bez ograniczeń czasowych i ekonomicznych. Realizacja programu edukacji poporodowej Szkoły Matek w okresie poporodowym na oddziale położniczym i neonatologicznym może przyczynić się do zmniejszenia poporodowych powikłań dotyczących matki i dziecka, eliminacji zaniedbań w opiece nad niemowlęciem oraz utrzymaniu lepszych relacji w rodzinie.

Wśród tematów Zjazdu przedstawione były również:

- „Rola lekarza rodzinnego w opiece nad noworodkiem przedwcześnie

czerwiec2008.p65 8 2008-05-21, 11:36

urodzonym" – prof. Katarzyna Kornacka, Wojewódzki Konsultant ds. Neonatologii.

• „Niepokojące zachowania niemowlęcia" – mgr Bożena Kierył, terapeuta rozwoju psychomotorycznego.

• „Metody ograniczania bólu noworodków z intensywnej terapii" – prof. Andrzej Piotrowski, Łódź.

• „Znaczenie edukacji poporodowej dla zdrowia matki" – prof. Bogdan Chazan, Warszawa.

• „Położna w opiece neonatologicznej" – Leokadia Jędrzejewska, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego.

• „Zastosowanie akupresury, ziół i aromaterapii w czasie porodu i połogu" – dr n. med. Dorota Ćwiek, PAM Szczecin.

• „Interpersonalne aspekty zespołu wypalenia zawodowego i sposoby radzenia sobie ze stresem" – Wojciech Nyklewicz, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AM w Białymstoku.

Duże zainteresowanie wzbudził temat „Depresja poporodowa i opieka nad kobietą, która straciła dziecko, lub stoi przed decyzją terminacji ciąży" – poł. Agnieszka Herzig, Miejski Szpital Miasta Wiednia.

Niemniejszym zainteresowaniem cieszył się temat prezentowany przez prof. Angelo Rella z Universita Della Bari (Włochy) „Matka i ojciec w okolicznościach narodzin dziecka w literaturze włoskiej".

Organizatorzy zjazdu zadbali również o miłe spędzenie wolnego czasu uczestników zjazdu. Sponsorzy m. in. firmy NUK, Nestle, HIPP, Nutricia, MEDELA, STIEFEL, ALLES przedstawili swoje prezentacje. Firma NUK zaprosiła na disco z lat 70 - 80- tych. Prezydent Miasta Świnoujście zaprosił uczestników na rejs wycieczkowy z przewodnikiem statkiem „Chateaubriand".

Zjazd zakończono kolacją połączoną z recitalem autorskim prof. Jacka Rudnickiego i Marka Mac.

Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej

Mirosława Centkowska

Etyka w praktyce pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania to bardzo długa, i trochę moim zdaniem, napuszona nazwa. Zarówno nazwa, jak i rola pielęgniarki w szkole przechodziła wiele etapów. Pracuję w szkole już 24 lata i pamiętam, że najpierw pielęgniarka była w szkole częścią zespołu terapeutycznego, w którego skład wchodził także lekarz oraz stomatolog. W wyniku reformy ochrony zdrowia pielęgniarka pozostała w szkole jedynym przedstawicielem zawodów medycznych. Zmieniła się także jej rola w szkole. Do niedawna była postrzegana jako ta pani co sprawdza głowy, waży, mierzy, szczepi i wygłasza pogadanki oraz co najważniejsze – jest zawsze na miejscu, w zasięgu ręki i na każde zawołanie, codziennie. Reforma szkolnictwa wymusiła jednak zmiany w charakterze i zakresie pracy wykonywanej przez pielęgniarki w szkołach i choć tzw. przelicznik obecnie jest zbliżony do tego sprzed reformy, to w efekcie rozdrobnienia szkolnictwa i zmniejszenia ilości klas, a co za tym idzie ilości dzieci w szkole, czas pracy, jaki może poświęcić danej placówce uległ znacznemu zmniejszeniu. Dlatego do rzadkości obecnie należy sytuacja, gdzie pielęgniarka jest w danej szkole codziennie. Najczęściej dzieli swój czas pracy na dwie, a nierzadko i trzy szkoły.

Nowy system opieki medycznej nad uczniami oraz wprowadzenie Kodeksu Praw Pacjenta wymusił także zmiany w zakresie zadań i sposobie ich realizacji.

Obecnie celem opieki medycznej w szkole jest działanie na rzecz zmniejszenia częstotliwości występowania chorób oraz zaburzeń stanu zdrowia uczniów poprzez profilaktykę, wychowanie zdrowotne oraz współtworzenie szkoły przyjaznej dziecku i promującej zdrowie.

Powyższe cele realizujemy w oparciu o:

· akty prawne, które wyznaczają zakres czynności,

· standardy, które mają za zadanie kształtować sposób realizacji,

· Kodeks Etyki Zawodowej, który determinuje właściwą postawę i zachowanie pielęgniarki.

W Przyrzeczeniu Pielęgniarskim jest punkt następującej treści *"okazywać pacjentom należny szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej"*. Jakże często zapominamy, że odnosi się on także do dzieci...

Na szczęście do lamusa odeszły gremialne, wręcz publiczne przeglądy czystości głów, których efektem było nadanie kilkorgu dzieciom przezwiska „wszarz", lub „wsiara", z którym częstokroć musieli zmagać się do końca szkoły. Wszy od tego nie ubywało, ale ile wstydu i upokorzenia przeżywały obdarzone nim dzieci, tego chyba omawiać nie trzeba. Problem wszawicy nadal jest aktualny, ale sposobu jego rozwiązywania nie należy szukać w szkole, ale w rodzinie. Niestety dyrektorzy szkół bardzo często pod presją rodziców żądają spektakularnych działań, które uwolnią ich od tego problemu. Pielęgniarka szkolna ma

czerwiec2008.p65 9 2008-05-21, 11:36

obowiązek w ramach działań profilaktycznych dokonać przeglądu, ale musi wybrać taki sposób postępowania, który przyniesie zamierzony efekt, jednak nie narazi dziecka na poniżenie i wstyd. Nie jest to łatwe ani proste, wymaga dobrej współpracy z wychowawcą i rodzicami, jest czasochłonne, a jak już mówiłam czasu w szkole pielęgniarka ma mało. Tak więc, powstaje dylemat – czy iść na łatwiznę, wykonać przegląd, rozdać kartki z informacją dla rodziców i zapomnieć, czy wejść w środowisko, bo tam jest problem, przeprowadzić rozmowę z rodzicami, dokonać kontrolnego przeglądu...? Tylko kiedy?

Na tej płaszczyźnie dochodzi też do konfliktów i nieporozumień z rodzicami i dyrekcją szkoły. To rodzi frustracje i jest powodem samoniezadowolenia.

Najważniejszą i najtrudniejszą zmianą, jaka dokonała się w rezultacie przekształceń i reform, było odejście od poglądu, że odpowiedzialność za zdrowie dziecka ponosi lekarz, pielęgniarka, nauczyciel, szkoła a dopiero na końcu rodzic. Obecnie to na rodzicach spoczywa odpowiedzialność za zdrowie dziecka i jego prawidłowy rozwój. Oddanie dziecka do placówki wychowawczej nie zdejmuje z rodziców odpowiedzialności, ale daje możliwość współdecydowania i udziału w planowaniu takich działań, które posłużą nabyciu przez dziecko wiedzy - zarówno tej wymaganej programem nauczania, ale także tej, która pomoże w rozwoju fizycznym i nauczy zapobiegać występowaniu zachorowań poprzez zastosowanie różnorodnych metod zapobiegawczych opartych o najnowszą wiedzę medyczną.

Aby sprostać tym działaniom pielęgniarka szkolna musi ciągle uzupełniać swoją wiedzę i podnosić swoje kwalifikacje. I to nie tylko ze względu na zapis w kodeksie etyki zawodowej. Leży to w jej jak najlepiej pojętym interesie, ponieważ w placówce jest zdana na własne siły i od jej umiejętności i decyzji zależy nieraz zdrowie i życie dziecka. A także jego przyszłość..

Żyjemy obecnie w czasach, gdy narkotyki, alkohol i przemoc coraz szerszym strumieniem wlewają się do szkół. Uczymy się rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki, jakie działanie podjąć w takim przypadku, ale tak naprawdę nikt nie powie nam, nie da gotowej recepty, co dalej robić.

Co zrobić w sytuacji, gdy w gabinecie jest młody człowiek, któremu w danym momencie ze strony medycznej nic nie grozi, ale wiemy, że jest pod działaniem środka odurzającego. Przyznał się do tego, ale prosi o dyskrecję, nie chce, aby dowiedziano się o tym w szkole. Jak postąpić gdy:

- prawo nakazuje zgłosić fakt policji,
- muszę powiadomić rodziców,
- powinnam wezwać pogotowie,
- podjąć działania zmierzające do podjęcia przez ucznia leczenia,
- o zaistniałym fakcie powiadomić dyrektora szkoły, wychowawcę, pedagoga szkolnego.

A jak postąpić gdy o dyskrecję proszą rodzice dziecka? Od tego jakie podejmę działania mogą zależeć dalsze losy dziecka. To ogromny bagaż odpowiedzialności i spory dylemat natury etycznej i zawodowej. Jak pogodzić je z obowiązkiem zachowania wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej? Tym bardziej, że to częstokroć właśnie pielęgniarka jest pierwszym powiernikiem dziecka, to jej powierza się tajemnice rodzinne dotyczące nie tylko chorób, ale także sytuacji domowej, relacji z rodzicami i rówieśnikami.

Bardzo ważne, ale i trudne jest zastosowanie w praktyce zasad wynikających z praw pacjenta. Bo jak zachować prawo do intymności, gdy w niektórych szkołach brak nawet gabinetu profilaktyki medycznej i pielęgniarka realizuje swoje zadania w użyczonych pomieszczeniach. Jak się zachować, gdy podczas badań przesiewowych uczniów np. w kierunku wad postawy/uczeń rozebrany do pasa/ wchodzi nauczyciel wraz z dzieckiem, które źle się czuje i być może ma gorączkę? Za chwilę wchodzi następny z rozbitym kolanem. Które dziecko ma wyjść, a które zostać?

Jeszcze trudniejszym w praktyce pielęgniarki szkolnej jest prawo do tego, aby realizować świadczenia tylko za zgodą pacjenta.

Bo łatwo zapomnieć, że dziecko to nie tylko mały człowiek, ale po prostu człowiek, który myśli, czuje i ma swoją godność. Dlatego ma prawo nie tylko do badania bez obecności kolegów czy nauczycieli, ale także do odmowy udziału w badaniach bądź innych zabiegach /nie wkraczających w obszar ratowania jego zdrowia lub życia/. To do nas należy przekonanie go o ich celowości i niezbędności. Nie może być mowy o wykonywaniu zabiegów na „siłę" choćby na to wyrazili zgodę rodzice. Pielęgniarka powinna tworzyć wokół siebie atmosferę zaufania i kompetencji, wtedy łatwiej będzie jej przekonać zarówno rodziców jak i uczniów do proponowanych świadczeń.

Osoby, które nie wiedzą jak wygląda praca w szkole często pytają mnie – co właściwie teraz robisz w szkole, jeżeli nawet nie wykonujesz szczepień? Odpowiadam, nie martwcie się o to! Jestem pielęgniarką środowiskową - środowiska nauczania i wychowania. Moja praca to nie przede wszystkim praca manualna, zabiegowa, ale praca w środowisku szkolnym, z dzieckiem, jego rodziną i otoczeniem. Część koleżanek zapomniała, że praca pielęgniarki to nie tylko to, co można zmierzyć lub policzyć. To ciągłe działanie na rzecz polepszenia stanu zdrowia społeczeństwa, poczynając od jego bardzo młodej części.

czerwiec2008.p65 10 2008-05-21, 11:36

Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia

w składzie: Henryka Anna Drab, Anna Majkowska, Anna Wielgosz, dr Mieczysława Wyderka opracowła zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki, które będą ukazywały się w cykliczynych artykułach publikowanych na łamach Biuletynu OIPIP.

Znaj obowiązki...

Wiedz więcej...

Czy wiesz, że...

W swojej pracy pielęgniarka spotyka się z szeregiem zagrożeń, które musi wyeliminować lub zminimalizować do takiego stopnia, aby mogła bezpiecznie pracować i nie przenosić tych zagrożeń na pacjentów i na pozostały personel.

Nad bezpieczeństwem pracy czuwa szereg instytucji ustanawiając odpowiednie przepisy dotyczące:

- bezpieczeństwa i higieny pracy;
- praw i obowiązków pracodawcy i pracownika;
- wymogów, jakie muszą spełniać maszyny i urządzenia techniczne;
- wymogów dotyczących miejsca pracy;
- wymogów, jakie musi spełnić pracownik.

Nadzór państwowy nad bezpieczeństwem i higieną pracy sprawuje:

1. Państwowa Inspekcja Pracy;
2. Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Nadzór społeczny nad bezpieczeństwem i higieną pracy sprawują:

1. Społeczny Inspektor Pracy;
2. Związki Zawodowe ochrona stosunku pracy i techniczne bezpieczeństwo pracy);
3. Pracownicy i ich przedstawiciele biorący udział w pracach komisji BHP.

Pracodawca jest zobowiązany chronić zdrowie i życie pracowników poprzez zapewnienie bezpieczeństwa i higienicznych warunków pracy wykorzystując osiągnięcia nauki i techniki.

Obowiązki pracodawcy

- zorganizowanie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy;
- zapewnienie przestrzegania przepisów i zasad dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy;
- ocena ryzyka zawodowego;
- profilaktyka ochrony zdrowia pracowników;
- zapewnienie środków ochrony indywidualnej, odzieży i obuwia roboczego;
- prowadzenie szkoleń z zakresu BHP;
- zapewnienie wdrożenia nakazów, decyzji i zarządzeń wydawanych przez organy nadzoru nad warunkami pracy;
- zapewnienie wykonania zaleceń społecznego inspektora pracy;
- organizowanie pracy w sposób zapewniający zmniejszenie uciążliwości pracy;
- zaznajomienie pracowników podejmujących pracę z zakresem ich obowiązków,
- sposobem wykonywania pracy na określonym stanowisku;
- zaznajomienie pracownika z jego uprawnieniami;
- terminowe wypłacanie wynagrodzenia;
- w miarę posiadanych środków zaspakajanie socjalnych potrzeb pracowników;
- stosowanie obiektywnych i sprawiedliwych kryteriów oceny pracowników;
- wpływanie na kształtowanie w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego.

Pracodawca powinien konsultować z pracownikami lub ich przedstawicielami wszystkie działania dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy:

- zmian w organizacji pracy i wyposażeniu stanowisk pracy;
- wprowadzenia nowych procesów technologicznych oraz substancji i preparatów chemicznych, jeżeli mogą one stwarzać zagrożenia dla zdrowia lub życia pracowników;
- oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu określonych prac oraz informowania pracowników o tym ryzyku;
- tworzenia służb bhp lub powierzania wykonywania zadań tej służby innym osobom;
- wyznaczania pracowników do udzielania pierwszej pomocy;
- przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego;
- szkolenia pracowników w dziedzinie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Pracodawca oraz osoby kierujące pracownikami są obowiązani znać przepisy o ochronie pracy a w szczególności zasad bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie niezbędnym do wykonywania ciążących na nich obowiązkach.

Pracodawca jest zobowiązany do przeprowadzenia i powtarzania okresowo szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Pracodawca jest obowiązany przeciwdziałać mobbingowi.

czerwiec2008.p65 11 2008-05-21, 11:36

Mobbing – to działania i zachowania skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące poniżanie lub ośmieszanie, izolowanie lub wyeliminowanie go z zespołu współpracowników.

Pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia, może dochodzić od pracodawcy zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Pracownik, który wskutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę, ma prawo dochodzić od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalane na podstawie odrębnych przepisów.

Rozwiązanie umowy przez pracownika z powodu mobbingu musi nastąpić na piśmie z oświadczeniem podającym przyczynę rozwiązania umowy.

Gdy w tym samym miejscu pracy pracują pracownicy zatrudnieni przez różnych pracodawców, pracodawcy ci mają obowiązek:

- współpracować ze sobą,
- wyznaczyć koordynatora sprawującego nadzór nad bezpieczeństwem i higieną pracy wszystkich pracowników zatrudnionych w tym samym miejscu pracy;
- ustalić zasady współdziałania uwzględniając sposoby postępowania w przypadku wystąpienia zagrożeń dla zdrowia lub życia pracowników.

Wyznaczenie koordynatora sprawującego nadzór nad bezpieczeństwem i higieną pracy nie zwalnia poszczególnych pracodawców z obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy zatrudnionym przez nich pracownikom.

Szczegółowy zakres obowiązków pracodawcy zawarty jest w Kodeksie Pracy w dziale obowiązki pracodawcy i pracownika.

Prawa i obowiązki pracownika

Pracownik jest obowiązany do wykonywania pracy starannie i sumiennie, oraz stosowania się do poleceń przełożonego dotyczących pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa pracy lub umową o pracę.

Pracownik jest obowiązany do:

- przestrzegania czasu pracy ustalonego w zakładzie pracy;
- przestrzegania regulaminu pracy obowiązującego w zakładzie;
- przestrzegania przepisów BHP i P-poż;
- dbania o dobro zakładu pracy i chronienia mienia oraz do zachowaniem w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę;
- przestrzegania zasad współżycia społecznego.

Pracownikowi przysługuje prawo do powstrzymania się od wykonywania pracy w sytuacji, gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracowników lub stwarzają niebezpieczeństwo dla innych osób. Jeśli zaistnieją takie sytuacje należy niezwłocznie powiadomić o tym przełożonego.

W sytuacji, gdy powstrzymanie się od pracy nie usuwa zagrożenia, pracownik ma prawo oddalić się z miejsca zagrożenia, powiadamiając również o tym przełożonego.

Za czas powstrzymania się od wykonywania pracy oddalenia się z miejsca zagrożenia w w/w sytuacjach pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Powstrzymanie się od wykonywania pracy w warunkach nieodpowiadających przepisom bhp nie stanowi naruszenia obowiązku świadczenia pracy tylko wtedy, gdy pracownik zawiadomił o tym niezwłocznie przełożonego.

Pracownikowi przysługuje prawo do powstrzymania się od wykonywania pracy wymagającej szczególnej sprawności psychofizycznej w przypadku, gdy jego stan psychofizyczny nie zapewnia bezpiecznego wykonania pracy i stwarza zagrożenie dla innych osób, powstrzymanie się od pracy może nastąpić po uprzednim zawiadomieniu przełożonego. Z takich praw są wyłączeni pracownicy, których obowiązkiem jest ratowanie życia ludzkiego i mienia (funkcjonariusze straży pożarnej, pracownicy zakładowej obrony cywilnej, pracownicy ochrony osób i mienia).

Pracownik jest obowiązany:

- znać przepisy i zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, brać udział w szkoleniach i instruktażach z tego zakresu oraz poddawać się wymaganym egzaminom sprawdzającym w tym zakresie;
- wykonywać pracę w sposób zgodny z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stosować się do wydawanych w tym zakresie wskazówek i zaleceń przełożonych;
- dbać o należyty stan maszyn, urządzeń i sprzętu oraz o porządek i ład w miejscu pracy;
- stosować środki ochrony zbiorowej, używać środki ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego zgodnie z ich przeznaczeniem;
- poddawać się badaniom lekarskim i stosować się do zaleceń lekarskich (badania wstępne, okresowe, kontrolne);
- zawiadomić przełożonego o zauważonym w zakładzie pracy wypadku, zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec współpracowników a także inne osoby znajdujące się w rejonie zagrożenia o grożącym im niebezpieczeństwie;
- współdziałać z pracodawcą i przełożonymi w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Do obowiązków bezpośredniego przełożonego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy należy zorganizowanie stanowiska pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy.

czerwiec2008.p65 12 2008-05-21, 11:36

Uwzględniając zabezpieczenie pracowników przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi. Wszyscy pracownicy powinni posiadać odpowiednie szkolenia w zakresie BHP. Powinni być również informowani o ryzyku zawodowym, o wynikach kontroli i badań czynników szkodliwych w środowisku pracy.

Zakład powinien posiadać aktualne wyniki badań i pomiary środowiska pracy, karty charakterystyki używanych substancji, odpowiednie procedury postępowania podczas pracy z substancjami szkodliwymi i niebezpiecznymi. Przechowywanie materiałów niebezpiecznych i substancji trujących musi być zgodne z przepisami i posiadać prawidłowe oznakowanie.

Osoba kierująca pracownikami dba o bezpieczny i higieniczny stan pomieszczeń pracy. Stanowiska pracy powinny być przystosowane do wykonywanych prac, wyposażone w instrukcje, tabele informacyjne, odpowiednie oświetlenie, zabezpieczenie przeciwpożarowe pomieszczeń zgodne z przepisami, prawidłowe oznakowanie miejsc niebezpiecznych, wydzielone pomieszczenia do prac specjalnych.

Zakład pracy przydziela środki ochrony indywidualnej odpowiednio dobrane do charakteru zagrożenia. Ma opracowane tabele przydziału środków ochrony indywidualnej. Przełożony dba o sprawność i dostateczną ilość środków ochrony indywidualnej, nadzoruje, czy pracownicy używają przydzieloną odzież ochronną i obuwie zgodnie z przeznaczeniem.

Szatnie powinny być prawidłowo wyposażone, w należytym stanie techniczno-higienicznym, osobne dla mężczyzn i kobiet. Pracownicy muszą mieć możliwość korzystania z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych zgodnie z przepisami. Zakład powinien zawrzeć umowę na przeprowadzenie badań profilaktycznych pracowników, a przełożony powinien zapewnić wykonanie zaleceń lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracownikami. Kandydaci do pracy powinni mieć przeprowadzone wstępne profilaktyczne badania; zmieniający stanowisko pracy, jeżeli tego ono wymaga, też muszą być poddani tym badaniom. Przełożony egzekwuje przestrzeganie przez pracowników przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Organizuje, przygotowuje i prowadzi prace z uwzględnieniem zabezpieczenia pracowników przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi i innymi chorobami związanymi z warunkami środowiska pracy. Dba o bezpieczny i higieniczny stan pomieszczeń pracy i wyposażenie techniczne oraz o sprawność środków ochrony zbiorowej i ich stosowanie zgodnie z przeznaczeniem.

mgr Agata Wojcierowska

SPRAWOZDANIE Z IX KONGRESU PIELĘGNIAREK POLSKICH

W dniach 9-11. 05. 2008 r. w Solinie miał miejsce IX Kongres Pielęgniarek Polskich oraz II Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Naczelnych Pielęgniarek i Przełożonych Pielęgniarek. Objęte honorowym patronatem przez Senator RP Janinę Fetlińską, Ministra Zdrowia Ewę Kopacz i Marszałka Województwa Podkarpackiego Zygmunta Cholewińskiego.

Gospodarzem było Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, na czele z Przewodniczącą Dorotą Kilańską. Stroną techniczną tego przedsięwzięcia zajął się Rzeszowski Oddział PTP.

Wykład inauguracyjny pt.: „Rola pielęgniarki w poz". wygłosiła prof. dr hab. Irena Wrońska, skupiając nim uwagę uczestników na haśle Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek 2008: *"Dbają o jakość i służą społeczeństwu: pielęgniarki poz".*

Tematyka prac prezentowanych na Kongresie była bardzo bogata. Wygłoszono sześćdziesiąt referatów, które zawarły się w następujących sesjach tematycznych:

- sesja I – Jakość i organizacja pracy pielęgniarskiej,
- sesja II – Pacjent podmiotem opieki pielęgniarskiej,
- sesja II – Studencka,
- sesja IV – Kształcenie i etyka w pielęgniarstwie,
- sesja V – Bezpieczeństwo podmiotu opieki.

Prowadzone przez moderatorów sesji dyskusje pozwoliły na wymianę uwag pomiędzy pielęgniarkami z różnych stron Polski. Dzielenie się doświadczeniami oraz propozycjami działań jakie podejmować można na każdym szczeblu pielęgniarstwa jest niewątpliwym plusem tego typu spotkań.

Zwrócić należy również uwagę na wysoki poziom prac prezentowanych przez studentów wydziałów pielęgniarstwa w czasie przewidzianej do ich dyspozycji sesji. Poruszyli oni tematy dotyczące problemów zdrowotnych, pielęgniarstwa i pielęgnowania w Polsce i na świecie.

Kongres przyniósł również ogłoszenie wyników konkursu „Pielęgniarka Roku 2007" oraz wręczenie nagród laureatkom. I miejsce zajęła Katarzyna Rzepka z Bydgoszczy, II miejsce – Iwona Wojciechowska z Tczewa, III miejsce – Izabela Cerzniewska ze Szczecina.

Niezapomniane wrażenia pozostawia także miejsce, w którym odbył się Kongres. Solina to wyjątkowo malowniczo usytuowana miejscowość. Położona nad wodą – Jezioro Solińskie, a w otoczeniu gór sprzyja zdecydowanie wysiłkowi intelektualnemu, jak i fizycznemu. Chyba każdy z uczestników Kongresu znalazł czas aby przespacerować się po tym urokliwym zakątku naszego kraju. Cudowna okolica wpłynęła zapewne na wspaniałą atmosferę i wzajemne relacje między uczestnikami. Miejmy nadzieję, że nawiązane znajomości przetrwają próbę czasu.

czerwiec2008.p65 13 2008-05-21, 11:36

mgr Beata Leśniewska

Czynniki sprzyjające wystąpi

Cukrzyca jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka chorób układu sercowo - naczyniowego, a także głównym czynnikiem prowadzącym do schyłkowej niewydolności nerek.

Zmiany w nerkach w przebiegu cukrzycy są groźnymi powikłaniami.

Cukrzycowa choroba nerek pojawia się w momencie wystąpienia hiperglikemii. Przez wiele lat przebiega bez jakichkolwiek objawów klinicznych. Zanim pojawi się jawna nefropatia cukrzycowa występują już patologiczne i kliniczne objawy informujące o podwyższonym ryzyku rozwoju tego powikłania. Jakość życia chorych na cukrzycę leczonych nerkozastępczo jest gorsza niż u osób bez cukrzycy. Tylko u niewielkiej liczby chorych na cukrzycę z terminalną niewydolnością nerek wykonuje się transplantację nerki.

Zmiany w nerkach u chorych na cukrzycę typu 1 lub 2 polegają na postępującym nadmiernym gromadzeniu się macierzy w przestrzeni mezangialnej i śródmiąższowej kłębuszka nerkowego. Prowadzi to do szkliwienia i włóknienia kłębuszków nerkowych.

Nefropatię cukrzycową (nephropathia diabetica) zawsze poprzedza etap mikroalbuminurii (wydalanie albumin z moczem wynosi 30- 300 mg/d). Mikroalbuminuria u chorych na cukrzycę typu 1 i 2 wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nefropatii cukrzycowej. Zmiany histopatologiczne w kłębuszkach nerkowych zostały opisane po raz pierwszy w 1936 roku przez Kimmelstiela i Wilsona.

Nefropatia cukrzycowa rozwija się u 8, 9-40, 6 % chorych na cukrzycę. U pozostałych chorych prawidłowa czynność nerek utrzymuje się przez wiele lat, mimo zmian morfologicznych w nerkach. U osób z cukrzycą typu 1, u których w ciągu pierwszych 20 lat trwania choroby nie doszło do rozwoju nefropatii cukrzycowej, ryzyko wystąpienia tego powikłania jest małe.

U 10 - 20% osób z nefropatią cukrzycową jest już w chwili rozpoznania cukrzycy, przy często towarzyszącym nadciśnieniu tętniczym. Największe ryzyko rozwoju nefropatii występuje u osób, z cukrzycą ujawnioną w dzieciństwie lub wczesnej młodości. Im większa i bardziej długotrwała hiperglikemia, tym większe ryzyko nefropatii cukrzycowej.

W rozwoju nefropatii istotny udział ma podłoże genetyczne. Dziedziczy się predyspozycję uwarunkowaną wielogenowo do rozwoju nefropatii.

Czynniki ryzyka rozwoju nefropatii cukrzycowej

1. Hiperglikemia - ryzyko obniżenia filtracji kłębuszkowej (GFR) rośnie wraz ze wzrostem stężenia hemoglobiny glikolizowanej (HbA1c).

2. Nadmierna podaż białka w diecie - duża podaż białka w diecie prowadzi do albuminurii i obniżenia filtracji kłębuszkowej (GFR).

3. Nadciśnienie tętnicze - nadciśnienie tętnicze jest jednym z głównych czynników modyfikujących rozwój i progresję nefropatii cukrzycowej u chorych na cukrzycę typu 1 i typu 2. U chorych na cukrzycę typu 1 dochodzi głównie do wzrostu ciśnienia rozkurczowego. Natomiast u osób z cukrzycą typu 2 występuje wzrost ciśnienia skurczowego.

4. Palenie tytoniu - palenie tytoniu jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju nefropatii cukrzycowej. Ma negatywny wpływ na budowę i czynność kłębuszka nerkowego. Wzrost mikroalbuminurii do jawnego białkomoczu jest szybsza u osób palących. Także ryzyko rozwoju terminalnej niewydolności nerek jest większe u palących chorych na cukrzycę z białkomoczem.

5. Białkomocz - białkomocz jest uważany za wskaźnik uszkodzenia kłębuszków nerkowych gdyż albuminuria koreluje z szybkością obniżenia filtracji kłębuszkowej.

6. Insulinooporność - u chorych z insulinoopornością przebieg nefropatii cukrzycowej może być przyśpieszony przez inne współistniejące zaburzenia: nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię.

Okresy nefropatii cukrzycowej

(wg C.E. Mogensena w modyfikacji J. Tatonia).

I - okres niemy klinicznie – przesączanie kłębuszkowe jest prawidłowe lub podwyższone do około 150 ml/min (norma 120 ml /min), wydalanie albumin jest w normie, ciśnienie tętnicze w większości przypadków prawidłowe.

II - okres utajony – GFR jest podwyższone lub w normie. W tym okresie wydalanie albumin również jest jeszcze w normie. Przesączanie kłębuszkowe jest prawidłowe lub nieznacznie zwiększone, błona podstawna kłębuszków ulega stopniowemu pogrubieniu. Ciśnienie tętnicze na tym etapie może być jeszcze prawidłowe, ale często mamy do czynienia z umiarkowanym nadciśnieniem.

III - okres wczesny - filtracja kłębuszkowa wzrasta (przesączanie kłębuszkowe wynosi ok. 160 ml/min). W moczu stwierdzamy mikroalbuminurię (wydalanie albumin: 30 - 300 mg/dobę), przesączanie kłębuszkowe wynosi ok. 160 ml /min). Zmiany w kłębuszkach nasilają się (dalsze grubienie błony podstawnej, rozplem mezangium). Ciśnienie tętnicze stopniowo wzrasta o 10 - 15 % powyżej

czerwiec2008.p65 14 2008-05-21, 11:36

eniu nefropatii cukrzycowej

wartości u zdrowych zwykle o około 3, 5 % rocznie.

IV - okres późny - GFR=10 - 30ml/min. Mamy tu do czynienia z makroalbuminurią (wydalanie albumin powyżej 300 mg/dobę) lub nasilonym białkomoczem (powyżej 0, 5g/dobę). Część kłębuszków nerkowych jest już zeszkliwiała i nie funkcjonuje, natomiast w czynnych kłębuszkach stwierdza się hiperfiltrację. Ciśnienie tętnicze jest podwyższone i zwiększa się o około 8 % rocznie.

V - schyłkowa niewydolność nerek - przesączanie kłębuszkowe wynosi 0 -10 ml /min. Wydalanie białka z moczem jest mniejsze niż w poprzednim etapie, ze względu na mniejszą liczbę czynnych nefronów. Ciśnienie tętnicze jest na ogół wysokie.

Cel pracy

Celem pracy był poszukiwanie czynników mających wpływ na powstawanie i postęp niewydolności nerek w nefropatii cukrzycowej. Analizowano następujące dane retrospektywne:

- wiek chorych,
- czas trwania cukrzycy,
- wartość BMI,
- średnią glikemię,
- średnie ciśnienie tętnicze.

Materiał i metody badań

Materiał zebrano na podstawie retrospektywnych danych w dokumentacji tj.: wiek, płeć, wzrost i masa ciała chorych na cukrzycę, czas trwania cukrzycy, wartość ciśnienia, glikemia, stężenie kreatyniny w osoczu krwi, białkomocz.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 20 lutego do 30 czerwca 2007 r. Z dokumentacji chorych na cukrzycę trwającą ponad 10 lat oceniano wzrost i masę ciała, a także czas trwania choroby. Wartości glikemii obejmowały pomiary na czczo, a także po posiłku. Brano pod uwagę wartości ciśnienia tętniczego krwi skurczowego i rozkurczowego chorych. Obejmowały one kilka pomiarów w ciągu dnia. Badania, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej RNN/125/07/KBnr były przeprowadzone w trzech ośrodkach: 1) Klinice Nefrologii, Hipertensjologii i transplantologii Nerek Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 2) II Oddziale Wewnętrznym SP ZOZ w Pabianicach, 3) NZOZ Międzynarodowe Centrum Dializ w Pabianicach.

L.p.	Grupy pacjentów	Liczba chorych	Przedział wiekowy	Płeć	
				Kobiety	Mężczyźni
1.	Cukrzyca > 10 lat	20	56 - 85	15	5
2.	Nefropatia cukrzycowa	20	47 - 85	9	11

Wyniki badań

W grupie badanej 40% stanowili mężczyźni (16 osób) a 60% kobiety (24 osoby). Rozkład płci w grupie chorych na cukrzycę ponad 10 lat i chorych z nefropatią cukrzycową nie różnił się istotnie statystycznie (p = 0, 11). Stwierdzono ponadto istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupą chorych z cukrzycą a tych, u których doszło do rozwoju nefropatii. Stwierdzono najwyższe wartości glikemii w grupie pacjentów z nefropatią (195 + 60). Przewyższały one istotnie wartości glikemii w grupie pacjentów z cukrzycą (150 + 25) (0,01).

BMI (wskaźnik masy ciała) w grupie chorych na cukrzycę i nefropatię cukrzycową nie różniły się one istotnie pomiędzy poszczególnymi grupami (p = 0,74). Nie stwierdzono istotnych różnic w wartościach średniego ciśnienia tętniczego pomiędzy badaną grupą chorych na cukrzycę i nefropatię (p = 0,94). GFR (wskaźniki filtracji kłębuszkowej) różniły się istotnie (p<0, 001) pomiędzy poszczególnymi grupami (70 + 22; 37 + 11). Stwierdzono istotną zależność pomiędzy wartościami GFR a czasem trwania cukrzycy (r = -0,38; p = 0,02). Stwierdzono także istotną, dodatnią zależność pomiędzy wartościami średniego ciśnienia tętniczego a GFR u pacjentów z nefropatią (r = 0,51; p = 0,02).

Wnioski

1. Spośród danych stwierdzono, że tylko długi czas choroby ma istotny wpływ na rozwój nefropatii cukrzycowej.

2. Dodatnia korelacja, między glikemią a GFR w grupach chorych może być związana ze zjawiskami hiperfiltracji i diurezą osmotyczną.

3. Zwiększone ciśnienie tętnicze krwi u chorych z nefropatią cukrzycową zwiększa przepływ krwi przez nerki i poprawia ich wydolność w krótkich okresach czasu.

4. Wiek niekorzystnie wpływa na wydolność nerek u chorych z cukrzycą, natomiast nie stwierdzono takiej zależności u chorych z nefropatią cukrzycową gdzie wydolność nerek była już znacznie pogorszona.

Literatura u autora.

czerwiec2008.p65 15 2008-05-21, 11:36

Krystyna Pawelec, Anna Krawczyk - Domagała, Rozalia Rusiecka

„Mózgowe Porażenie Dziecięce to przewlekłe, nie postępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego, powstałe w wyniku uszkodzeń mózgu w okresie ciąży, porodu lub w okresie okołoporodowym."

(definicja wg Romana Michałowicza)

Opieka nad dzieckiem z porażeniem mózgowym

Mózgowe porażenie dziecięce (paralysis cerebralis infantilis, celebral palsy), nie jest jednolitą jednostką chorobową lecz zespołem zaburzeń ośrodkowego układu nerowowego o niezwykle zróżnicowanych formach niepełnosprawności fizycznej, a nierzadko również umysłowej. Jako pierwszy MPDz opisał w 1861 roku. angielski ortopeda Wiliam Little i do niedawna jeszcze określano ten zespół objawów chorobą Little'a.

Objawy MPDz:

- zaburzenia ruchowe,
- wzmożone napięcie mięśniowe (spastyczność, sztywność),
- różnego rodzaju i stopnia niedowłady kończyn,
- zaburzenia równowagi,
- ruchy mimowolne (ateoza),
- ataksja,
- hipotonia.

Objawy dodatkowe MPDz:

- trudności w mówieniu (50%),
- uszkodzenie narządu wzroku (50%) i słuchu (25%-40%),
- opóźniony rozwój umysłowy i upośledzenie umysłowe (35%-50%),
- padaczka,
- zaburzenia w zachowaniu,
- wady zgryzu.

Przyjmuje się, że na każde 1000 żywo urodzonych noworodków u 1,5 do 3 występują objawy mózgowego porażenia dziecięcego.

Przyczyny mózgowego porażenia mózgowego:

Do najczęściej wymienianych przyczyn powodujących uszkodzenie układu nerwowego płodu, czego konsekwencją jest mózgowe porażenie, zalicza się:

Czynniki matczyne:

- zaburzenia hormonalne (cukrzyca, nadczynność lub niedoczynność tarczycy),
- konflikt serologiczny związany z grupą krwi lub czynnikiem Rh,
- wady serca, znaczna niedokrwistość, wady narządów rodnych, krwawienia z dróg rodnych w czasie ciąży, choroby płuc,
- zatrucia ciążowe,
- infekcje wirusowe, bakteryjne lub pasożytnicze w okresie ciąży (grypa, różyczka, ospa wietrzna, półpasiec, świnka, toksoplazmoza, listerioza),
- praca w warunkach szkodliwych (chemikalia, pestycydy, promieniowanie jonizujące),
- zażywanie niektórych leków,
- używki,
- trudne warunki socjalno-bytowe (niedożywienie),
- przyczyny genetyczne.

Czynniki płodowe:

- wcześniactwo – nieukończony 37 tydzień ciąży, mała masa urodzeniowa (u noworodków z waga 1000 g i niższą ryzyko wystąpienia mózgowego porażenia jest wielokrotnie wyższe),
- ciąża mnoga,
- dystrofia wewnątrzmaciczna,
- wady wrodzone,
- zakażenia płodu poprzez krew lub drogą wstępującą przez pochwę, jajniki oraz układ moczowo-płciowy,
- niestosunek porodowy.

Czynniki okresu porodowego:

Odpowiadają w 60% za wystąpienie MPDz (niedotlenienie płodu i wylewy śródczaszkowe),

- patologia porodu: powikłany, nagły, przedłużający się,
- patologia łożyska i naczyń pępowinowych,
- nieprawidłowości w ułożeniu płodu i nieprawidłowe położenie i zapętlenie pępowiny,
- wahania tętna, zielone wody płodowe,
- konieczność użycia pomocy: ręcznej, vakuum ekstraktora, kleszczy.

Czynniki okresu okołoporodowego:

- krwotoki do komór i tkanki mózgowej,
- zaburzenia oddychania w tym zespół RDS,
- hiperbilirubinemia, hipokalcemia, hipokaliemia,
- kwasice metaboliczne,
- wady wrodzone serca powodujące niedotlenienie płodu,
- infekcje (zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu),
- stany septyczne.

Potencjalnie szkodliwych czynników, które mogą prowadzić do mózgowego porażenia dziecięcego jest bardzo wiele. Jednak w wielu przypadkach czynnik uszkadzający mózg jest nieznany.

Postacie MPDz

– klasyfikacja wg Ingrama (1964)

- porażenie kurczowe połowicze (hemiplegia spastica) – niedowład dotyczy jednej połowy ciała. Ateoza, zaburzenia czucia po stronie porażonej, zaburzenia mowy, sfery emocjonalnej i padaczka.
- obustronne porażenie kurczowe (diplegia spastica) – niedowład obejmuje głównie kończyny dolne. Zaburzenia wzroku, słuchu, mowy, zez, padaczka, rozwój umysłowy z pogra-

czerwiec2008.p65 16 2008-05-21, 11:36

nicza normy. W czasie stania i chodzenia dziecko staje na palcach, często krzyżuje kończyny, co uniemożliwia samodzielne stanie i chodzenie.

- obustronne porażenie połowicze (hemiplegia bilateralis) – niedowład obejmuje wszystkie cztery kończyny – jest to jedna z najcięższych postaci MPDz z towarzyszącą padaczką i znacznym upośledzeniem umysłowym.

- postać móżdżkowa (ataktyczna) – postać rzadko występująca. Charakteryzuje się trudnościami w utrzymaniu równowagi, brakiem koordynacji ruchów, wiotkością mięśni, oczopląsem, zaburzeniami mowy.

- postać pozapiramidowa. W zależności od rodzaju ruchów mimowolnych rozróżnia się postać: dystoniczną, atetotyczną i pląsawiczą. Zez, porażenie spojrzenia ku górze, niedosłuch, zaburzenia mowy typu dyskinetycznego, zaburzenia wegetatywne.

- postać mono- lub triparetyczna – porażenie obejmuje jedną lub trzy kończyny, przebiega z padaczką i zmianami psychicznymi.

Wczesne rozpoznanie MPDz (najlepiej do 6 m.ż) jest ważne, ponieważ łączy się to z możliwością jak najwcześniejszego objęcia dziecka kompleksową opieką i rozpoczęcia usprawniania ruchowego, kiedy nie wytworzyło ono jeszcze nieprawidłowych wzorców ruchowych, nie ma przykurczów i zniekształceń kostno-stawowych. Wczesna rehabilitacja zwiększa szanse dziecka na zmniejszenie jego niepełnosprawności.

Leczenie zachowawcze

Rehabilitacja – przywrócenie choremu sprawności fizycznej i psychicznej przez stosowanie odpowiednich zabiegów leczniczych.

1. Metoda Bobathów. Ma charakter neurorozwojowy. Opiera się na trzech głównych zasadach:

- hamowaniu patologicznych wzorców ruchowych,

- normalizowaniu napięcia mięśniowego,

- ułatwieniu uzyskania prawidłowych reakcji ruchowych.

W terapii tej chodzi o to, aby dziecko całym sobą nauczyło się przeżywać ruch. Poznaje ono w ten sposób swoje ciało i uczy się posługiwać się nim w sposób celowy. Odgrywa to również dużą rolę w rozwoju intelektualnym dziecka. Rodzice rehabilitują również niemowlę poprzez specjalny sposób pielęgnacji tzw. handling – pieszczenie, noszenie, dotykanie.

2. Metoda Peto. Metoda ta łączy usprawnienie ruchowe z oddziaływaniem psychopedagogicznym. Jest przeznaczona dla dzieci w wieku przedszkolnym o sprawności zbliżonej do normy. Ćwiczenia ruchowe odbywają się równolegle z zajęciami intelektualnymi, terapią zajęciową i nauką mowy. Dużą wagę przywiązuje się do czynności samoobsługowych. Ważnym elementem metody są odpowiednio sprzęty. Zajęcia ujęte są w dwuletni cykl terapeutyczny, prowadzi je jeden specjalista, który łączy funkcje rehabilitanta, terapeuty zajęciowego, logopedy oraz nauczyciela i wychowawcy. Praca odbywa się w grupach.

3. Metoda Kabata. W metodzie tej wykorzystuje się bodźce różnych modalności (wzrokowe, słuchowe, dotykowe, termiczne) i o różnym nasileniu w celu wywołania odruchów bezwarunkowych ułatwiających wykonanie zamierzonego ruchu.

4. Metoda Volty. Usprawnianie od pierwszych dni życia niemowląt. Terapia stymulacyjna Volty polega na:

- ułatwieniu ruchu,

- budowaniu nowych połączeń między komórkami nerwowymi,

- torowaniu drogi ruchowej według genetycznego wzorca ruchowego.

Ćwiczenia polegają na uciskaniu odpowiednich punktów na ciele dziecka w celu wywołania ruchów pełzania, obracania się wokół własnej osi.

5. Metoda Phelpsa. Jest jedną z najwcześniej opracowanych zasad usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Zakłada ona szerokie wykorzystanie pomocy ortopedycznych w celu utrzymania długotrwałego fizjologicznego ustawienia kończyn i tułowia. Do tego celu służą: stoły, pulpity, fotele, które zapewniają dziecku wymuszoną prawidłową postawę przez wiele godzin, z pozostawieniem swobody dla rąk. Metoda ta wymaga stosowania różnego typu łusek, szyn, aparatów stabilizujących, obuwia ortopedycznego.

6. Metoda Margaret S. Rood. Opiera się na łączeniu stabilizacji z ruchem oraz na kształtowaniu funkcji autonomicznych, somatycznych i psychicznych.

7. Metoda Domana i Delacata. Obejmuje nie tylko usprawnianie ruchowe, ale i stymulowanie rozwoju poznawczego i mowy dziecka. Program usprawniania obejmuje równoprawne kształtowanie rozwoju motorycznego, zręczności ręki, mowy, możliwości wizualnych, słuchowych, dotykowych.

- zabiegi fizykalne: masaż wirowy, perełkowy, hydro-jett, kąpiele siarczkowe, basen – rozluźniają dziecko przed zabiegami,

- solux, fango, okłady parafinowe – stosuje się u dzieci z istniejącymi przykurczami,

- elektrostymulacje, diadynamic – zmniejszają napięcie mięśniowe,

- ultradźwięki – likwidują ból,

- stosowanie redresji gipsowych, wyciągów, łusek, aparatów pomocniczych,

- kinezyterapia,

- hipoterapia,

- terapia zajęciowa, terapia dźwiękiem, muzyką.

Cele leczenia

- zapobieganie powstawaniu niekorzystnych zmian wtórnych w narządzie ruchu (przykurcze, zniekształcenia kostno-stawowe)

- zwalczanie istniejących zaburzeń ruchowych,

- uzyskanie największej sprawności w czynnościach dnia codziennego,

- poprawienie rozwoju umysłowego.

czerwiec2008.p65 17 2008-05-21, 11:36

Leczenie operacyjne

Wskazane jest wówczas, gdy przykurcze są utrwalone i niemożliwe staje się wykonywanie ruchu biernego oraz kiedy wystąpiły zwichnięcia w stawach (np. biodrowych).

Optymalnym czasem tego typu zabiegów jest wiek 7-8 lat. Wczesne zabiegi operacyjne często nie przynoszą zadawalających efektów z wyjątkiem zwichnięć stawu biodrowego.

- przecięcie mięśni, korzeni nerwowych,
- przełożenie miejsca przyczepów mięśni,
- wydłużenie ścięgien,
- korekta deformacji kostnych,
- wydłużenie skróconych tkanek.

Cele leczenia operacyjnego:

- poprawa równowagi i czynności mięśniowej,
- poprawa chodu i wyglądu.

Uzyskanie dobrych wyników leczenia operacyjnego zapewnia unieruchomienie operowanych części ciała opatrunkiem gipsowym na okres 3-6 miesięcy.

Leczenie farmakologiczne: leki anksjolityczne (Relanium), neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne, leki psychoenergizujące, leki poprawiające ukrwienie mózgu, leki przeciwdrgawkowe (Depakine), leki obniżające napięcie mięśniowe (Baclofen).

Ostatnio stało się „modne" wszczepianie pod skórę tzw. pompki baklofenowej CIBI, SDR, z której samoistnie, stopniowo uwalniany jest dokanałowo lek zmniejszajmy spastyczność.

Toksyna botulinowa

Zmniejsza lub całkowicie znosi spastyczność danej grupy mięśniowej, pozwala na intensywne ich usprawnianie, chroni przed przykurczami, co umożliwia prawidłowy wzrost mięśni. Podając odpowiednio małe dawki (10-krotnie mniejsze od tych, które mogłyby wywołać zatrucie) bezpośrednio do porażonych mięśni, powoduje się okresowe zmniejszenie napięcia w tych mięśniach bez ubocznych objawów dla całego organizmu.

W Mózgowym Porażeniu Dziecięcym największe znaczenie ma rehabilitacja psychoruchowa, natomiast inne metody leczenia mają znaczenie drugorzędne.

Opieka nad dzieckiem z MPDz

- przyjęcie dziecka w oddział,
- zebranie wywiadu pielęgniarskiego,
- założenie i prowadzenie dokumentacji,
- ocena stanu zdrowia dziecka i stopnia niepełnosprawności,
- diagnoza pielęgniarska,
- ustalenie planu opieki pielęgniarskiej,
- działania pielęgniarskie i wyniki opieki.

Dziecko do planowanego zabiegu operacyjnego i leczenia rehabilitacyjnego:

1. Przygotowanie dziecka do zabiegu operacyjnego psychiczne i fizyczne – wykonanie badań, konsultacje specjalistyczne, rozmowa z dzieckiem i rodziną.

2. Opieka pooperacyjna – wykonywanie zleceń lekarskich, obserwacja parametrów życiowych, powłok skórnych, moczu i stolca, psychiki dziecka, prowadzenie karty obserwacyjnej i pozostałej dokumentacji.

3. Pielęgnacja dziecka w opatrunku gipsowym.

Zapobieganie powikłaniom (odleżyny, zakrzepica żylna, odoskrzelowe zapalenie płuc, zaniki mięśniowe i odwapnienie kości, zmiany włókniste torebek i więzadeł, zaparcia, uszkodzenie nerwów obwodowych, zakażenie tkanki łącznej):

- stosowanie profilaktyki przeciwodleżynowej: ocena stopnia ryzyka rozwoju odleżyn wg skali Norton, prawidłowe ułożenie i zmiana pozycji złożeniowej, stosowanie udogodnień,
- pielęgnacja skóry i śluzówek,
- dobór odpowiedniej diety (dobrze zbilansowana, lekkostrawna z dodatkową ilością białek i witamin, z dużą ilością płynów),
- prowadzenie gimnastyki oddechowej i dbanie o mikroklimat sali (masaże, oklepywanie, nacieranie spirytusem),
- wczesne uruchamianie,
- rehabilitacja ruchowa, prowadzenie ćwiczeń: izometrycznych, synergistycznych, biernych i czynnych,
- zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa,
- ochrona gipsu przed zniszczeniem i zamoczeniem,
- dbanie o higienę osobistą dziecka,
- wpływanie na psychikę dziecka – motywowanie, kształtowanie prawidłowych zachowań,
- przygotowanie dziecka do zdjęcia i założenia kolejnego opatrunku gipsowego,
- dobór odpowiedniej pozycji przy karmieniu dziecka leżącego lub siedzącego,
- przygotowanie rodziny do opieki nad dzieckiem w opatrunku gipsowym: pokazanie techniki pielęgnacji łącznie z kąpielą, prawidłowa pielęgnacja skóry i śluzówek, odpowiednie ułożenie dziecka, prawidłowe żywienie,
- nauczenie dziecka samopielęgnacji – sposób uczenia uzależniony od wieku i rozwoju psychoruchowego oraz istoty występujących problemów,
- prowadzenie dokumentacji obowiązującej w oddziale.

Problem przykurczy i zniekształceń u dzieci z MPDz

- zapewnienie odpowiedniego ułożenia dziecka w łóżku, na wózku inwalidzkim, krześle,
- zapewnienie optymalnego wyposażenia łóżka,
- zmiana pozycji ułożeniowej w łóżku, stosowanie udogodnień,
- pomoc dziecku w poruszaniu się za pomocą sprzętu ortopedycznego: wózek inwalidzki, balkonik, kule łokciowe,
- zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa,
- ćwiczenia korekcji przykurczów i zniekształceń,
- wykonywanie ćwiczeń usprawniających czynnych i biernych,

czerwiec2008.p65 18 2008-05-21, 11:36

- towarzyszenie dziecku przy zabiegach balneoterapeutycznych,

- pomoc dziecku w wykonywaniu czynności higienicznych samoobsługowych.

Problem padaczki u dzieci z MPDz

- zebranie wywiadu pod kątem występowania napadów padaczkowych, ich rodzaju i leczenia,

- systematyczne podawanie leków p/padaczkowych, eliminowanie czynników zwiększających ryzyko napadów,

- ograniczenie oglądania telewizji oraz przebywania w pomieszczeniu, w którym jest włączony telewizor,

- zapewnienie dziecku wystarczającej liczby godzin snu, regularnych posiłków,

- ochrona dziecka przed dużym wysiłkiem fizycznym, prowadzącym do nadmiernego zmęczenia i szybkiego oddechu,

- w razie gorączki – szybkie obniżenie temperatury ciała dziecka,

- postępowanie podczas napadu padaczki: zabezpieczenie dziecka przed obrażeniami, obserwacja przebiegu napadu i jego charakteru, podaż leku przeciwdrgawkowego na zlecenie lekarza, zapewnienie dziecku komfortu psychicznego po napadzie,

- obserwacja dziecka oraz prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Problem zaburzeń mowy u dzieci z MPDz

- konsultacja logopedyczna,

- ocena rozwoju mowy,

- wykonywanie ćwiczeń usprawniających narząd mowy,

- wypracowanie metody pozawerbalnego porozumiewania się z dzieckiem,

- odpowiednie podejście pielęgniarki do małego pacjenta (mówimy spokojnie, łagodnie, powtarzamy polecenia kilkakrotnie).

Problem karmienia dzieci z MPDz

- odpowiednie ułożenie dziecka podczas karmienia

Karmione butelką powinno leżeć na kolanach matki, twarzą do niej. Głowa powinna znajdować się w linii środkowej ciała, broda przy mostku, barki nisko opuszczone, tułów symetryczny. Większe dziecko karmi się podobnej pozycji, ułożone na klinie z gąbki. Jego nogi powinny być zgięte i obejmować biodra mamy. Starsze dziecko, które potrafi samodzielnie siedzieć, karmimy w pozycji półsiedzącej. Talerz ustawiamy mniej więcej na wysokości ust, karmimy łyżeczką. Gdy dziecko siedzi samodzielnie na krześle trzeba zwracać uwagę, aby nie siedziało zgarbione bądź z głową nadmiernie odchyloną do tyłu, ponieważ utrudnia to połykanie.

- prowadzenie odpowiedniej stymulacji.

Kłopoty z karmieniem wiążą się najczęściej z zaburzeniami ruchu i czucia. Zaburzenia czuciowe utrudniają proces karmienia. Nadwrażliwość okolic ust na dotyk powoduje, że kontakt z sutkiem, łyżką czy z pokarmem dzieci odczuwają jako coś nieprzyjemnego, zamykają usta, wymiotują.

reklama

centrum edukacji Erudio

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

WYBIERZ DODATKOWY KURS
GRATIS
RESUSCYTACJA
AKTY PRAWNE W MEDYCYNIE
OPIEKA STOMIJNA
PRZEMOC W RODZINIE
I WIELE INNYCH!

ZAPRASZAMY NA KURSY

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

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

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH
Szczepienia ochronne noworodków

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

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

PŁATNOŚĆ ROZKŁADAMY NA DOGODNE RATY

OIPiP w Łodzi zwraca 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 2 KURSY W JEDNYM!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA
www.erudio.com.pl

czerwiec2008.p65 19 2008-05-21, 11:36

Sytuacja odwrotna – brak wrażliwości wokół ust powoduje, że dziecko nie jest w stanie ocenić, ile ma pokarmu w ustach, jak poruszać ustami, kiedy połykać. Prowadzona stymulacja stopniowo odczula bądź wzmaga reakcje na dotyk. W przypadku nadwrażliwości dotykamy ust dziecka ręką lub zabawką. Zmniejszoną wrażliwość stymulujemy podając pokarmy o różnej konsystencji i temperaturze.

Ćwiczenia kontroli szczęki poprawiają odruch ssania i połykania oraz umiejętność jedzenia łyżką i picia z filiżanki. Wykonuje się za pomocą 3 palców: kciuka, wskazującego i środkowego. Umieszczamy kciuk między podbródkiem a dolną wargą dziecka, palec wskazujący na stawie skroniowo-żuchwowym, a palec środkowy tuż za podbródkiem. Prawidłowa kontrola szczęki pomaga dziecku w opanowaniu prawidłowego odruchu połykania, co umożliwia zlikwidowanie ślinienia, stanu ciągłego otwarcia ust, ułatwia picie i żucie pokarmów.

- prowadzenie ćwiczeń poprawiających funkcje jedzenia i mowy: dmuchanie, lizanie,
- stopniowa nauka jedzenia i picia,
- toaleta jamy ustnej po każdym posiłku,
- umożliwienie dziecku kontaktu ze stomatologiem,
- dbanie o estetyczny wygląd dziecka.

Problem zaparć u dzieci z MPDz

- kontrola i charakterystyka wypróżnień,
- stosowanie środków wspomagających wypróżnienia: czopki, wlewki doodbytnicze,
- zmiana dotychczasowych zwyczajów żywieniowych: regularne spożywanie posiłków, dieta zawierająca dużo błonnika, wypijanie dużej ilości płynów (2,5 - 3 l), ograniczenie słodyczy, spożywanie na czczo kefiru, jogurtu,
- wykonywanie zabiegów poprawiających perystaltykę jelit: masaż brzucha, stosowanie ciepłych okładów na powłoki brzuszne, ciepłych kąpieli,
- stosowanie innych produktów regulujących perystaltykę jelit: zioła, oleje roślinne,
- stosowanie zabiegów stymulujących odbyt,
- prowadzenie jak najwcześniejszego usprawniania ruchowego dziecka.

Problem zakażeń dróg moczowo-płciowych u dzieci z MPDz

- obserwacja ilości, rodzaju oddawanego moczu, częstości fikcji, dreszczy, gorączki, braku apetytu,
- stosowanie jednorazowych pieluch i wymiana ich z odpowiednią częstotliwością,
- dbanie o higienę intymną, częste podmywanie zgodne z prawidłową techniką, stosowanie środków myjących o odpowiednim pH.

Przedruk z Biuletynu
Nr 07(146)/2007 ŚIPiP

Profilaktyka wad cewy nerwowej

Wady cewy nerwowej to grupa wad wrodzonych, które powstają w wyniku defektu w procesie tworzenia się centralnego układu nerwowego. W Polsce wady cewy nerwowej występują w 2-3 przypadkach na 1000 urodzeń i stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów niemowląt z powodu wad wrodzonych. Jak powstają wady cewy nerwowej? Jakie czynniki są odpowiedzialne za ich wystąpienie? Kiedy podejrzewać obecność tego zaburzenia u płodu? Jak zapobiegać powstawaniu wad cewy nerwowej i czy ich profilaktyka rzeczywiście jest skuteczna?

Wady cewy nerwowej to grupa nieprawidłowości, które powstaja we wczesnym etapie tworzenia się centralnego układu nerwowego (na przełomie 3-4 tygodnia rozwoju zarodka ludzkiego) w wyniku nieprawidłowego zamykania się cewy nerwowej i elementów ją okrywających. Najczęstsze WCN to bezmózgowie, rozszczep kręgosłupa, przepukliny okolic głowy i rdzenia kręgowego. Wady te należą do najcięższych wad strukturalnych i stanowią istotną przyczynę umieralności okołoporodowej oraz umieralności niemowląt.

Od dawna podejrzewano, że oprócz przyczyn genetycznych na rozwój WCN mają wpływ warunki środowiskowe, w tym sposób odżywiania kobiet – przyszłych matek. Od lat 60-tych XX w. rolę tę przypisywano niedoborom witamin z grupy B, zwłaszcza niedoborom kwasu foliowego, czyli witaminy B9. Bardzo niekorzystne rokowania dla dzieci urodzonych z wadami cewy nerwowej oraz istniejące metody leczenia, które poprawiają jedynie jakość życia i nieco go wydłużają, spowodowały, że profilaktyka wad nabrała istotnego znaczenia. Ciężarne z rozpoznaniem lub podejrzeniem wad ośrodkowego układu nerwowego płodu powinny być kierowane do pracowni ultrasonograficznej ośrodka referencyjnego. Do ostatecznego potwierdzenia lub wykluczenia istnienia wady u płodu wykonać należy amniocenteze celem oceny stężenia AFP w płynie owodniowym. Jeżeli stężenie AFP w płynie owodniowym jest zwiększone, oznacza się acetylocfholinoesterazę w płynie owodniowym, której obecność wraz ze zwiększonym stężeniem AFP wskazuje na występowanie wady cewy nerwowej. Kobiety ciężarne z rozpo-

czerwiec2008.p65 20 2008-05-21, 11:36

znaną wadą dystroficzną u płodu powinny zostać skierowane do porodu do ośrodka perinatologicznego współpracującego z wyspecjalizowaną kliniką chirurgii noworodka. Badania przesiewowe w populacji kobiet ciężarnych w kierunku wad płodu obejmować powinno USG wykonane około 10, 20 i 32 tygodnia ciąży. U kobiet ciężarnych z grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia wady cewy nerwowej u płodu, pierwsze badanie USG powinno być wykonane w 11-14 tygodniu ciąży z uwzględnieniem sondy dopochwowej. W przypadku wątpliwości badanie należy powtarzać co 2 tygodnie do 18 tyg. ciąży, aby jednoznacznie wykluczyć lub potwierdzić obecność wady. Do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia wady cewy nerwowej u płodu zaliczyć należy ciężarne: z podejrzeniem wady cewy nerwowej na podstawie badania USG w obecnej ciąży, z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku wady cewy nerwowej, przyjmujące leki przeciwpadaczkowe lub chore na cukrzycę. W przypadku prawidłowego obrazu USG i negatywnego wywiadu rodzinnego w kierunku wad cewy nerwowej lub innych uwarunkowanych genetycznie zaburzeń rozwoju płodu, a także przy braku zaburzeń w metabolizmie węglowodanów matki i negatywnego wywiadu w kierunku padaczki ponowne badanie ultrasonograficzne kobiety ciężarnej należy wykonać w 32 tyg. ciąży.

W wadach cewy nerwowej, w przeciwieństwie do zespołu Downa, stwierdza się zwiększone stężenie AFP w surowicy kobiety ciężarnej. W diagnostyce zespołu Downa dodatkowo określa się poziom estriolu i gonadotropiny kosmówkowej w surowicy matki. Jest to tzw. test potrójny. Test poczwórny stosowany w rozpoznawaniu zespołu Downa obejmuje jednoczasowe badanie stężeń AFP, beta-hCG, wolnego estriolu i inhibiny A.

Badania prenatalne w kierunku wad cewy nerwowej obejmują oznaczenie alfa-fetoproteiny w krwi czy w płynie owodniowym oraz wykrycie acetylocholinoesterazy w płynie owodniowym. Badanie stężeń beta-hCG, wolnego estriolu i inhibiny A w surowicy krwi kobiety ciężarnej służy do diagnostyki aberracji chromosomowych takich jak zespół Downa czy zespół Edwardsa.

Znane są 2 rodzaje profilaktyki WCN:

- profilaktyka wtórna oparta na badaniach prenatalnych, polega na zmniejszeniu liczby urodzeń dzieci z WDN. W przypadku stwierdzenia obecności WCN u płodu stosuje się indukowaną aborcję.

- profilaktyka pierwotna polega na zapobieganiu powstaniu WCN przed poczęciem dziecka poprzez uzupełnianie niedoboru kwasu foliowego w organizmie przyszłej matki.

Działania profilaktyczne w zakresie profilaktyki wad cewy nerwowej powinny obejmować popularyzację wiedzy o przyczynach i objawach choroby, a także popularyzację wczesnej zgłaszalności ciężarnych na badania przesiewowe oraz profilaktyczne przyjmowanie 0,4 mg kwasu foliowego przez wszystkie kobiety w wieku rozrodczym. Wśród tej grupy niezwykle istotne jest propagowanie idei „przygotowywania się do ciąży", a więc promocja diety bogatej w kwas foliowy oraz przyjmowanie 1 tabletki 0,4 mg kwasu foliowego, jak również rozpoczęcie suplementacji w dawce 1 mg nie później niż na 4 tygodnie przed planowanym zapłodnieniem. Kobietom ciężarnym zgłaszającym się do gabinetów lekarskich należy zalecać przyjmowanie 1 mg kwasu foliowego na dobę, aż do końca 12-tego tygodnia ciąży. Natomiast rodziny, w których kiedyś wystąpiła już jakaś wada wrodzona, należy objąć szczególną opieką, zalecić przyjmowanie 4 mg kwasu foliowego przez wszystkie kobiety z tej grupy mogące zajść w ciążę oraz zapewnić konsultacje genetyczną.

- w Polsce wady wrodzone układu nerwowego występują w 2-3 przypadkach na 1000 urodzeń i stanowią drugą, co do częstości przyczynę zgonów niemowląt z powodu wad wrodzonych;

- prawidłowa suplementacja kwasem foliowym może zmniejszyć ryzyko wystąpienia wady cewy nerwowej nawet o 70%;

- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) zaleca wszystkim kobietom między 15 a 45 rokiem życia.

Piśmiennictwo:
Drewniak W.: Profilaktyka wad cewy nerwowej. WSSE Kraków 2000
Kowalczyk B.: Kwas foliowy a wady cewy nerwowej. Mediweb
Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Poznaniu: Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej

Przedruk z Biuletynu Nr 11-12/2007 OIPiP z siedzibą w Kaliszu

Podziękowania

Pragnę serdecznie podziękować Dyrekcji CSK UM w Łodzi przy ul. Czechosłowackiej 8/10, Dyrektorowi Panu W. Bieńkiewiczowi, Pielęgniarce Naczelnej – Pani Danucie Wijacie, koleżankom pielęgniarkom z Oddziału Młodzieżowego, całemu zespołowi terapeutycznemu i personelowi Dziennego Ośrodka Terapeutycznego przy ul. Bardowskiego 1, a w szczególności Pani kierownik M. Kolasińskiej, Pielęgniarce Oddziałowej – J. Dralińskiej jak również samorządowi zawodowemu pielęgniarek i położnych za okazaną pomoc finansową i wsparcie psychiczne po traumatycznych przeżyciach związanych z pożarem.

Z wyrazami szacunku
Beata Szulc

***

Z serca płynące podziękowania dla Pani Ewy Gawędy za troskliwą opiekę w warunkach domowych nad pacjentką Stanisławą Nowak składa najbliższa rodzina.

czerwiec2008.p65 21 2008-05-21, 11:36

WSH-E Naukowe Koło Studenckie

„To co możesz uczynić, jest tylko maleńką kroplą w ogromie oceanu, ale jest właśnie tym, co nadaje znaczenie Twemu życiu”
Albert Schweitzer

PRZEŻYWANIE ŻAŁOBY PRZEZ OSIEROCONĄ RODZINĘ

Trudności w obliczu śmierci kogoś bliskiego

Kochać to pragnąć, by kochana osoba żyła zawsze i by zawsze była z nami. Największym cierpieniem dla kogoś, kto kocha, jest rozstanie z ukochaną osobą. Gdy rozstanie to jest jedynie chwilowe, wtedy przeżywamy bolesną tęsknotę. Gdy rozstanie to jest ostateczne w perspektywie doczesności, wtedy przeżywamy żałobę, która jest czymś o wiele bardziej bolesnym niż największa nawet tęsknota.

Najbardziej niedojrzałym sposobem radzenia sobie z żałobą w obliczu śmierci kogoś bliskiego jest ucieczka od bólu, negowanie straty, udawanie, że nić się nie stało albo ucieczka w leki lub środki uzależniające (alkohol, narkotyki).

Nie można pokonać smutku i żałoby, nie mierząc się z bólem i nie przeżywając intensywnego cierpienia, związanego z doczesną utratą kochanej osoby.

Typowe konsekwencje niedojrzale przeżywanej żałoby to: depresja, poczucie winy, bunt, agresja, chaos i dezorientacja życiowa, ucieczka w samotność albo ucieczka od samotności, lęk, bezradność, natarczywe pytanie o sens śmierci, idealizowanie zmarłego lub utożsamianie się z nim, niepokojące sny, osłabienie lub utrata więzi społecznych, niepokojące reakcje somatyczne i problemy zdrowotne, a nawet obsesje i myśli samobójcze.

Kobiety i mężczyźni w obliczu żałoby

Przedstawiciele obu płci przeżywają zwykle podobny ból w obliczu śmierci kogoś bliskiego. Jednak kobiety dużo łatwiej uzewnętrzniają swoje bolesne przeżycia. Chętniej też o nich mówią i łatwiej przyznają sobie prawo szukania pomocy oraz wsparcia u innych ludzi. Tymczasem mężczyźni próbują radzić sobie sami w samotności ze swym bólem i z trudem go uzewnętrzniają. Unikają na ogół rozmów na ten temat. W konsekwencji kobiety są skłonne sądzić, że mężczyźni nie przeżywają cierpienia w obliczu utraty bliskiej osoby. Sądzą też, że mężczyźni potrafią udzielić kobietom nieograniczonego wsparcia, bo sami wyglądają na spokojnych i opanowanych. Tymczasem ból mężczyzn w obliczu odejścia kogoś ukochanego jest często niezwykle intensywny, choć zwykle skrzętnie skrywany. Czasem ból ten jest tak wielki, że mężczyzna przypłaca to własnym zdrowiem a nawet śmiercią. Najczęściej tego typu sytuacja ma miejsce w obliczu śmierci żony, z którą zmarłego łączyła głęboka i radosna miłość.

W obliczu żałoby pomocy i wsparcia potrzebują zarówno kobiety jak i mężczyźni.

Potrzeba rytuałów i obrzędów żałobnych

Rytuały i obrzędy żałobne coraz częściej są traktowane jako zbędna tradycja. Tymczasem dla procesu przezwyciężania bólu związanego ze stratą i żałobą niezwykle cenne są takie rytuały i obrzędy jak pogrzeb i jego przygotowanie, osobiste pożegnanie się ze zmarłym, spotkanie rodziny i przyjaciół po pogrzebie, okres oficjalnej żałoby, zachowanie pamiątek a także świadome przeżywanie kolejnych rocznic śmierci.Gdy któraś z bliskich nam osób umiera i zostaje pochowana bez naszego udziału, wtedy w dłuższej perspektywie cierpimy jeszcze bardziej, gdyż zaczynamy dotkliwie odczuwać fakt, że nie pożegnaliśmy się ze zmarłym.

Fazy dojrzale przeżywanej żałoby

Nikomu nie jest łatwo zająć dojrzałą postawę wobec śmierci osoby którą kochał i którą nadal kocha. W procesie dochodzenia do równowagi można zaobserwować następujące fazy rozstawania się z osobą zmarłą:

- przyjęcie do wiadomości faktu straty kogoś bliskiego oraz nowej rzeczywistości jaka teraz zaistniała – oznacza to uwolnienie się od naturalnego buntu wobec śmierci kochanej osoby,
- świadome doświadczanie bólu związanego ze stratą kogoś bliskiego
- uczenie się nowej sztuki życia po stracie bliskiej osoby,
- znalezienie dla osoby zmarłej nowego miejsca w naszym życiu.

czerwiec2008.p65 22 2008-05-21, 11:36

Towarzyszenie ludziom w żałobie

Każdy z ludzi w niepowtarzalny sposób przeżywa ból związany ze śmiercią ważnej dla siebie osoby. Oto podstawowe warunki, jakie powinien spełnić ten, kto chce w dojrzały sposób towarzyszyć ludziom przeżywającym żałobę:

- empatycznie wczuwać się w słowa i zachowania cierpiącej osoby, unikając naiwnego pocieszania i pouczania,

- przestrzegać przed sięganiem po leki. Po wszelkie środki farmakologiczne należy sięgać pod nadzorem lekarza i wyłącznie wtedy gdy ból po stracie okazuje się tak intensywny i długotrwały, że nie można sobie z nim poradzić innymi metodami,

- wyjaśniać, że dla ludzi wierzących cierpienie związane ze śmiercią kogoś bliskiego jest jeszcze większe niż w przypadku ateistów. Przecież zdecydowanie bardziej boli rozstanie z kimś, kto nadal żyje i kto na nas czeka z drugiej strony istnienia, kto jest - jak w przekonaniu ateistów – już tylko wspomnieniem i przeszłością,

- pomagać, by osoby przeżywające żałobę budowały silniejsze więzi z Bogiem i innymi ludźmi, gdyż siła potrzebna do przetrwania i rozwoju płynie z pogłębionych więzi, a nie z samego okazywania współczucia ludziom w żałobie;

- wskazywać dojrzałą hierarchię wartości, wśród której miłość, odpowiedzialność i wierność stoją wyżej niż dobry nastrój czy chęć ucieczki od cierpienia. Droga miłości – zarówno wobec żyjących, jak i wobec tych, którzy odeszli na drugą stronę istnienia, pozostaje drogą błogosławieństwa nawet wtedy gdy jej pewne odcinki stają się drogą krzyżową.

- w cierpliwy sposób pozwolić cierpiącej osobie na przeżycie i wyrażenie buntu w obliczu śmierci bliskiej osoby

- pomagać ludziom w żałobie, by stopniowo przechodzili od pytania: „dlaczego to się stało? do pytania: „jak żyć w nowej sytuacji?", skąd teraz czerpać siłę, jakimi zasadami i wartościami się kierować w obliczu śmierci kogoś, kto mnie kochał i wspierał.

Jeśli żałoba trwa powyżej roku, a objawy są nasilone, mówi się wówczas o „żałobie patologicznej", która wymaga pomocy profesjonalistów.

Pracę napisała Monika Glonek
– studentka II roku
studiów stacjonarnych
pod kierunkiem
mgr Agnieszki Renn-Żurek

Reklama

AKADEMIA ZDROWIA

10 LAT
DOŚWIADCZENIA
W SZKOLENIACH

OFERTA SZKOLENIOWA DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH 2008
PLANOWANE KURSY KWALIFIKACYJNE, SPECJALISTYCZNE, DOKSZTAŁCAJĄCE

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK
✓ Szczepienia ochronne
✓ Podstawy opieki paliatywnej

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK
✓ Pielęgniarstwo rodzinne
✓ Pielęgniarstwo ratunkowe
✓ Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących
✓ Pielęgniarstwo anestezjologiczne
✓ Pielęgniarstwo psychiatryczne

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH
✓ Szczepienia ochronne

KWALIFIKACYJNE DLA POŁOŻNYCH
✓ Pielęgniarstwo rodzinne

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
✓ Endoskopia ✓ EKG

KWALIFIAKCYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
✓Organizacja i zarządzanie ✓Pielęgniarstwo operacyjne ✓Pielęgniarstwo epidemiologiczne

KURSY DLA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA
✓ Kurs w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy
✓ Kurs dla sanitariuszy szpitalnych
✓ Pielęgnacja i leczenie ran
✓ Podstawy opieki długoterminowej
✓ Kurs masażu
✓ Kurs dietetyki

☞ *Akademia Zdrowia posiada zgodę na prowadzenie kursów i szkoleń nadaną przez* **Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych** *w Warszawie oraz* **Wpis do Rejestru Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

☞ *Możliwość* **dofinansowania do 50%** *przez OIPiP*
☞ *Akademia Zrowia to firma z wieloletnim doświadczeniem* - **szkolimy już 10 lat**
☞ *Możliwość* **rozłożenia płatności na raty**
☞ *Możliwość* **zapisu przez Internet**
☞ *Tryb nauki mieszany - wieczorowy i zaoczny - warunkiem rezerwacji jest przedpłata:* **300 zł kursy kwalifikacyjne i 100 zł kursy specjalne**

AKADEMIA ZDROWIA 90 - 062 ŁÓDŹ UL. PIOTRKOWSKA 138/140 TEL. 042 255-77-00 (01)
LODZ@AKADEMIA-ZDROWIA.PL WWW.AKADEMIA-ZDROWIA.PL

czerwiec2008.p65 23 2008-05-21, 11:36

lic. piel. Anna Manes

Analiza przyczyn hospitalizacji ludzi w wieku podeszłym.

...Ktoś powiedział, że jeżeli chciałbyś się przekonać, co to znaczy być starym powinieneś zamazać szkła okularów, wepchnąć watę do uszu, założyć ciężkie i zbyt duże buty oraz grube rękawice, a następnie spróbować normalnie przeżyć cały dzień....

dr n. med. Alicja Klich-Rączka
„ Sztuka rozmowy
ze starszym pacjentem"

Starzenie się jest naturalnym etapem rozwoju człowieka. Wg WHO starość dzielimy na trzy etapy

1. wiek podeszły - 60 - 75 r. ż,
2. wiek starczy -75 - 90 r. ż,
3. wiek sędziwy - powyżej 90 r.ż.

Człowiek powyżej 65 r.ż w medycynie traktowany jest jako osoba w wieku podeszłym.

Przebieg starzenia się i starości zależy przede wszystkim od sposobu postępowania w ciągu całego dotychczasowego życia. Starzenie się człowieka wśród licznych problemów życia zajmuje ważne miejsce, a co za tym idzie związane z nim niedogodności, niepełnosprawność,upokorzenia, potrzeba różnorakiej pomocy, zarówno ze strony osób bliskich, jak i instytucji. Jednak nasuwa się pytanie czy starość musi koniecznie kojarzyć się z tymi problemami?

Człowiek starzeje się od momentu narodzin. Zmiany nie zachodzą nagle. Przez długie lata przechodzimy kolejne fazy naszego życia - okres dzieciństwa, okres dojrzewania i okres dorosłości. To, w jaki sposób przeżyjemy poszczególne etapy naszego życia, jaki będzie jego styl, jakie zwyczaje zdrowotne, będzie miało znaczący wpływ na nasze zdrowie w latach późniejszych.

Fizjologiczne starzenie to proces nieunikniony, ale jednocześnie zdrowy i prawidłowy, ideał trudny do uzyskania w codziennym życiu, gdyż zawsze połączony jest ze składową patologiczną,która przejawia się w różnorodny sposób. Starzenie się powoduje utratę równowagi organizmu, co znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia chorób. Prowadzi do upośledzenia funkcji poszczególnych narządów i układów, zwiększa podatność organizmu na chorobę i wreszcie prowadzi do śmierci. Na długość naszego życia ma również znaczny wpływ środowisko, w którym żyjemy. Wyeliminowanie negatywnych czynników z naszego otoczenia ma niewątpliwy wpływ na długość naszego życia.

W procesie starzenia nie możemy zapomnieć o zjawiskach biopsychicznych, czyli o wzroście poczucia izolacji społecznej, zmniejszeniu elastyczności i struktur poznawczych, adaptacji oraz kontaktowaniu się z otoczeniem, niejednokrotnie utraty partnera życiowego. Częstym uczuciem towarzyszącym w tym okresie jest uczucie lęku przed przyszłością, poczucie bezradności, a bilans swego życia często określany jest jako negatywny.

Zmiany zachodzące w organiźmie człowieka w procesie starzenia się

Starość nierozłącznie kojarzona jest z chorobami. Zmiany somatyczne w organizmie takie jak: zwężenie naczyń krwionośnych, zmniejszenie siły skurczowej mięśnia sercowego, zmniejszenie elastyczności naczyń krwionośnych, zmniejszenie elastyczności mięśni klatki piersiowej, zmniejszenie wydolności nerek, pęcherza moczowego i zaburzenia zwieraczy, zwiększona łamliwość kości, zmniejszone odczuwanie bólu to przyczyny powstawania wielu chorób.

W ich rozpoznawaniu i leczeniu napotykamy na takie utrudnienia jak:

1) polipatologia, czyli występowanie więcej niż jednej choroby,

2) brak wyraźnych objawów zapowiadających,

3) zmienione objawy wielu chorób,

4) tendencje otoczenia i samego chorego do bagatelizowania objawów,

5) wiązanie objawów choroby z „należnym wiekowi."

Ogólnie schorzenia wieku podeszłego możemy podzielić na:

1) charakterystyczne tylko dla starości, niewystępujące w młodości - są to otępienie, nietrzymanie moczu, nietrzymanie zwieraczy, osteoporoza'

2) występujące u ludzi młodych, ale w starości charakteryzujące się wyraźnymi różnicami, ze względu na częstość i odrębność, to choroby układu krążenia, narządu ruchu, cukrzyca, zapalenie płuc, zaburzenia snu.

Wśród objawów uważanych za cechy starzenia się rozróżniamy: spowolnienie ruchowe, utratę zainteresowań, pogorszenie apetytu, małomówność, zaburzenia snu, zmniejszenie tolerancji na ciepło.

czerwiec2008.p65 24 2008-05-21, 11:36

Wraz z postępowaniem procesu starzenia obserwujemy spadek sprawności intelektualnej i zmiany charakterologiczne. Obserwacje lekarzy, pielęgniarek, pracowników pomocy społecznej dotyczące postaw ludzi starych wobec otoczenia dały możliwość następującej klasyfikacji:

postawa aktywna - jest to postawa dobrego przystosowania się do starości, polegająca na współpracy i współdziałaniu z otoczeniem. Posiadany obraz starości i samoocena pozwala przyjąć starość jako coś naturalnego. Aktywny tryb życia, uczucie, że jest się potrzebnym, że ktoś skorzysta z ich doświadczenia oraz dostosowanie oczekiwań i zamiarów do posiadanych możliwości to główne cechy tej postawy.

postawa bierna - postawa zależności - to postawa oczekiwania i zgody na to, co zostanie zaproponowane przez otoczenie. Osoby reprezentu jące taką postawę uważają starość jako ciężar trudny do zniesienia, nie chcą nikomu sprawiać kłopotu, a zarazem oczekują wsparcia i pomocy.

postawa obronna - wyczekująca - to postawa gdzie zasadą jest „jestem czynny, zajęty, a więc młody i sprawny". Reprezentanci takiej postawy to zazwyczaj osoby z wyraźnym brakiem zaufania do otoczenia, starają się być niezależne. Nie lubią rozmawiać o starości.

postawa wrogości - postawa agresywna, wroga do otoczenia. Osoby przyjmujące taką postawę są podejrzliwe, wykazują brak realizmu w poglądach na świat, mają małą samoocenę, zamykają się w sobie, starość uważają za coś wstydliwego, coś, co budzi odrazę.

postawa wrogości wobec siebie – tutaj ludzie starzy odnoszą się krytycznie przede wszystkim do siebie, co wynika z urojonych lub rzeczywistych niepowodzeń życiowych. Osoby te czują się niepotrzebne, nie chcą kontaktów z innymi, a śmierć traktują jako wyzwolenie z nieszczęśliwej egzystencji.

postwa lekceważenia, pogardy względem siebie i innych - cechuje ludzi o dużym stopniu demoralizacji, braku szacunku dla osób przyjaznych. Mają złe nawyki z młodości (alkohol, papierosy) nie chcą mieszkać w jednym miejscu. Po otrzymaniu pomocy materialnej myślą tylko o jej spieniężeniu. Nie chcą mieć jakichkolwiek zobowiązań.

Choroby bedące przyczyną hospitalizacji seniorów

Procesy chorobowe u ludzi w podeszłym wieku przebiegają inaczej niż w innych okresach ich życia. Przyczyną jest osłabienie obrony biologicznej organizmu, co znacznie komplikuje przebieg choroby. Poza zwyrodnieniami narządów „należnym wiekowi" obserwujemy większą zapadalności na choroby przewlekłe, które początkowo nie dają objawów, dodatkowo proces starzenia się organizmu znacznie zmienia kliniczny przebieg choroby.

Następnym utrudnieniem w diagnozowaniu ludzi w podeszłym wieku to polipatologia, brak objawów zapowiadających, zmienione objawy, ignorancja osób z otoczenia seniora. Ból, niemożność wykonywania podstawowych czynności życiowych, utrata zdolności adaptacji do świata zewnętrznego - to czynniki determinujące jakość życia seniora. Występowanie choroby również w podeszłym wieku zmienia sytuację społeczną człowieka. Bardzo często senior staje się uzależniony od pomocy bliskich, pracowników medycznych czy socjalnych.

Kompleksowe traktowanie człowieka chorego, czyli model medycyny holistycznej znacznie wpływa na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. W zasadach działania ONZ na rzecz osób starszych możemy przeczytać - „dodać lat, które zostały dodane do życia".

Najczęstsze schorzenia wieku podeszłego

Pomimo, że starzenie się jest procesem fizjologicznym to jednak doprowadza w organizmie do pogorszenia funkcjonowania układów: oddechowego, sercowo-naczyniowego, krwiotwórczego, pokarmowego, rozrodczego, moczowego, kostno - mięśniowego, nerwowego, dokrewnego, narządów zmysłu oraz układu odpornościowego, a to z kolei może być podłożem wielu chorób. Najczęściej u osób w podeszłym wieku występują schorzenia układu krwionośnego, oddechowego, pokarmowego i ruchu. Występowanie chorób nowotworowych zwiększa się wraz z wiekiem.

U osób w wieku podeszłym charakterystyczna jest polipatologia, czyli występowanie wielu chorób jednocześnie. Choroby występujące na podłożu miażdżycowym powodują wzrost zachorowań i umieralności, oraz są najczęstszą przyczyną hospitalizacji wśród osób w wieku podeszłym.

Do najczęstszych przyczyn zgonów ludzi w podeszłym wieku autorzy zaliczają:

1.choroby układu krążenia,
2. nowotwory złośliwe,
3. choroby naczyn mózgowych,
4. pochp.,
5. zapalenie płuc,
6. cukrzycę,
7. wypadki,
8. choroby nerek,
9. miażdżycę,
10. posocznicę.

Rola pielęgniarki w pielęgnowaniu osób starszych

Celem opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w podeszłym wieku trafiającymi do placówek stacjonarnej opieki zdrowitnej jest dbałość o jakość ich życia, ułatwienie adaptacji do nowych warunków, zapewnienie równowagi psychicznej, aktywizacji życiowej oraz prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych zarówno do

czerwiec2008.p65 25 2008-05-21, 11:36

pacjenta jak i jego rodziny. Specyfika warunków panujących w szpitalach, a więc izolacja od środowiska domowego, izolacja od rodziny, przyjaciół, zamknięte drzwi oddziałów, często jeszcze wyznaczone godziny odwiedzin powodują u pacjentów dodatkowy stres, co nie ułatwia procesu leczenia. Są jednak tacy pacjenci, dla których czas hospitalizacji to czas, kiedy przypominają sobie o ich istnieniu rodziny, znajomi, gdzie zjedzą regularnie posiłek i będą mogli sobie z kimś porozmawiać, gdzie czują się potrzebni, bo mogą pomóc podając np. drugiemu pacjentowi szklankę wody.

Planując proces pielęgnowania pielęgniarka powinna uwzględnić wszystkie aspekty życia osób w podeszłym wieku.

Zmiany starcze objawiają się w różnych okresach życia człowieka z różnym nasileniem i prowadzą do ograniczenia samodzielności, a tym samym wzrasta uzależnienie się osób starszych od innych. Pielęgniarka obejmująca opieką osobę w podeszłym wieku powinna wiedzieć jak uwrażliwiać i pobudzać (resensibilizacja) zmysły, jak zorientować pacjenta w nowej rzeczywistości, jaką niewątpliwie jest pobyt w szpitalu, jak włączyć do opieki rodzinę i opiekunów pacjenta. Działania te mogą znacznie wpłynąć na zahamowanie procesu chorobowego, ułatwić opiekę nad osobą hospitalizowaną, a przede wszystkim pomóc zachować samodzielność i niezależność. Sprawując opiekę nad osobą w podeszłym wieku pielęgniarka powinna pamiętać, żeby podopieczny nie odczuwał deficytu czy nadmiaru wsparcia, zarówno ze strony zespołu terapeutycznego, jak i rodziny, opiekunów.

W swoich działaniach pielęgniarka powinna uwzględnić pomoc rodziny/ opiekunów w stosunku do podopiecznego zarówno podczas hospitalizacji jak i po powrocie pacjenta do domu. Rodzina, opiekunowie powinni zostać przygotowani do opieki nad pacjentem w warunkach domowych, tak, żeby mogli zapewnić mu godne wartościowe życie pomimo choroby czy starości. Jeśli chcemy poprawić standard opieki nad ludźmi w podeszłym wieku powinniśmy dążyć do zmiany stosunku do ostatniego etapu ich życia. Powinniśmy słuchać starszych ludzi, wykorzystywać ich doświadczenie, a nie stosować działania doskonałe i właściwe w naszej opinii.

Pamiętajmy, że starość nie jest chorobą, nie leczymy starości tylko staramy się w swoich działaniach doprowadzić człowieka starego do maksymalnej dla niego sprawności i do jak najdłuższego jej utrzymania.

Realizując zadania profilaktyczne wobec pacjenta w wieku podeszłym pielęgniarka powinna posiadać wiedzę z pielęgniarstwa geriatrycznego, umiejętnie rozpoznawać sytuację społeczną chorego i współpracować z zespołem terapeutycznym.

Wśród wielu aspektów opieki nad seniorami należy zwrócić uwagę na fakt stosowania przez nich wielu leków z różnych grup jednocześnie – polipragmazja. Zarówno przyswajanie, dystrybucja leku, eliminacja nerkowa (farmakokinetyka), jak i zwiększenie lub zmniejszenie wrażliwości na niektóre leki, mniejsze lub większe stężenie leku, (farmakodynamika) oraz niepożądane reakcje na lek mogą doprowadzić do zaburzeń spowodowanych lekami, jak i do interakcji między nimi.

W swojej pracy pielęgniarka obejmująca opieką hospitalizowanego seniora ma duży wpływ na kontrolę przebiegu terapii i edukację pacjenta w jej zakresie. Do pielęgniarki pacjent najczęściej zgłasza wątpliwości dotyczące farmakoterapii, a ona zgodnie z posiadaną wiedzą i kompetencjami powinna wyjaśnić nurtujące pacjenta problemy.

Edukując pacjenta i jego rodzinę/ opiekunów pielęgniarka może wpłynąć na prawidłowe przestrzeganie zaleceń lekarskich i pielęgniarskich, a tym samym na poprawę stanu zdrowia seniora.

Badania, które stały się podstawą mojej obecnej pracy zostały przeprowadzone na przestrzeni od stycznia do czerwca 2007r.

W celu pozyskania danych zastosowałam analizę dokumentacji szpitalnej osób urodzonych między 1936 - 1941 rokiem, a przyjętych w latach 2005 i 2006 do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala (WSSz) im. dr Władysława Biegańskiego w Łodzi.

Grupę badanych stanowiły wszystkie osoby hospitalizowane w oddziale Chorób Wewnętrznych.

Kryterium udziału w badaniu było:

1. Hospitalizacja w Oddziale Chorób Wewnętrznych w latach 2005 i 2006 od stycznia do grudnia.
2. Badaniu poddani byli wszyscy pacjenci urodzeni między 1936-1941 rokiem.
3. Wiek po 65 roku życia.

Celem mojej pracy była:

1. Analiza przyczyn hospitalizacji w oddziale internistycznym osób urodzonych między 1936 - 1941 rokiem.
2. Analiza czynników determinujących konieczność hospitalizacji seniora ze względów internistycznych.
3. Wykazanie związku przyczyn hospitalizacji seniorów z jakością opieki pielęgniarskiej w środowisku domowym.

Narzędzie badawcze, jakie wykorzystałam w czasie pracy to analiza dokumentacji szpitalnej. Celem przeglądu dokumentacji badanego było zebranie danych dotyczących jego wieku, płci, zgłaszanych dolegliwości, diagnozy lekarskiej oraz przebiegu hospitalizacji.

Analizę przeprowadziłam na podstawie wprowadzonych do komputerowej bazy danych w Internistycznej Izbie Przyjęć W S Sz. im. dr Wł. Biegańskiego.

Dane, z których korzystałam to:

- imię osoby hospitalizowanej.
- data urodzenia.
- data przyjęcia do oddziału.
- data wypisu.
- wyjściowa przyczyna hospitalizacji.
- przyczyna zgonu.

czerwiec2008.p65 26 2008-05-21, 11:36

Na podstawie przeprowadzonych badań chciałam uzyskać odpowiedź na pytania:

1) Z jakimi jednostkami chorobowymi przyjmowani są najczęściej pacjenci w wieku podeszłym?

2) Czy częściej hospitalizowane są kobiety, czy mężczyźni?

3) Jaki procent stanowi grupa badanych pacjentów w stosunku do ogólnej liczby przyjętych pacjentów?

4) Przyczyny zgonów badanych pacjentów.

5) Czy świadczenie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych w środowisku zamieszkania jest związane z koniecznością hospitalizacji osoby po 65 roku życia ?

Wśród respondentów trochę większą grupę hospitalizowanych w analizowanych latach stanowiły kobiety.

KOBIETY 2005/06 – 210 hospitalizowanych,
MĘŻCZYŹNI 2005/06 – 193 hospitalizowanych.

W roku 2005r grupa zakwalifikowanych do badania stanowiła - 8,93% ogólnej liczby hospitalizowanych w Oddziale Internistycznym. Natomiast w roku 2006 kohorta to 12,13% ogólnej liczby hospitalizowanych w analizowanym oddziale.

Liczbę wszystkich chorych hospitalizowanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych WSSz im dr Władysława Biegańskiego w Łodzi przedstawiają poniższe dane:

- w 2005 roku 1971 osób - z czego kobiet 1171, a mężczyzn 800.

- w 2006 roku 1905 osób - z czego kobiet 1100, a mężczyzn 805

Razem na przestrzeni 2005 i 2006 roku w badanym oddziale hospitalizowano 3876 chorych.

Z analizy zebranych danych wynika, że przyczyny hospitalizacji wśród badanych w podeszłym wieku ogółem w latach 2005 i 2006 kształtują się w następujący sposób:

dusznica niestabilna	57 przypadków
nadciśnienie tętnicze	49 przypadków
niewydolność serca zastoinowa	42 przypadki
obrzęk płuc	32 przypadki
omdlenie i zapaść	28 przypadków
zapalenie płuc	25 przypadków
udar	23 przypadki

Tab. 1.

Przyczyny hospitalizacji wśród resondentów - 2005

Jednostka chorobowa	Kobiety	Mężczyźni
dusznica niestabilna	13	20
nadciśnienie tętnicze	15	5
niewydolność zastoinowa serca	6	11
obrzęk płuc	9	6
zapalenie płuc	3	9
omdlenie i zapaść	2	4
udar	8	4
migotanie i trzepotanie przedsionków	7	5

Tab. 2.

Przyczyny hospitalizacji wśród resondentów - 2006

Jednostka chorobowa	Kobiety	Mężczyźni
dusznica niestabilna	16	13
nadciśnienie tętnicze	21	8
niewydolność zastoinowa serca	12	14
obrzęk płuc	4	13
zapalenie płuc	5	8
omdlenie i zapaść	11	8
udar	10	1
migotanie i trzepotanie przedsionków	6	5

Tab. 3.

W 2005 r. najdłużej w placówce przebywały kobiety z rozpoznaniem: nadciśnienia tętniczego łącznie 146 dni, dusznicy bolesnej – 134 dni, udaru mózgu – 105 dni i obrzęku płuc - 106 dni.

W 2006 r. najdłużej w placówce przebywały kobiety z rozpoznaniem: nadciśnienia tętniczego łącznie 177 dni, dusznicy bolesnej – 155 dni, niewydolności zastoinowej serca - 104 dni, udaru mózgu – 88 dni i zapaleniu - płuc 60 dni.

W 2005 r. najdłużej w placówce przebywali mężczyźni z rozpoznaniem dusznicy bolesnej - łącznie 155 dni, zapalenia płuc – 111 dni, niewydolności zastoinowej serca – 100 dni i obrzęku płuc – 61 dni.

W 2006 r. najdłużej w placówce przebywali mężczyźni z rozpoznaniem niewydolności zastoinowej serca- łącznie 153 dni, obrzęku płuc – 109 dni, dusznicy bolesnej - łącznie 93 dni i zapalenia płuc – 87 dni.

czerwiec2008.p65 27 2008-05-21, 11:36

W 2005 r. w analizowanym Oddziale Chorób Wewnętrznych z wszystkich przyjętych chorych zmarło 252 osób, z czego kobiet - 149, a mężczyzn - 103, natomiast w 2006 roku zmarło ogółem 214 chorych, z czego kobiet - 117, a mężczyzn - 97. Na uwagę zasługuje fakt mniejszej liczebności osób hospitalizowanych w grupie mężczyzn.

W trakcie analizy dokumentów z lat 2005 i 2006 zaobserwowano większy odsetek zgonów wśród mężczyzn Podczas analizowanych okresów hospitalizacji zgon nastąpił, odpowiednio do lat, wśród 12.72% i 10.64% badanych kobiet i 12.88% i 12.05% mężczyzn.

Liczba zgonów wśród wszystkich hospitalizowanych

LATA	2005	2006	RAZEM 2005/2006
KOBIETY	149 zgonów	117 zgonów	266 zgonów
MĘŻCZYŹNI	103 zgony	97 zgonów	200 zgonów
RAZEM	252 zgony	214 zgony	466 zgony

Tab. 3.

Najczęstszymi wyjściowymi przyczynami zgonów w kohorcie było: zapalenie płuc - 7 przypadków oraz krańcowe wyniszczenie, wychudzenie i osłabienie organizmu, obrzęk płuc i niewydolność serca zastoinowa - po 5 przypadków.

W trakcie analizy dokumentów zaobserwowano większy odsetek zgonów wśród badanych mężczyzn. Podczas analizowanych okresów hospitalizacji zgon nastąpił wśród 7.94% badanych kobiet i 14.72% mężczyzn.

KOBIETY 2005 r. – 10 zgonów, 2006 r. – 7 zgonów.

MĘŻCZYŹNI 2005 r. – 11 zgonów, 2006 r. – 18 zgonów.

Światowe prognozy demograficzne wykazują stały wzrost liczby osób starych i ich przewagę nad liczbą dzieci i młodzieży. Prognozy te mają znaczący wpływ na planowanie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych opiekuńczych dla coraz większej grupy osób o zmniejszonej samodzielności i sprawności życiowej.

Prognoza Głównego Urzędu Statystycznego zakłada, że w 2010 roku liczba osób po 65 roku życia będzie wynosiła ok. 6 mln osób (13% ogółu ludności Polski), a w 2020 roku będzie to 8 mln (17,7%), w 2030 roku - 9 mln (24%).

Tak znaczne wydłużenie się długości życia to zapewne efekt: poprawy warunków bytowych społeczeństwa, brak wojen, prozdrowotny styl życia oraz zwiększenie skuteczności terapii wielu schorzeń. Obecnie zarówno współczesna medycyna, jak i pielęgniarstwo obejmują holistyczną opieką każdego człowieka, aby zachować zdrowie czy przywrócić zaburzone funkcje organizmu jeżeli mamy do czynienia z chorobą przewlekłą to do uzyskania jak najlepszego przystosowania pacjenta, osiągnięcia jego niezależności i jak najlepszej sprawności.

Przedstawione dane w mojej pracy pokrywają się z prezentowanymi w dostępnej literaturze. Częściej hospitalizowane są kobiety – 214 razy, niż mężczyźni – 197 razy.

Wydłużenie życia ma znaczny wpływ na wzrost populacji ludzi w podeszłym wieku. Jednocześnie wzrasta liczba ludzi przewlekle chorych. Cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, demencja, choroby układu ruchu to wszystko wpływa na znaczne obniżenie jakości życia seniora. Badania przeprowadzone przez M. Biercewicz wykazały wśród 105 przebadanych 57 przypadków choroby układu krążenia. Obecne badanie potwierdza dane prezentowane w dostępnym piśmiennictwie. Wśród analizowanych przypadków najczęstszą przyczyną hospitalizacji było zaostrzenie dusznicy niestabilnej (62 osoby), nadciśnienie tętnicze (49 osób), niewydolność zastoinowa serca (43 przypadki) i obrzęk płuc (32 pacjentów). Należy sądzić, że dane potwierdzają, iż zwiększenie częstotliwości występowania chorób układu krążenia wzrasta z wiekiem.

Nadciśnienie tętnicze zwiększa ryzyko powikłań sercowo – naczyniowych, (udary mózgu, zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa). Pielęgniarka poprzez edukację pacjenta powinna uświadomić mu znaczącą rolę systematycznego przyjmowania leków, częstej kontroli ciśnienia (nauka pomiaru ciśnienia), zmianę nawyków żywieniowych, ograniczenia soli, porzucenie nałogów czy też zwiększenie aktywności życiowej.

W diagnozowaniu chorób układu krążenia u osób w podeszłym wieku wpływ na wczesne rozpoznanie choroby i właściwe leczenie mogą mieć takie czynniki jak: wielochorobowość, podwyższony próg odczuwania bólu wskutek dysfunkcji układu autonomicznego, ograniczona aktywność fizyczna, uszkodzenia włókien czuciowych (przyczyną może być przewlekłe niedokrwienie) przyjmowania leków p/bólowych, pojawianie się nietypowych objawów. Nieprawidłowa tolerancja glukozy, występowanie hiperglikemii rośnie wraz z wiekiem. W Polsce liczba ta cały czas rośnie. U około 10% - 30% seniorów stwierdza się cukrzycę typu II. W badaniach przeprowadzonych przeze mnie chorzy z cukrzycą stanowią 2,75% ogólnej liczby kohortowanych, a zgony z powodu cukrzycy w badanej grupie to 4,08%.

czerwiec2008.p65 28 2008-05-21, 11:36

Uświadomienie pacjentowi faktu, że cukrzyca systematycznie leczona, kontrolowana, pozwoli mu godnie żyć to duże wyzwanie dla pielęgniarek. Przekazana umiejętnie przez nią wiedza pozwoli choremu zrozumieć istotę choroby skutecznie ją kontrolować.

Poważnym, wstydliwym i częstym wśród populacji ludzi starych jest zjawisko niedożywienia, skrajnego wyniszczenia i odwodnienia organizmu. Wg publikacji 3 - 12% dotyczy osób leczonych ambulatoryjnie, a 17-65% osób leczonych w szpitalach. W obecnie badanej grupie to 1,18% hospitalizowanych i 0,25% zgonów. Myślę, że niższe dane mogą wynikać z niedoszacowania osób z niedożywieniem.

Często niedożywienie nie jest definiowane jako jednostka chorobowa. Niedożywienie jednak stanowi bardzo poważny problem pielęgnacyjny i jest olbrzymim wyzwaniem dla współczesnego pielęgniarstwa szczególnie rodzinnego.

Nie należy zapominać, że naturalnym środowiskiem każdego człowieka jest rodzina, to właśnie najczęściej rodzina opiekuje się nami w chorobie, wspiera, pielęgnuje. Wiele chorób u seniorów ma przebieg łagodny i nie ma potrzeby przyjmowania ich do szpitala. Właściwa edukacja rodziny/opiekunów realizowana przez pielęgniarkę może determinować czas hospitalizacji, a nawet wyeliminować jej konieczność.

Rozwój medycyny, rozszerzenie opieki pielęgniarskiej w środowisku domowym chorego, to czynniki, które mają znaczący wpływ na jakość życia seniorów, ich komfort psychiczny i na procesy zdrowienia. Ważna jest również rola pielęgniarki rodzinnej, która edukując seniora i jego rodzinę przekazuje wiedzę o zdrowym, aktywnym stylu życia oraz motywuje do działań zmierzających do potęgowania zdrowia. Wydaje mi się, że wysoka jakość usług pielęgniarskich w środowisku domowym pacjenta może gwarantować zmniejszenie częstości hospitalizacji, a także zmienić wizerunek seniora związany z jego sprawnością i stanem zdrowia.

Wyjściowe zgonów wśród wsztystkich hospitalizowanych

Jednostka chorobowa	2005		2006	
	K	M	K	M
cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)	1	-	-	1
choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca	-	-	1	1
dusznica niestabilna	1	-	-	1
inne niedociśnienie tętnicze	-	-	-	1
inne nieokreślone niedokrwistości	1	-	-	1
inne nieokreślone marskości wątroby	-	1	-	-
krańcowe wyniszczenie, wychudzenie i osłabienie organizmu - kacheksja	3	-	1	1
następstwo krwotoku podpajęczynówkowego	-	1	-	-
niewydolność zastoinowa serca	-	2	1	2
nowotwór złośliwy	1	-	-	-
ostry zawał serca pełnościenny	-	-	-	2
obrzęk płuc	1	2	-	2
stan astmatyczny	-	-	-	1
udar określony jako krwotoczny lub zawałowy	1	1	1	1
wodobrzusze	-	-	-	1
wrzód żołądka	-	1	-	
wstrząs kardiogenny	-	-	-	1
zapalenie płuc	-	2	3	2
zwyrodnienie mięśnia sercowego	-	-	-	1
wstrząs nieokreślony	1	1	-	-
RAZEM	10	11	7	18

Tab. 4.

Starzenie się człowieka jest nieuchronnym procesem, który dotyka każdego z nas. Większość ludzi młodych nie myśli o starości, ludzie dorośli odpychają myśli o starości jak najdalej od siebie.

Pamiętajmy…"Starzenie się jest jak jedna z pór roku i jak każda z nich jest na swój sposób piękna. Jesień życia może być nasyconą wielością barw, co ważne ciepłych barw. Jesień przynosi owoce, to czas zbiorów, to mądrość życiowa płynąca z doświadczeń wcześniejszych etapów egzystencji. To wreszcie czas dla siebie, dla innych ludzi…"

czerwiec2008.p65 29 2008-05-21, 11:36

mgr Danuta Wieczorek

Światowy Dzień Walki z Cukrzycą

Światowy Dzień Walki z Cukrzycą, organizowany przez Międzynarodową Federację Cukrzycową (International Diabetes Federation - IDF) przy wsparciu Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), jest ogólnoświatową akcją poświęconą tematowi cukrzycy. Światowy Dzień Walki z Cukrzycą został ustanowiony po raz pierwszy w 1991 r. jako odpowiedź na wyraz obaw związanych z nasilających się występowaniem przypadków cukrzycy na całym świecie. Głównym celem akcji jest zwiększenie świadomości szerokich kręgów społeczeństwa odnośnie przyczyn, objawów, sposobu leczenia i powikłań związanych z cukrzycą. Światowy Dzień z Cukrzycą przypomina, że liczba przypadków cukrzycy wzrasta i nadal będzie wzrastać, o ile nie zostaną podjęte natychmiastowe działania prewencyjne.

Ponad 2 miliony osób choruje w Polsce na cukrzycę. Na świecie chorobę tę stwierdzono u około 250 mln osób. Za 20 lat liczba osób na cukrzycę może wzrosnąć do 380 mln osób, jednak podkreśla się, że choroba może być znacznie niedoszacowana.

Według europejskich lekarzy, wiele krajów, w tym także Polska, nie prowadzi dokładnych rejestrów, dlatego „cukrzyków" może być nawet dwukrotnie więcej. Z około 2 mln osób w Polsce chorych na cukrzycę około 10% to chorzy z cukrzycą typu 1. Znacznie większą grupę stanowią chorzy z cukrzycą typu 2 (90 %). Około 30 % chorych z tej grupy wymaga również leczenia insuliną.

Według WHO cukrzyca jest jedną z najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych. Choroba jest już uznana za społeczną, a zachorowalność stale rośnie. Lekarze alarmują, że rozprzestrzeniająca się w takim tempie cukrzyca może stać się epidemią XXI wieku, a w związku z nią groźne powikłania staną się coraz częstszymi przyczynami zgonów.

„Cukrzyca nie boli" – to popularne powiedzenie oddaje podstępny charakter tej choroby.

Początkowy okres tej choroby przebiega często bezobjawowo. Z czasem jednak rozwijają się powikłania mogące doprowadzić do amputacji kończyn, całkowitej utraty wzroku, a nawet śmierci. Właśnie powolny rozwój cukrzycy oraz początkowy brak dokuczliwych objawów powodują, że 50% pacjentów nie jest świadomych swojej choroby. Dlatego tak ważna jest wczesna diagnostyka i świadomość objawów choroby. Zbyt późne zdiagnozowanie cukrzycy to ogromne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta, jej powikłania – choroba niedokrwienna serca oraz udary mózgu są przyczyną około jednej trzeciej zgonów w krajach Europy Zachodniej. Wczesna wykrywalność cukrzycy oraz odpowiednie leczenie zmierzające do osiągnięcia kontroli glikemii może w dużym stopniu opóźnić rozwój choroby i związanych z nią powikłań. Wymaga to jednak nakładów finansowych na opiekę diabetologiczną oraz stosowania nowoczesnych terapii. W Polsce jedna, ze względu na brak refundacji leki nowej generacji nie są dostępne dla pacjentów.

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą. Jakość życia diabetyków w dużym stopniu zależy od tego, na jakim etapie rozwoju choroby zostaną poddani właściwej terapii. Obecnie na świecie standardem, we wszystkich rozwiniętych krajach jest terapia, czyli taka, która działa na jak największą liczbę elementów choroby jednocześnie.

Na szczęście przy obecnym stanie wiedzy na temat choroby cukrzycę można leczyć, poprawiając jakość życia chorych zapobiegając niebezpiecznym powikłaniom. Na rynku coraz częściej pojawiają się także nowoczesne, przyjazne tym chorym, preparaty w niczym nie przypominające przyrządów do wykonywania iniekcji, dzięki czemu leczenie cukrzycy staje się mniej skomplikowane i coraz bardziej przyjazne pacjentom. Leki nowej generacji – analogi insuliny – odtwarzają profil wydzielania insuliny w sposób najbardziej zbliżony do fizjologicznego. Terapia polega na podawaniu raz na dobę długo działającego analogu (naśladuje tzw. bazowe wydzielanie) oraz przy każdym posiłku krótko działającej insuliny. Długo działający analog utrzymuje stężenie insuliny przez całą dobę na tym samym poziomie, chroniąc osobę chorą przed spadkami poziomu cukru także podczas snu, czego żadna z dostępnych na rynku klasycznych insulin nie może zapewnić. Dzięki takiemu działaniu terapia oparta na analogach pozwala na uzyskanie lepszych wskaźników wyrównania metabolicznego. Niestety, dostępność nowoczesnych terapii dla polskich pacjentów jest nadal utrudniona ze względu na wysoki koszt leczenia.

Analogi insuliny – to substancje powstałe w wyniku zamiany aminokwasów wchodzących w skład insuliny. Odpowiednia modyfikacja budowy cząsteczki insuliny zmienia jej właściwości, powodując na przykład szybki początek lub przedłużenie jej działania. Analogi długo działające po wstrzyknięciu pozostają pod skórą i stopniowo, w ciągu 12 - 24 godzin, bardzo równomiernie uwalniają się do organizmu. Ten sposób naśladuje fizjologiczne wydzielanie insuliny między posiłkami i w nocy. Na rynku jest dostępny także bezszczytowy, długo działający analog, który odtwarza podstawowe wydzielanie insuliny przez pełne 24 godziny.

W Wielkiej Brytanii prowadzi się badania, które mogą doprowadzić do powstania insuliny przyjmowanej

czerwiec2008.p65 30 2008-05-21, 11:36

w pigułkach. Osoby z cukrzycą typu I (a w wielu przypadkach – także z cukrzycą typu II) muszą stale przyjmować insulinę w zastrzykach. Dla wielu z nich, zwłaszcza dzieci, jest to uciążliwe. Naukowcy z Robert Gordon University w Aberdeen wykazali, że insulinę można ochronić przed trawiącym działaniem enzymów trawiennych dzięki specjalnej powłoce otaczającej porcję leku. Podobne prace prowadzili wcześniej naukowcy z Tajwanu, stosując mikroskopijne kapsułki z chitosanu – substancji pozyskiwanej z pancerzy skorupiaków.

Na rynku jest już insulina w aerozolu – zamiast wstrzykiwać można ją wdychać.

Rys historyczny Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

W latach 50-tych zaczęły powstawać pierwsze kluby pacjentów przy przychodniach i poradniach przeciwcukrzycowych. Grupy osób dotkniętych cukrzycą spotkały się, aby w zespołach lepiej poznawać jej uwarunkowania, zasady leczenia, zapobieganie powikłaniom. Początek lat 80-tych przyniósł nowe impulsy organizacyjne. W stanie wojennym w Bydgoszczy grupa inicjatywna w dniu 19 czerwca 1981 roku zarejestrowała Stowarzyszenie zrzeszające osoby chore na cukrzycę, które aktualnie występuje pod nazwą polskie Stowarzyszenie Diabetyków.

Dziś Stowarzyszenie zrzesza ponad 100 tys. członków zarejestrowanych w 520 kołach terenowych największe osiągnięcia Stowarzyszenia w okresie ponad 20-letniej działalności to:

- wywalczenie wysokiego standardu leczenia cukrzycy, głównie dzięki powołaniu sieci przychodni diabetologicznych i powszechne wprowadzanie aparatów PEN do wstrzykiwania insuliny;

- objęcie edukacją rzeszy ok. 5 mln osób dotkniętych cukrzycą wraz z członkami ich rodzin;

- wyposażenie diabetyków w glukometry w ilości ok. 30 tys. sztuk;

- zorganizowanie turnusów rehabilitacyjno-edukacyjnych dla ponad 10 tys. osób dorosłych i dla ok. 3 tys. dzieci i młodzieży;

- wyposażenie przychodni w 5 urządzeń laserowych do leczenia dna oka;

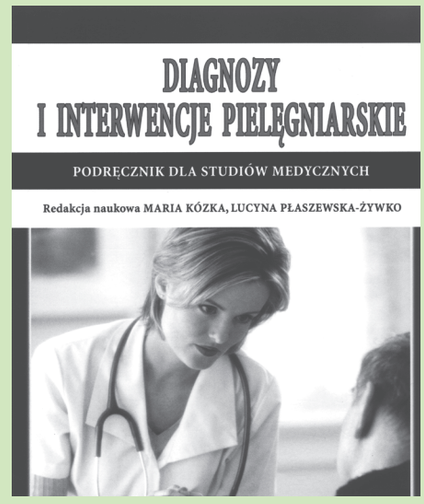
- wydanie 60 numerów jedynego pisma dla chorych na cukrzycę „Diabetyk” i tyle samo numerów „Biuletynu Informacyjnego” dla działaczy Stowarzyszenia oraz kilka książek i broszur o tematyce cukrzycowej.

W 1991 roku Stowarzyszenie zostało członkiem Międzynarodowej Organizacji Diabetyków IDF (International Diabetes Federation), którego siedziba mieści się w Brukseli.

Przedruk z Biuletynu Nr 1-2/2008 OIPiP z siedzibą w Kaliszu

kącik biblioteczny

DIAGNOZY I INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE
Autorzy – Maria Kózka, Lucyna Płaszewska-Żywko
Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, wyd. I,
ISBN 978-83-200-3496-7



Inspiracją do przygotowania tej publikacji była taksonomia diagnoz pielęgniarskich opracowana przez Północnoamerykańskie Towarzystwo Diagnoz Pielęgniarskich (NANDA). Autorki z ośrodka krakowskiego przyjęły za pielęgniarkami amerykańskimi definicję diagnozy pielęgniarskiej oraz podstawowy schemat jej konstruowania. W części pierwszej książki przedstawiły obowiązujące w Polsce podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i kompetencje zawodowe. Drugą część poświęciły zagadnieniom procesu pielęgnowania jako zindywidualizowanej metody opieki oraz szczegółowo omówiły formułowanie diagnozy pielęgniarskiej i klasyfikacje diagnoz. W trzeciej części zamieściły własne opracowanie 53 kategorii diagnoz, z którymi najczęściej spotykają się pielęgniarki w praktyce klinicznej. Każda kategoria diagnostyczna zawiera definicję, opis cech ją charakteryzujących oraz czynniki etiologiczne i czynniki ryzyka - w tym patofizjologiczne, związane z leczeniem, sytuacyjne i rozwojowe, pozwalające na wieloaspektowe przeanalizowanie problemu i trafne postawienie diagnozy. Książka adresowana jest zarówno do studentów pielęgniarstwa, jak i pracujących pielęgniarek.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
gł. specjalista ds. merytorycznych

czerwiec2008.p65 31 2008-05-21, 11:36

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

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

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

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

Pośrednictwo pracy i dział socjalny
wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00;
tel. 042 633 23 94

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

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

INFORMACJI MERYTORYCZNYCH w godz. pracy biura z wyjatkiem poniedziałków (tel. 042 639 92 62)
UDZIELAJĄ:
mgr MARIA KOWALCZYK
AGNIESZKA KAŁUŻNA

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ – mgr IRENA KRÓL
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00 (tel. 042 633 23 94)
w pozostałe dni kontakt z **KRYSTYNĄ SAWCZENKO** – spec. ds. kancelaryjnych ORzOZ i OSPiP – (tel. 042 633 23 94)

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
EWA SKIBA

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

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

Przewodnicząca **mgr Krystyna Walewska**	**środy w godz. 14.00 – 18.00**
Wiceprzewodnicząca **mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)**	
Wiceprzewodnicząca **mgr Elżbieta Krokocka (położna)**	
Sekretarz **lic. pielęg. Anna Manes**	**II i IV poniedziałek miesiąca** **w godz. 15.00 – 17.00** **tel. 042 633 22 48**

czerwiec2008.p65 32 2008-05-21, 11:36