nr 05 maj 2016
INDEX 340960
ISSN 1425-6789

MPiP

MAGAZYN PIELĘGNIARKI i POŁOŻNEJ

OFICJALNE PISMO NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH. Z WAMI OD 20 LAT.

Wykonywany zawód a choroby skóry

Jesteśmy przewodniczkami

Rozmowa z prezes NRPiP

TEMAT MIESIĄCA

POZYTYWNIE O PIELĘGNIARSTWIE

Zmieńmy sposób myślenia o naszych zawodach!

PRAKTYKA ZAWODOWA

- *Bostonka – wyzwania diagnostyczne*
- *Pomoc medyczna dla ofiar przemocy*
- *Pacjent po zabiegu prostatektomii*

ISSN 1425-6789 05
9 771425 678907

MPiP-05_2016.indd 1 26/05/16 18:33

Czy wiesz, że prawie każde dziecko na świecie do 5 roku życia ulegnie zakażeniu rotawirusowemu ?[1-3]

Po zakażeniu, **u niemowląt i małych dzieci** może wystąpić nawet do **20 epizodów biegunki i wymiotów** w ciągu jednego dnia.[4]

Objawy te mogą prowadzić do ciężkiego lub potencjalnie **zagrażającego życiu odwodnienia.**[4]

Najskuteczniejszą metodą zapobiegania chorobie wywołanej przez rotawirusy są szczepienia ochronne.[5]

Dowiedz się więcej na:
www.powstrzymajrotawirusy.pl

1. PATH - Program for Appropriate Technology and Health. Rotavirus Disease and Vaccines: Frequently Asked Questions. 2015. [Dostęp: czerwiec 2015]; **2.** Jackowska T. et al. Zakażenia rotawirusowe - aktualne zalecenia i propozycje dotyczące zapobiegania; Pediatria Polska, Tom 89, Nr 3, Maj-Czerwiec 2014; **3.** Bernstein D. The Pediatric Infectious Disease Journal 2009; 28(3): S50-3; **4.** Matson D. Rotaviruses 2003; 232:1105-1109; **5.** Pierwsze 2 lata życia dziecka. Przewodnik dla rodziców. Jak dbać o rozwój, pielęgnować i zapobiegać chorobom. Praca zbiorowa pod redakcją A. Chybickiej, A. Dobrzańskiej, J. Szczapy i J. Wysockiego. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012. str.229 – 233;

Treści zamieszczone w ulotce mają wyłącznie charakter informacyjny, nie mogą być traktowane jako forma konsultacji medycznej i nie mogą zastąpić konsultacji lekarza, do którego należy ostateczna decyzja o sposobie i zakresie stosowanego leczenia. Szczepienie, podobnie jak podanie leku, może wiązać się z wystąpieniem działań niepożądanych. Wszystkie działania niepożądane należy zgłaszać do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, al. Jerozolimskie 181C, 02-222, Warszawa, tel. (22) 492-13-01 fax (22) 492-13-09, zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych. Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dostępny jest na stronie Urzędu: http://www.urpl.gov.pl/formulndl.asp. Data przygotowania materiału: kwiecień 2016

PL/ROT/0012/16(1)

POWSTRZYMAJ ROTAWIRUSY

GSK Commercial Sp. z o.o.
ul. Rzymowskiego 53, 02-697 Warszawa,
tel.: 0 22 576 90 00 fax.: 0 22 576 90 01,
www.gsk.com.pl

gsk

MAGAZYN MPiP PIELĘGNIARKI i POŁOŻNEJ

REDAGUJE ZESPÓŁ

Bożena Czerwińska
redaktor naczelna
tel. 695 350 774, e-mail: mpip@nipip.pl

ADRES REDAKCJI

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa
tel. 22 327 61 61, faks 22 327 61 60
e-mail: mpip@nipip.pl
www.nipip.pl
Polub nas na Facebooku

RADA PROGRAMOWA

Zofia Małas, Ewa Janiuk, Mariola Łodzińska, Jadwiga Klukow, Hanna Kachaniuk, Ewa Molka, Andrzej Tytuła, Barbara Frymorgen, Mariola Głowacka, Elżbieta Grygorowicz, Elżbieta Dróżdż-Kubicka, Cecylia Dolińska, Beata Olejnik

WYDAWCA

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa
tel. 22 327 61 61, faks 22 327 61 60

DZIAŁ REKLAMY

Sławomir Czerwiński
tel. 601 058 770
e-mail: s.czerwinski@nipip.pl

PRENUMERATA I DYSTRYBUCJA

Sławomir Czerwiński
tel. 601 058 770
Arkadiusz Kurasiński
tel. 691 350 353
faks 22 327 61 60
e-mail: prenumerata@nipip.pl

OPRACOWANIE GRAFICZNE

krafftstudio.com

Nakład: 10 000 egz.

DRUK

Lotos Poligrafia Sp. z o.o.

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, a także zastrzega sobie prawo do redagowania i skracania nadesłanych artykułów i listów.
Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.
© by Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Wszelkie prawa zastrzeżone. Reprodukowanie części lub całości tekstów bez pisemnego zezwolenia jest zabronione.

Pismo znajduje się w bazie Index Copernicus

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy,

w tym roku obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej mają charakter wyjątkowy, bo połączone są z jubileuszem 25-lecia działania samorządu zawodowego – NASZEGO samorządu, największego w Polsce! Tak więc to doskonała okazja, by przypomnieć, jak wiele zdołaliśmy wspólnym wysiłkiem osiągnąć. Jesteśmy zawodami zaufania publicznego. Kształcimy się na poziomie wyższym. Mamy ustawowo zagwarantowane i uregulowane szkolenie podyplomowe. Udało się – po sporych turbulencjach – doprowadzić do uznania naszych kwalifikacji we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Na każdym kroku dajemy świadectwo naszego profesjonalizmu – i to bez względu na to, w jakim okresie i w jakim systemie się kształciliśmy. To powody do dumy, ale też dowody na to, że konsekwentne domaganie się należnych praw i aktywny udział w szukaniu rozwiązań newralgicznych dla naszych zawodowych problemów przynoszą efekty.

Pamiętając o tym, co już udało się nam wspólnymi siłami osiągnąć, śmiało patrzymy w przyszłość i działamy dla naszego wspólnego dobra, ale przede wszystkim dla dobra człowieka chorego, potrzebującego. Bądźmy nadal fundamentem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta i jego rodziny. Przecież to dzięki nam – pielęgniarkom, położnym, pielęgniarzom miliony ludzi żyje z godnością i poczuciem bezpiecznej przyszłości. Szanowanie godności innych, okazywanie im szacunku i empatii w najtrudniejszych życiowych chwilach jest darem. I Wy macie tego świadomość, tak jak i tego, że wykonujecie zawody wyjątkowe, że asystujecie człowiekowi w zdrowiu i chorobie na każdym etapie jego życia.

Dlatego uważam, że mamy niezbywalne prawo, a nawet obowiązek, by domagać się traktowania z należnym szacunkiem, mamy prawo oczekiwać, że nasze apele o stworzenie odpowiednich warunków do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej będą priorytetami dla decydentów.

Na koniec pragnę gorąco podziękować Wam wszystkim, Koleżanki i Koledzy, za to, że – pomimo topniejących szeregów, braku wystarczającego bodźca ekonomicznego jesteście na swoich posterunkach. Dziękuję za solidarność i zjednoczenie, bo tylko razem obronimy naszą autonomię. Mam nadzieję, że szybko uda się nam zrealizować wytyczone cele.

Z wyrazami szacunku

Zofia Małas
prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

„Pielęgniarki są siłą sprawczą zmian – poprzez zwiększenie elastyczności i odporności systemów opieki zdrowotnej”.

Hasło przewodnie na Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki w 2016 r. – Międzynarodowa Rada Pielęgniarek

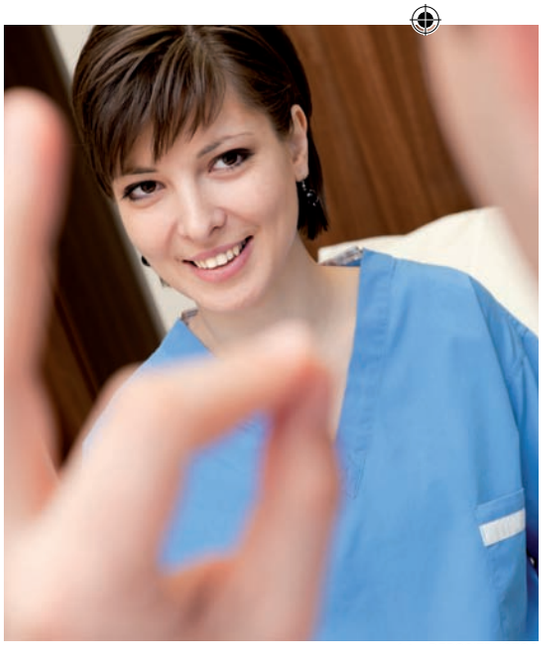


foto: DEPOSITPHOTOS

Aktualności

3 Znamy Pielęgniarkę Roku 2015

Temat miesiąca

4 Pozytywnie o pielęgniarstwie Jesteśmy przewodniczkami. Rozmowa z prezes NRPiP

9 Dlaczego 8 i 12 maja?

Jestem pielęgniarką

10 Wykonywany zawód a choroby skóry

13 Profilaktyka nawrotów owrzodzeń żylnych

16 Opieka nad pacjentem po zabiegu prostatektomii

18 „Bostonka" – wyzwania diagnostyczne, pielęgnacyjne i lecznicze

20 Mózgowe porażenie dziecięce

23 Pacjent z cukrzycą – profilaktyka ZSC

26 Pomoc medyczna dla ofiar przemocy

29 Zagrożenia epidemiologiczne

Jestem położną

30 Wpływ uszkodzenia tkanek krocza w czasie porodu na dalsze współżycie seksualne i prokreację

34 Lek z banku mleka kobiecego

Rozwój zawodowy

36 Termometr. Ciekawostki medyczne

38 Jadwiga Romanowska. Ostatnia dyrektorka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa

40 Czym w świetle prawa jest tzw. testament życia?

42 Międzynarodowa mobilność zawodowa. Projekt HCP

44 Bezpieczeństwo w sieci

Po dyżurze

46 Pielęgniarska sztafeta

My i świat

48 Za dużo czy za mało? Hiszpania oczami polskiej pielęgniarki

Zdjęcie na okładce: DEPOSITPHOTOS

Dołącz do grona autorów MPiP

ZAPRASZAMY WSZYSTKICH, KTÓRZY CHCIELIBY OPUBLIKOWAĆ SWÓJ ARTYKUŁ W MIESIĘCZNIKU „MAGAZYN PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ".

→ Artykuł powinien być zapisany w programie Word for Windows, styl standardowy, bez akapitów, specjalnych wyróżnień, przesłany do redakcji w formie elektronicznej na adres: mpip@nipip.pl

→ Objętość artykułów powinna wynosić ok. 10–12 tysięcy znaków ze spacjami.

→ W przypadku korzystania z fotografii, rycin (schematów, tabel) należy podać ich źródło, autora i przesłać w osobnym pliku w jednym z wymienionych formatów: tif, jpg o rozdzielczości 300 dpi.

→ Praca powinna mieć tytuł i być podpisana imieniem i nazwiskiem autora. Prosimy również podać: tytuł naukowy, stanowisko, miejsce pracy oraz adres, telefon kontaktowy i e-mail.

→ Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania nadesłanych tekstów, zmiany tytułów, wprowadzenia śródtytułów.

→ Przesłany do redakcji tekst nie może być nigdzie wcześniej publikowany.

→ Opinie wyrażane w artykułach są publikowane na wyłączną odpowiedzialność autorów. W związku z tym Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania jakichkolwiek nieścisłych informacji.

MPiP-05_2016.indd 2 26/05/16 18:33

foto: AERCHIWUM PTP

Znamy Pielęgniarkę Roku 2015

***Marzena Nowomińska**, pielęgniarka z Oddziału Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego w Wojewódzkim Szpitalu w Lublinie, wygrała XI Konkurs na Pielęgniarkę Roku organizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.*

16 konkurentek, finalistek konkursu Pielęgniarka Roku 2015 pokonała mgr Marzena Nowomińska, zatrudniona na Oddziale Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie. Tym samym zajęła I miejsce. II miejsce przypadło w udziale mgr Renacie Grabowskiej, która jest specjalistką w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela, w Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych w Bydgoszczy. III miejsce należy do mgr Marzeny Slendak, specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, która zatrudniona na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii dla Dzieci w SP ZOZ Centralnym Szpitalu Klinicznym UM w Łodzi, Ośrodku Pediatrycznym im. Marii Konopnickiej, ale także jest pielęgniarką neonatologicznego zespołu wyjazdowego SN.

Marzena Nowomińska, pytana o konkurs, powiedziała: „Po etapie lokalnym i wojewódzkim miałyśmy przygotować prezentację na temat *Pielęgniarstwo wielokulturowe wyzwaniem dla edukacji i praktyki pielęgniarskiej w Polsce*. Starałam się przedstawić ten problem jak najszerzej. Swoją prezentację oparłam na danych statystycznych dotyczących mniejszości narodowych i etnicznych zamieszkujących w naszym kraju, badaniach naukowych opublikowanych na łamach czasopism medycznych, analizie wybranej literatury. Przede wszystkim wykorzystałam jednak doświadczenia związane z trudnymi sytuacjami w kontakcie z pacjentem odmiennym kulturowo – zarówno własne, jak i moich koleżanek z pracy. Zaprezentowałam komisji swoje spojrzenie na narastające zjawisko wielokulturowości. Istotne jest, że w naszym kraju mieszkają przedstawiciele wielu religii i kultur, którzy są też naszymi pacjentami w szpitalach. Pielęgniarka musi pamiętać, że nie zgadzają się oni na pewne metody leczenia i pielęgnacji, np. Romowie nie akceptują transplantacji narządów, z kolei świadkowie Jehowy – transfuzji krwi. Natomiast opiekę nad Żydami sprawują osoby z rodziny. Niedozwolone jest, by np. toaletę wykonywała osoba obca, odmienna kulturowo i odmiennej płci. Z kolei dzieci z małżeństwa należącego do Kościoła Adwentystów nie są chrzczone w stanie zagrożenia życia. Pod uwagę należy wziąć też dietę. Np. katolicy poszczą w piątki, a prawosławni w środy i w piątki".

W tym roku mija 20 lat pracy zawodowej Pani Marzeny. Obecnie jest pielęgniarką na Oddziale Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego w Szpitalu Wojewódzkim w Lublinie, oprócz tego pracuje w opiece długoterminowej, opiekując się pacjentami w domu oraz dyżuruje w stacji dializ. Jest w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa zachowawczego.

Serdecznie gratulujemy zwycięzczyniom!

MPiP-05_2016.indd 3 26/05/16 18:33

Pozytywnie o pielęgniarstwie

Narzekamy. Oj, duuuużo narzekamy. Narzekanie to nasz polski sposób bycia. Narzekamy na nasz kraj, na rząd, na pracodawcę, narzekamy na naszą pracę. A gdyby tak porozmawiać o pozytywach w naszym zawodzie? Dlatego – trochę przewrotnie – proponujemy Wam lekturę dwóch absolutnie różnych tekstów. Pierwszy to felieton jednej z najbardziej pozytywnych osób, jakie w redakcji znamy. Drugi – mądre spotkanie z prezes NRPiP.

mgr piel. MONIKA KULIGA
autorka bloga biznurse.pl

foto: DEPOSITPHOTOS

MPiP-05_2016.indd 4 26/05/16 18:33

Mało pieniędzy, zbyt wiele obowiązków, za mało personelu, strajki, protesty, manifestacje. Ogólnie nasz zawód ukazywany jest społeczeństwu w bardzo ciemnych barwach. Gdy zaglądam do Internetu, aby poczytać o naszym zawodzie, to co widzę? Strajk, protest pielęgniarek, sprawy w sądzie, konflikty, obniżenie zarobków, np. odebranie nagród jubileuszowych, dodatków stażowych i funkcyjnych. Ogólnie – same złe wieści. A nawet gdy wywalczamy podwyżkę, to nadal narzekamy, że coś jest nie tak, że nie jest idealnie, że powinno być lepiej i nadal skupiamy się na negatywach. Nie twierdzę, że to nie są ważne sprawy – owszem, są bardzo istotne i trzeba o nich mówić, nagłaśniać je. To najprawdziwsza prawda, że w naszym zawodzie jest cała masa problemów. Tyle tylko, że my mówimy wyłącznie o nich. Powiesz teraz pewnie: – OK. Może i jest trochę pozytywów, ale po co o nich rozmawiać, skoro jest tak wiele niedogodności, które nas dręczą, które przydałoby się zmienić? Odpowiem Ci na to pytanie przewrotnie, przytaczając pewną anegdotę:

Zatłoczony autobus pełen smutnych ludzi jadących do pracy, każdy jest pogrążony we własnych problemach. Jeden z mężczyzn myśli: żona – zołza, przyjaciele – oszuści, szef – sadysta i idiota, praca – beznadziejna, życie – do niczego… Stojący za nim Anioł Stróż wszystko skrzętnie notuje i myśli sobie: dziwne życzenia, i to codziennie, ale cóż mogę zrobić? Nie mam wyjścia – muszę je spełniać, bo takie jest moje zadanie.

★★★

Ta anegdota jest bardzo ważna w moim życiu. Tak to właśnie wszystko w tym naszym świecie działa… Po pierwsze, jeśli masz negatywne myśli, nie możesz czuć się dobrze. Jesteś smutny, nieszczęśliwy – jak ten mężczyzna z anegdoty. Okoliczności zewnętrzne są, jakie są, ale to TY wybierasz, jak one na Ciebie wpływają, to TY wybierasz, jak się czujesz.

Każda sytuacja ma złe i dobre strony. Nigdy nic nie jest zupełnie złe. Choć może wydawać Ci się to dziwne, ale Twoje dobre samopoczucie wcale nie zależy od sytuacji zewnętrznej, ale od dostrzeżenia tego, co pozytywne i umiejętności skupiania się na tym.

Oto pierwszy skutek mówienia wyłącznie o tym, co negatywne – następstwem narzekania jest Twoje złe samopoczucie, frustracja, smutek, a przecież jako człowiek, który ze swej natury nie jest masochistą, chcesz czuć się dobrze, chcesz czuć się szczęśliwy i radosny, prawda? Masz już więc jeden powód do tego, by porozmawiać o pozytywach w naszym zawodzie. A oto kolejny. Czy spotkałeś się kiedykolwiek z koncepcją prawa przyciągania? To temat baaardzo obszerny, ale w skrócie działa to tak: podobne przyciąga podobne. Jeżeli Twoje uczucia i myśli są negatywne, przyciągasz kolejne negatywne aspekty do swojego życia. Aby więc przyciągnąć pozytywy, musisz… przestać narzekać, przestać mówić o negatywach, problemach, a zacząć doceniać to… (uwaga!), co już masz. Nawet jeśli jest tego niewiele, nawet jeśli więcej jest negatywów, skup się na tych nielicznych dobrych aspektach, a przyciągniesz ich więcej.

Jeżeli ciągle lub w większości myślisz i rozmawiasz o tym, co złe w Twoim zawodzie, o brakach, to czujesz się po prostu źle i tym samym przyciągasz kolejne problemy, braki i niedostatek do swojego zawodu. Aby więc sytuacja w naszym zawodzie poprawiła się, musimy zacząć myśleć pozytywnie, rozmawiać o pozytywach, doceniać je i czuć radość z naszej pracy.

★★★

Chciałam zaproponować Ci teraz serię pytań, które spowodują przesterowanie Twojego myślenia z trybu narzekania na nasz zawód na tryb pozytywnego zachwytu. Tak, tak, uwierz mi, w naszym zawodzie jest miejsce na zachwyt. Oto pierwsze z nich:

Co najbardziej lubię robić w swojej pracy?

Drogi Czytelniku – teraz czas na Twoją pracę. Weź, proszę, do ręki kartkę i długopis i pisz, ale nie udzielaj odpowiedzi w jednym zdaniu, np. „Najbardziej lubię zakładać wenflony". Nie stawiaj tu kropki. To dopiero początek zadania. Rozpisz się, dlaczego to lubisz, ale nie argumentuj tego rozumem, logicznie… POCZUJ to, zachwyć się tą czynnością, przypomnij sobie, jak wykonywałeś tę czynność po raz pierwszy… Co wtedy czułeś? Obudź w sobie ten zachwyt na nowo. I opisz to uczucie. Używaj słów nacechowanych **pozytywnie**: nie pisz „lubię", ale „uwielbiam", „kocham". Nie pisz „dobrze", ale „wspaniale", „cudownie" . Ta potęga słów pomoże Ci wejść w stan zachwytu.

Poniżej przedstawiam Ci moją odpowiedź na to pytanie. Niech służy Ci jako przykład:

Uwielbiam zakładać wenflony. To dla mnie atrybut pielęgniarki oraz ćwiczenie ogromnej precyzji i wyczucia. Widok pięknych, grubych żył – ach, wenflon wejdzie jak w masełko. Ogromnie się cieszę, gdy udaje mi się tak sprawnie założyć wenflon. A co, gdy żyły są cienkie i ledwo widoczne? To dopiero dla mnie wyzwanie. Uwielbiam takie wyzwania. A gdy udaje mi się założyć wenflon takiemu pacjentowi, jestem z siebie taka dumna. Jakież to cudowne uczucie. Ogromna

Zastanów się, jakie pozytywne zmiany już nastały w naszym zawodzie. Zapewniam Cię, że dokonało się ich już bardzo wiele. Przypomnij sobie lub popytaj starsze stażem pielęgniarki, jaki był kiedyś sprzęt. Dziękuję za to, że nie muszę już gotować igieł, suszyć rękawiczek na kaloryferach i talkować ich. Dobrze, że ktoś wymyślił sprzęt jednorazowy!

MPiP-05_2016.indd 5 26/05/16 18:33

radość. Radość z tego, że jestem w tym dobra. Czuję wtedy, że się rozwijam zawodowo, że wzrasta moja precyzja, sprawność manualna, wyczucie, nabieram doświadczenia. Czuję, że mam fach w ręku, że jestem dobrą pielęgniarką. Wspaniale jest mieć w pracy poczucie własnego rozwoju. Wspaniale jest czuć się dobrym fachowcem.

Dobrze, przejdźmy do drugiego pytania. Oj, zapewne trochę zdziwi Cię to pytanie… Dlaczego? Drogi pielęgniarzu/pielęgniarko, gdybyś miał(a) wypisać listę problemów i trudności w naszym zawodzie, pewnie od razu słowa przelewałyby się na papier i nie miał(a)byś z tym żadnych problemów i oporów. I jeszcze bardziej pogrążył(a)byś się w tym negatywnym nastroju i w swoim niezadowoleniu. Dlatego nie pytam Cię o to.

Zapytam Cię o coś, co zapewne przyjdzie Ci trudniej, za to znacznie poprawi Twój poziom zadowolenia z wykonywanej pracy i w ogóle z Twojego życia, a efekt będzie natychmiastowy. Co to za magiczne pytanie? Oto i ono:

Za co w mojej pracy jestem wdzięczny(a)?

– Hahahaha, wdzięczny(a)? Chyba kpisz! – taka może być Twoja pierwsza reakcja. – Niskie zarobki, trudne warunki pracy, mało personelu, brak szacunku, wyzysk, a Ty mi tu każesz za to jeszcze dziękować?! Za co i po co? Przypomnij sobie powyższą anegdotę. Tak, chodzi o to, byś po prostu czuł(a) się dobrze, byś był(a) szczęśliwym człowiekiem, a praktykowanie wdzięczności jest wspaniałą metodą, by cel ten osiągnąć. Jak zatem w gąszczu tych wszystkich problemów i trudności znaleźć rzeczy, za które mogę być w moim zawodzie wdzięczny(a)?

Po pierwsze i najważniejsze: zostaw te wszystkie nasze problemy z boku, nie myśl o nich, nie poświęcaj im czasu i energii, nie krytykuj, nie narzekaj. Skup się natomiast na pozytywach, poszukaj ich – one są, tylko po prostu trzeba nauczyć się je dostrzegać. Tak naprawdę jest bardzo wiele aspektów, za które możesz być wdzięczny. Oto pierwszy z nich:

Zastanów się, jakie pozytywne zmiany już nastały w naszym zawodzie. Zapewniam Cię, że dokonało się ich już bardzo wiele. Przypomnij sobie lub popytaj starsze stażem pielęgniarki, jaki był kiedyś sprzęt. Jak to usprawniło nam pracę? Czy dzięki temu łatwiej, przyjemniej i szybciej Ci się pracuje? Podczas każdego dyżuru postaraj się znaleźć chociaż jedno takie usprawnienie. Poczuj ten komfort pracy, jaki masz dzięki temu usprawnieniu. Pomyśl sobie: „Ale dobrze, że ktoś to wymyślił. Jakże musiałoby mi się trudno pracować, gdyby tego usprawnienia nie było. Ale fajnie, że mam to w swojej pracy". Doceń to. Poczuj wdzięczność względem osoby, która to wynalazła i względem osoby, która wprowadziła tę rzecz do Waszego miejsca pracy. Zachęcam Cię do przelania swoich myśli na papier – wtedy łatwiej jest się skupić. Gdy tylko „myślisz myśli" Twoja uwaga często się rozprasza, nie jesteś aż tak skoncentrowany. Poza tym dzięki temu, że sobie to zapiszesz, będziesz mógł innego dnia szybko powrócić do uczucia wdzięczności, nie szukając nowego powodu.

Poniżej przedstawiam Ci mój przykład:

Ależ ja mam komfort w pracy, że mogę używać sprzętu jednorazowego użytku – nie wyobrażam sobie, gdybym musiała używać igieł, strzykawek czy rękawiczek wielokrotnie. Dziękuję za to, że nie muszę już gotować igieł, suszyć rękawiczek na kaloryferach i talkować ich. Znam te obowiązki tylko z opowieści starszych stażem koleżanek. Ileż to musiało być dodatkowej pracy! Jakież mamy teraz ułatwienie. Otwieram igłę, używam jej i wrzucam do pojemnika na odpadki. Potrzebuję znowu nabrać lek czy pobrać krew – biorę po prostu nową igłę i strzykawkę. Jakie to szybkie, jakie to sprawne! Czuję ogromne uznanie do osoby, która wpadła na znakomity pomysł, by sprzęt ten był jednorazowego użytku i wprowadziła go w życie. Bardzo ułatwiła nam tym pracę.

Teraz Czytelniku, Twoja kolej. Weź do ręki kartkę i długopis i odpowiedz sobie pisemnie na powyższe dwa pytania. Może zechcesz swoje notatki przesłać do redakcji… □

MPiP-05_2016.indd 6 26/05/16 18:33

Jesteśmy przewodniczkami

Z prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w jubileuszowym dla samorządu roku, w bliskości Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej rozmawia Ewa Sawicka.

Pani kadencja przypada na wyjątkowy czas – w tym roku przypada jubileusz 25-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. To dobra okazja, żeby przypomnieć sobie i innym, czemu służy ta organizacja i jakie ma zasługi. O czym przede wszystkim warto pamiętać?

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powstał w 1991 roku. Głównym jego zadaniem jest sprawowanie nadzoru nad należytym wykonywaniem obu zawodów. Z perspektywy minionych 25 lat widać, jak wiele udało się osiągnąć, ale też, że jeszcze więcej jest do zrobienia. Już pięć lat po jego powołaniu powstała ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, która reguluje całkowicie i od podstaw funkcjonowanie zawodów pielęgniarki i położnej. W tej ustawie osadzony jest też kodeks etyki zawodowej, który został przyjęty uchwałą nr 9 podczas IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w grudniu 2003 r. To ważny akt prawny, który nakłada na osoby wykonujące nasze zawody obowiązek etycznego zachowania zarówno w stosunku do pacjentów, jak do siebie nawzajem. Kodeks obowiązuje w niezmienionym kształcie do tej pory. W tej kadencji będziemy się pochylać nad nim w celu doprecyzowania niektórych zapisów, ponieważ świat medyczny się zmienia, zmieniają się technologie. Nie wiem na przykład, czy nie należałoby przemyśleć tak często w ostatnich latach dyskutowanej klauzuli sumienia.

Udało nam się również zrównać sposób kształcenia polskich pielęgniarek z unijnym. W tej chwili mamy uniwersytecki system kształcenia: pierwszy stopień – licencjat, drugi stopień – magister, i to jest niewątpliwe osiągnięcie. Udało

foto: ARCHIWUM NIPiP

nam się również bardzo dobrze zorganizować od strony prawnej kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

W tej chwili pielęgniarki mogą zdobywać najwyższy, mistrzowski stopień, czyli specjalizację w 17 dziedzinach pielęgniarstwa. Obok tego istnieje możliwość pogłębiania wiedzy na kursach dokształcających i specjalistycznych. Ważnym elementem podnoszenia kwalifikacji było stworzenie studiów pomostowych, z których skorzystały pielęgniarki i położne mające ukończone licea medyczne i szkoły pomaturalne.

Kolejnym sukcesem było wejście w życie dyrektywy, która zrównywała polskie pielęgniarki z pielęgniarkami z krajów tzw. starej Unii. W 2005 r., a więc tuż po wejściu naszego kraju do UE, polskie pielęgniarki i położne mające wyższe wykształcenie dostały prawo wykonywania zawodu w każdym kraju unijnym bez konieczności nostryfikowania dyplomów. W 2013 r. uznane zostały kwalifikacje także polskich pielęgniarek – absolwentek liceów medycznych na zasadzie praw nabytych (a nie systemu ogólnego), a także złagodzone zostały warunki uznawania kwalifikacji położnych i pielęgniarek, absolwentek szkół pomaturalnych.

ZOFIA MAŁAS
prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, studia magisterskie na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, kierunek Zdrowie publiczne. Posiada specjalizację z pielęgniarstwa zachowawczego oraz epidemiologicznego.

Z tej swobody podejmowania pracy w całej UE skorzystało bardzo wiele pielęgniarek i położnych. Emigracja zarobkowa to jeden z głównych czynników braku odpowiedniej liczby pielęgniarek w polskim systemie opieki zdrowotnej…

Zatrzymanie pielęgniarek i położnych, szczególnie młodych (bo luka pokoleniowa w obu zawodach jest faktem), to jedno z najpilniejszych zadań, jakie przed nami stoją. Jako samorząd zawodowy jesteśmy razem ze związkami zawodowymi w stałym dialogu ze stroną rządową w tej kwestii. W ciągu ostatnich lat nastąpiła znaczna pauperyzacja obu zawodów. Wystarczy przypomnieć, że za czasów premiera Tadeusza Mazowieckiego i ministra pracy i polityki socjalnej Jacka Kuronia wskaźnik wynagrodzeń dla pielęgniarek wynosił 1,3 średniej krajowej, a dla lekarzy 1,7. Jeśli zarobki spadały poniżej tego poziomu, następowała indeksacja. Jak to wyglądało potem, dobrze wszyscy wiemy. W tej chwili średnia płaca pielęgniarki i położnej to 3300 zł, a średnia krajowa wynosi 4000 zł. Dlatego pielęgniarki w ubiegłym roku wyszły na ulice i protestowały. Przyznana wówczas podwyżka 4 × 400 zł brutto to też proteza. I to bardzo wadliwie przydzielana.

Zdaniem NRPiP jedynym sposobem, by praca pielęgniarek i położnych zaczęła być właściwie opłacana, jest powrót do tej praktyki i wpisanie do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej zapisu gwarantującego wynagrodzenie na poziomie 1,5 średniej krajowej pielęgniarce wchodzącej do zawodu, a specjalistce do dwóch średnich krajowych. Obecny rząd obiecał, że stworzy akt prawny regulujący kwestię wynagrodzeń wszystkich zawodów medycznych. Samorząd zawodowy i związki chcą mieć oczywiście wpływ na to, jakie te zapisy będą. Myślę, że to jest właściwy kierunek.

Urealnienie płac to ważny czynnik podniesienia prestiżu zawodu, może się jednak okazać niewystarczającą zachętą do podej-

MPiP-05_2016.indd 7 26/05/16 18:33

mowania pracy przez absolwentów studiów pielęgniarskich…

Obecnie tylko jedna trzecia absolwentów występuje o prawo wykonywania zawodu. Ginie nam 2/3 doskonale wykształconych młodych ludzi. To ogromna strata. Potrzebujemy ich w systemie, dlatego samorząd zawodowy opracował projekt „Staż–pierwsza praca", który przedstawiliśmy ministrowi zdrowia. Nie chodzi tu o roczne staże (jak w przypadku rezydentur), ale 2–3-letnie pełnopłatne zatrudnienie. Taki okres jest niezbędny, by przywiązać do zawodu młodego człowieka. I wyrobić w nim przekonanie, że może wykonywać go w Polsce.

Jak liczna grupa absolwentów mogłaby liczyć na tego typu pierwszą pracę?

Zdaniem samorządu zawodowego program powinien być skierowany do wszystkich absolwentów, czyli ok. 3–4 tysięcy osób. Oczywiście nie możemy oczekiwać, że 100 proc. absolwentów z niego skorzysta, ale już 80 proc. byłoby wielkim sukcesem.

To bardzo ambitny plan, wymagający jednak, jak sądzę, dużych nakładów finansowych. Skąd wziąć na to środki?

Zdajemy sobie z tego sprawę, dlatego uważamy, że oprócz Ministerstwa Zdrowia w projekt mogłoby się włączyć Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Aktywizacja zawodowa młodych ludzi jest jednym z ich zadań. Samorządowi zawodowemu zależy, żeby osoby, które zdecydowały się ukończyć tak wymagające studia, nie rezygnowały z pracy w zawodzie już na starcie, bo w innym, wymagającym mniejszych kwalifikacji i nie tak odpowiedzialnym szybciej znajdą zatrudnienie za podobne lub wyższe wynagrodzenie.

foto: ARCHIWUM NIPIP

Jak pokazują badania socjologiczne, kryterium dochodowe, choć bardzo ważne, dla młodych ludzi nie jest jednak najważniejsze. Dla nich liczą się też inne, niewymierne, wartości takie jak możliwość samorealizacji, łatwość godzenia pracy z życiem osobistym, poczucie bycia ważnym członkiem danej społeczności…

Zawód pielęgniarki, położnej w ciągu ostatnich 25 lat stał się samodzielny, wymaga posiadania znacznych umiejętności i szerokiej wiedzy. Stąd nałożony ustawą obowiązek nieustannego podnoszenia kwalifikacji i kształcenia na poziomie podyplomowym. Ta samodzielność to też jedno z większych osiągnięć samorządu zawodowego. Obecnie pielęgniarka, położna to specjalistka, do której zadań należy nie tylko pielęgnacja chorego i realizacja zleceń lekarskich, ale też wykonywanie skomplikowanych zabiegów oraz szeroko pojęta promocja zdrowia, edukacja pacjenta. Nastąpiło przesunięcie zadań z typowo opiekuńczych, które powinni już w pełni przejąć opiekunowie medyczni, w kierunku samodzielnie wykonywanych czynności, w tym też takich jak ordynowanie leków i przepisywanie recept. W ostatnim ćwierćwieczu pozycja pielęgniarki, położnej w systemie znacząco wzrosła. Z pracy pod nadzorem lekarskim doszłyśmy do pełnej samodzielności (oczywiście jako członkowie zespołów terapeutycznych), a nawet w kierunku nadzorowania (opiekunowie medyczni) i koordynowania pracy innych, bo to pielęgniarka i położna są najbliżej pacjenta, posiadają przy tym niezbędną wiedzę pozwalającą ocenić jego stan i podjęć decyzję, w którym momencie pacjentowi niezbędna jest pomoc lekarska, a w jakim zakresie o swoje zdrowie może zadbać sam przy pomocy i pod nadzorem pielęgniarki lub położnej. Także my mamy przecież w zakresie swoich obowiązków czynności lecznicze.

Jestem przekonana, że jeśli tylko umożliwimy absolwentom podjęcie pracy na godziwych warunkach, to większość z nich pokocha ten zawód. Nie ma nic piękniejszego niż satysfakcja, jaką daje widok pacjenta, który wraca do zdrowia.

Tej samodzielności trzeba jednak ciągle bronić. Czy wpuszczenie na oddziały ratowników medycznych, którzy uzyskali większe uprawnienia niż pielęgniarki, nie świadczy o tym, że pielęgniarki wciąż muszą walczyć ze stereotypem bycia „średnim personelem medycznym"?

Tak, to swoisty paradoks. Stanowczo przeciwko temu protestujemy.

Na ile skutecznie?

Pan minister Radziwiłł obiecał, że to rozporządzenie obowiązywać będzie tylko przez pół roku, bo jest to program pilotażowy. Mam nadzieję, że tak będzie. Nam bardziej zależy, żeby na oddziały zamiast ratowników wszedł personel pomocniczy, pracujący pod nadzorem pielęgniarki. Ratownicy nie chcą tej podległości, chcą wykonywać swój zawód samodzielnie, bo do tego byli przygotowywani. I w systemie ratownictwa to się sprawdza, ale nie na oddziałach. W Ministerstwie Zdrowia zabiegamy o to, by pielęgniarki uzyskały szerokie wsparcie w postaci opiekunów medycznych. Uważamy, że to już ten czas, kiedy proste czynności higieniczno-sanitarne przy pacjencie powinien przejąć personel o niższych kwalifikacjach, żeby pielęgniarki, których jest coraz mniej, mogły skupić się na czynnościach wysokospecjalistycznych.

To nie jedyny program pilotażowy obecnego Ministerstwa Zdrowia, który budzi zaniepokojenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Drugim jest KOC, czyli program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży…

Jako NRPiP podjęliśmy stanowisko odrzucenia w całości tego projektu, ponieważ wnosi on dużo niebezpieczeństw dla pacjentek, kobiet w ciąży. My, jeżeli chodzi o wykonywanie zawodu położnej, chcielibyśmy jako NRPiP, aby do końca zadziałał standard opieki okołoporodowej. Taki standard już od ok. pięciu lat istnieje, bo obowiązuje rozporządzenie o standardzie, nato-

MPiP-05_2016.indd 8 26/05/16 18:33

miast w praktyce nie do końca działa. Myślę, że byłby on wystarczający.

Nie sposób też nie wspomnieć przy okazji kontrowersji, jakie budzą pomysły Ministerstwa Zdrowia dotyczące organizacji POZ…

Zmiany w POZ są potrzebne i my tę potrzebę widzimy. Chcemy tylko usiąść wspólnie i powiedzieć panu ministrowi o rozwiązaniach, które chcielibyśmy wdrożyć.

Jakie są szanse na to, by głos środowiska został wysłuchany?

Myślę, że spore. Na spotkaniu z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej pan minister Radziwiłł zapewniał, że jest człowiekiem dialogu i czuje się ministrem wszystkich medycznych grup zawodowych, a w swoich decyzjach będzie kierował się przede wszystkim dobrem pacjentów, a nie interesem lekarzy. Temu służy powoływanie zespołów i wdrażanie programów pilotażowych. Mają one być platformą umożliwiającą wypracowanie najlepszych rozwiązań. Mam nadzieję, że tak właśnie się stanie.

Byłby to niewątpliwy sukces. A skoro sięgamy już w przyszłość, o czym marzy prezes NRPiP VII kadencji?

Chciałabym, żeby praca pielęgniarki i położnej była tak zorganizowana, by miała ona czas dla pacjenta. Żeby z osoby przemęczonej, zestresowanej nadmiarem obowiązków, przytłoczonej biurokratycznymi procedurami stała się prawdziwą przewodniczką pacjenta, edukatorką uczącą chorego i jego bliskich prozdrowotnych zachowań. Żeby pielęgniarki i położne miały czas nie tylko na wykonanie niezbędnych zabiegów, ale też na zwykłe, a tak potrzebne pobycie z pacjentem, potrzymanie go za rękę, gdy tego potrzebuje.

Ważne przy tym jest, by kształcenie podyplomowe przestało być prywatną sprawą, odbywającą się kosztem wolnego czasu i własnych pieniędzy, a stało się częścią systemu zatrudnienia. Żeby pracodawcy potrafili stworzyć przejrzyste procedury i ścieżki awansu zawodowego. Jestem przekonana, że jeśli tak się stanie, chętnych do wykonywania obu zawodów nie braknie. □

Dlaczego 8 i 12 maja?

8 i 12 maja to szczególne dni w kalendarzu pielęgniarki i położnej – Krajowy Dzień Położnej i Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki. Obie daty zostały wybrane nieprzypadkowo.

Polskie położne wskazały 8 maja jako dzień swojego święta na cześć urodzonej tego dnia Stanisławy Leszczyńskiej (Łódź, rok 1896). Niezwykłej, szczerze oddanej swojemu zawodowi położnej, która uwięziona w obozie koncentracyjnym Auschwitz II–Birkenau, sprzeciwiając się rozkazom władz obozowych, przyjęła ok. 3000 porodów. 12 maja to też dzień urodzin – tego dnia w 1820 r. we Florencji przyszła na świat najsłynniejsza przedstawicielka zawodu, czyli Florence Nightingale.

Prekursorka nowoczesnego pielęgniarstwa

Florence Nightingale (12.05.1820–13.08.1910) urodziła się we Florencji, w zamożnej, arystokratycznej rodzinie angielskiej. Otrzymała wszechstronne wykształcenie. W wieku 25 lat wprawiła rodziców w przerażenie, prosząc o zgodę na naukę pielęgniarstwa w szpitalu w Salisbury. Nieprzychylność rodziców była zrozumiała; w tamtych czasach pielęgniarstwem trudniły się (nie licząc zakonnic) głównie kobiety z marginesu społecznego; warunki pracy były zaś tak ciężkie, że angielskie sądy chętnie zamieniały karę więzienia na pracę w szpitalu. Rodzice, chcąc wpłynąć na zmianę decyzji wysłali ją w długą, zagraniczną podróż, którą Nightingale wykorzystała, aby poznać szpitale i pracę pielęgniarek w różnych szpitalach. W 1850 roku odbyła 4-miesięczny kurs pielęgniarski dla diakonis protestanckich, potem praktykowała w kilku szpitalach. W 1852 roku zrezygnowała z małżeństwa i została przełożoną zakładu dla chorych dam z towarzystwa. W 1854 r. gdy wybuchła wojna krymska i z frontu napływały wieści o skrajnie złych warunkach panujących w angielskich szpitalach polowych, Nightingale za własne pieniądze zakupiła potrzebne leki i środki opatrunkowe, zebrała 38 ochotniczek i udała się na front. W przepełnionym szpitalu w Skutari zastała brud, epidemie tyfusu i dyzenterii. Śmiertelność sięgała 42%. W ciągu 2 miesięcy Florence poprawiła warunki sanitarne, zorganizowała kuchnię i pralnię szpitalną. Efektem było zmniejszenie śmiertelności do 2%. W 1856 roku powróciła do Anglii jako bohaterka narodowa. Wdzięczni żołnierze wraz z rodzinami zebrali fundusze, dzięki którym w 1860 r. Nightingale mogła założyć pierwszą świecką szkołę pielęgniarek, przy Szpitalu św. Tomasza w Londynie. Dwie najważniejsze zasady funkcjonowania szkoły brzmiały: pielęgniarki powinny być technicznie wyszkolone; pielęgniarki powinny mieszkać w internatach, aby można było czuwać nad ich moralnością. Nadzorując pracę szkoły F. Nightingale opracowała kilka projektów reformy wojskowej służby zdrowia, uczestniczyła w działalności Królewskiej Komisji, pracującej m.in. nad rozwiązywaniem problemów sanitarnych Indii. W 1904 r. nadano jej tytuł Lady of Grace orderu św. Jana Jerozolimskiego.

Kto i kiedy ustanowił święto

To zagadka, bo różne źródła, w tym tak miarodajne, jak Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Wikipedia i Ministerstwo Zdrowia, podają odmienne informacje o tym kto, gdzie i kiedy uznał, że 12 maja stanie się Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki. Najczęściej wskazuje się rok 1973, cytując za Wikipedią: „Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek, ang. International Nurses Day (IND) – święto obchodzone corocznie 12 maja, ustanowione przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) na Kongresie w Meksyku w 1973 roku". Na stronie Ministerstwa Zdrowia można natomiast przeczytać: „12 maja został przez Światową Organizację Zdrowia ustanowiony Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki". Jakby tego było mało, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, reprezentujące Polskę w ICN, na swojej stronie internetowej, w zakładce Historia powstania Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek zamieszcza informację (w języku angielskim), że ICN już w 1965 roku proklamowało Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek, a od 1971 r. corocznie ustanawia na kolejny rok temat, wokół którego koncentrują się działania Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. A samo ICN? Informuje, że w 1965 r. organizacja powróciła do Europy, wybierając na swoją siedzibę Genewę, by móc ściślej współpracować z WHO i International Labour Organization, a rok 1973 został zdominowany przez trudną decyzję o wykluczeniu z ICN stowarzyszenia pielęgniarek z RPA ze względu na rasizm panujący w tym kraju (przedstawicielki RPA same wówczas zrezygnowały, obecnie znów należą do ICN). W zakładce o święcie, które Rada ustanowiła, widnieje tylko lakoniczna informacja, że „International Nurses Day is celebrated around the world every May 12, the anniversary of Florence Nightingale's birth" (Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki jest obchodzony na całym świecie 12 maja, w dniu urodzin Florence Nightingale). □

MPiP-05_2016.indd 9 26/05/16 18:33

Wykonywany zawód a choroby skóry

foto: DEPOSITPHOTOS

W tym numerze MPiP wskażemy związki pomiędzy czynnikami sprawczymi w miejscu pracy a chorobami dermatologicznymi.

lek. DOMINIK MIKIEL, mgr piel. WOJCIECH KAPAŁA
Oddział Chorób Skóry, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

W JAKIM STOPNIU WYKONYWANY ZAWÓD, A RACZEJ KONTAKT W MIEJSCU PRACY Z NIEKTÓRYMI SUBSTANCJAMI WPŁYWA NA WYSTĘPOWANIE ZMIAN SKÓRNYCH U PACJENTA?

W określonym stopniu – brzmi to nieco lapidarnie, ale odpowiedź na to pytanie jest bardzo złożona. Przede wszystkim zależy to od stanu skóry, tj. czy pierwotnie mamy uszkodzoną barierę naskórkową z ograniczoną jej integralnością (co jest spotykane np. w suchości skóry, atopii), czy też konstytucyjnie nie stwierdza się żadnych zaburzeń w obrębie skóry; czy pacjent choruje już na jakąś przewlekłą dermatozę (np. łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, rybia łuska), której objawy mogą ulec zaostrzeniu pod wpływem zewnątrzustrojowych czynników drażniących, w tym czynników w pracy, które potencjalnie mogą wywoływać objawy choroby skóry. Zależeć to także będzie bezpośrednio od charakteru wykonywanej przez pacjenta pracy oraz czasu jej trwania – czy jest to praca ciągła, czy sezonowa. Specyficzne cechy czynnika sprawczego także odgrywają tutaj istotną rolę (czy czynnikiem sprawczym jest alergen, czy inna substancja chemiczna, która wywołuje zmiany skórne w innym mechanizmie niż reakcja alergiczna). Ponadto, o czym niekiedy zapominają sami pacjenci, należy także starać się rozróżnić wpływ środowiska pracy na skórę i wpływ innych czynników środowiskowych, np. w domu, związanych z utrzymaniem czystości. Niekiedy w pracy jest obecny czynnik drażniący skórę i pacjent ma objawy skórne, ale u niektórych pacjentów ulegają one znacznemu nasileniu dopiero podczas kontaktu skóry w warunkach domowych z jeszcze inną, dodatkową substancją drażniącą (np. detergentem), czy też podczas pracy w środowisku mokrym (mycie, pranie, sprzątanie).

PRACA W ŚRODOWISKU MOKRYM – DEFINICJA

Pracę w środowisku mokrym definiuje się jako pracę wymagającą moczenia rąk (kontakt rąk z płynami) przez więcej niż ¼ ośmiogodzinnego czasu pracy, tj. przez 2 godziny dziennie, stosowanie wodoodpornych ochronnych rękawic w podobnym wymiarze czasu i konieczność częstego mycia rąk.

JAKIE CHOROBY SKÓRY PREDYSPONUJĄ DO WYSTĘPOWANIA WTÓRNYCH ZMIAN SKÓRNYCH POD WPŁYWEM CZYNNIKÓW OBECNYCH W ŚRODOWISKU PRACY?

Najczęstszą chorobą dermatologiczną, która jednocześnie bardzo często występuje w populacji ogólnej jest łuszczyca (2–3% w populacji europejskiej). Objawy łuszczycy mogą ulec zaostrzeniu pod wpływem różnego rodzaju czynników zawodowych. Osoby chorujące na łuszczycę powinny unikać pracy w niskich temperaturach oraz w środowisku o bardzo niskiej wilgotności, co sprzyja przeznaskórkowej utracie wody i pogłębianiu suchości skóry, co z kolei prowadzi do nasilenia zmian łuszczycowych. Zawody, w których często dochodzi do urazów i mikrourazów w obrębie skóry, stymulujących u części chorych wysiew zmian chorobowych (objaw Koebnera), nie są zalecane dla chorych z łuszczycą (np. krawcowa, ogrodnik, bokser).

Równie częstą chorobą skóry jest atopowe zapalenie skóry, które także może ulec zaostrzeniu pod wpływem różnych czynników środowiskowych, w tym zawodowych. U chorych na atopowe zapalenie skóry niewskazana jest praca, która wymaga częstego kontaktu z wodą, gdyż może to powodować zaostrzenie zmian skórnych lub ich nawrót nawet po bardzo długim wcześniejszym okresie remisji – nadmierna ekspozycja na środowisko wodne może prowadzić do nasilenia dolegliwości skórnych (np. sprzątaczka, rybak, praca w przetwórstwie rybnym). Chorzy na atopowe zapalenie skóry powinni unikać wyboru zawodów wymagających stałego kontaktu

MPiP-05_2016.indd 10 26/05/16 18:33

z silnie uczulającymi substancjami. Niewskazane przy wyborze przyszłego zawodu u pacjenta z atopowym zapaleniem skóry są takie profesje jak np. piekarz, kucharz, fryzjer (z uwagi na potencjalnie szkodliwe dla skóry alergeny mąki, różne przyprawy, farby i lakiery do włosów i inne), murarz, stolarz (ekspozycja na różnego rodzaju pyły), czy też zawody, w których praca jest wykonywana na powietrzu, np. ogrodnik, leśnik, rolnik u chorych uczulonych na alergeny zewnątrzpochodne (pyłki traw, drzew, chwastów). W przypadku pacjentów uczulonych na roztocze kurzu domowego wykonywanie pracy mającej na celu utrzymanie czystości określonych pomieszczeń, w tym wyposażonych w dywany, wykładziny podłogowe, firany, kotary i inne, w znaczący sposób może wpływać na występowanie zmian skórnych.

Trądzik zawodowy to kolejne ciekawe zagadnienie wiążące występowanie zmian skórnych z wykonywaną profesją. Zmiany skórne w postaci licznych krost i zaskórników w miejscach przewlekle narażonych na kontakt ze smołą czy olejami, np. na twarzy, przedniej powierzchni ud czy na brzuchu, mogą być na przykład związane z zawodem mechanika samochodowego.

Pewne zakażenia bakteryjne, wirusowe oraz grzybicze znacznie częściej występują w wybranych grupach zawodowych. Różyca to choroba bakteryjna, która występuje u myśliwych oraz rzeźników. Tzw. guzki dojarek to zmiany skórne pochodzenia wirusowego spotykane wśród osób pracujących w kontakcie z bydłem (weterynarze, rolnicy), który zwiększa również ryzyko zakażenia grzybicą odzwierzęcą wywołaną przez *Trichophyton verrucosum*. Piekarze oraz cukiernicy częściej padają ofiarą infekcji drożdżakowych (grzybiczych) w obrębie wałów paznokciowych rąk na skutek przewlekłej ekspozycji na produkty żywnościowe.

JAKIE WYKONYWANE ZAWODY PREDYSPONUJĄ DO WYSTĘPOWANIA ZMIAN SKÓRNYCH?

Jest bardzo wiele takich zawodów i wydaje się niestety, że ich liczba z każdym rokiem będzie się wydłużać. Wzrasta bowiem udział różnego rodzaju substancji chemicznych i innych potencjalnie szkodliwych czynników, które mogą odpowiadać za wywoływanie zmian skórnych.

CO NAJCZĘŚCIEJ JEST CZYNNIKIEM WYWOŁUJĄCYM CHOROBY DERMATOLOGICZNE W PRZYPADKU WYKONYWANIA ZAWODÓW MEDYCZNYCH, NP. PIELĘGNIARKA, LEKARZ?

Przede wszystkim lateks. Produkty z lateksu (np. rękawice lateksowe) mogą wywoływać różne reakcje alergiczne – w dermatologii spotykane najczęściej to pokrzywka kontaktowa, ale może również wystąpić powikłanie ogólnoustrojowe po kontakcie z wyrobem lateksowym – wstrząs anafilaktyczny. Atopia jest czynnikiem predysponującym do powstania uczulenia kontaktowego na lateks (u pracowników służby zdrowia uczulonych na lateks gumy naturalnej cechy atopii spotyka się od dwóch do około pięciu razy częściej niż u nieuczulonych), dlatego też osoby z wywiadem atopowym raczej nie powinny wybierać zawodów medycznych (zwłaszcza specjalności zabiegowych), pracy w laboratoriach analitycznych czy prac związanych bezpośrednio z utrzymaniem czystości pacjenta, gdzie często trzeba używać rękawic ochronnych. Alternatywą dla wyrobów lateksowych są rękawice winylowe lub nitrylowe, ale jak wskazuje literatura i praktyka kliniczna, także na te substancje chemiczne niektóre osoby wykazują nadwrażliwość.

FOT. 1 i 2. Zmiany skórne dłoni u pielęgniarki pracującej jako instrumentariuszka na bloku operacyjnym. W wywiadzie atopowe zapalenie skóry.

foto: ARCHIWUM AUTORÓW

CZYNNIKI DRAŻNIĄCE SKÓRĘ WYSTĘPUJĄCE W MIEJSCU PRACY

Zatrudnienie	Czynnik drażniący
Rolnictwo	Oleje, rozpuszczalniki, nawozy sztuczne i pestycydy, środki czyszczące i detergenty, rośliny, sierść, ślina, wydzieliny zwierząt, praca w środowisku mokrym.
Przemysł samochodowy	Oleje i chłodziwa, lakiery, rozpuszczalniki, środki czyszczące i detergenty.
Przemysł budowlany	Cement, środki konserwujące do drewna, oleje, kwasy i alkalia, włókno szklane.
Praca w gospodarstwie domowym	Praca w środowisku mokrym, środki czyszczące i detergenty, żywność.
Przemysł elektryczny i elektroniczny	Rozpuszczalniki, pasty do lutowania, środki czyszczące i detergenty, kwasy i alkalia.
Obróbka żywności	Praca w środowisku mokrym, środki czyszczące i detergenty, warzywa, ryby, mięso, owoce, przyprawy, mąka.
Fryzjerstwo i kosmetyka	Praca w środowisku mokrym, szampony, płyny do trwałej, środki utleniające i wybielające.
Służba zdrowia	Środki czyszczące i detergenty, praca w środowisku mokrym, alkohole, środki odkażające, leki.
Przemysł metalowy	Rozpuszczalniki, oleje i chłodziwa, środki czyszczące i detergenty, kleje i spoiwa.
Produkcja tworzyw sztucznych	Tworzywa sztuczne, rozpuszczalniki, włókna szklane, kwasy.
Przemysł gumowy	Rozpuszczalniki, środki czyszczące i detergenty, czynniki mechaniczne, tarcie.
Przemysł drzewny, obróbka drewna	Rozpuszczalniki, kleje, środki konserwujące do drewna, detergenty, trociny.

Źródło: Chomiczewska D., Kieć-Świerczyńska M., Kręcisz B.: Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia. Część I. Epidemiologia, etiopatogeneza i obraz kliniczny. Medycyna Pracy 2008; 59 (5); 409–419.

MPiP-05_2016.indd 11 26/05/16 18:33

NAJCZĘSTSZE ALERGICZNE CZYNNIKI SPRAWCZE U PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA I MOŻLIWE OBJAWY SKÓRNE

Czynnik sprawczy	Objawy ze strony skóry
Lateks gumy naturalnej	Pokrzywka kontaktowa – rumień skóry, bąble pokrzywkowe, świąd skóry. Objawy pojawiają się najczęściej do 60 minut po kontakcie z przedmiotem wykonanym z lateksu gumy naturalnej. Zmiany skórne mogą utrzymywać się do 24 godzin po zakończeniu działania czynnika sprawczego. Częstość występowania pokrzywki ocenia się na 75–100% osób uczulonych na lateks gumy naturalnej.
Chloramina (środek odkażający)	Pokrzywka kontaktowa – rumień skóry, bąble pokrzywkowe, świąd skóry.
Chlorheksydyna (środek odkażający)	Kontaktowe zapalenie skóry, plamy rumieniowe z obecnością grudek obrzękowych, pokrzywka kontaktowa.
Czwartorzędowe związki amoniowe (składnik preparatów odkażających)	Doniesienia o uczulającym wpływie związków z tej grupy dotyczą głównie chlorku (bromku) benzylodecylodimetyloamoniowego (benzalkonium). Benzalkonium może wywoływać kontaktowe zapalenie skóry, imitujące niekiedy zapalenie skórno-mięśniowe. W Polsce uczulenie na benzalkonium występuje u ok. 20% pracowników służby zdrowia ze zmianami zapalnymi skóry.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Pałczyński C. (red.): Czynniki alergizujące w środowisku pracy. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011.

foto: ARCHIWUM AUTORÓW

FOT. 3 i 4. Zmiany skórne na rękach i nogach u mężczyzny pracującego w zawodzie murarza. W wywiadzie atopowe zapalenie skóry.

Drugim czynnikiem, który może powodować występowanie zmian skórnych w następstwie bezpośredniego kontaktu ze skórą są różnego rodzaju preparaty dezynfekcyjne i myjąco-dezynfekcyjne do rąk – mogą one powodować wysuszenie skóry i alergizację, zwłaszcza u osób z suchością skóry w wywiadzie. Skóra dłoni jest nadmiernie przesuszona, zwykle występuje rumień skóry, grudki, pęcherzyki z treścią surowiczą, niekiedy bąble pokrzywkowe – zmianom tym towarzyszy zwykle uczucie silnego świądu.

Kolejnym czynnikiem sprawczym, jak pokazuje praktyka, może być proszek do prania stosowany przez pralnie chemiczne do prania odzieży roboczej nakładanej bezpośrednio na ciało, tj. np. bluzy medyczne, spodnie pracowników bloków operacyjnych, co może skutkować wystąpieniem świądu skóry, zmian rumieniowo-złuszczających czy bąbli pokrzywkowych. Należy też wspomnieć o możliwości wystąpienia zmian skórnych na podłożu alergii w następstwie kontaktu z lekiem, który jest podawany pacjentowi – w tym przypadku samo przygotowywanie leku do podania (naciąganie z fiolki/ampułki do strzykawki) i podawanie go pacjentowi może spowodować u uczulonej na różne leki pielęgniarki wystąpienie rozmaitych reakcji miejscowych (skórnych), jak i niebezpiecznych dla życia reakcji ogólnoustrojowych (np. wstrząs anafilaktyczny).

CZY W PRZYPADKU ZAWODÓW MEDYCZNYCH PRACOWNIKOM GROŻĄ POWIKŁANIA SKÓRNE TYLKO Z POWODU ALERGII?

Oczywiście nie, mogą jeszcze występować inne czynniki ryzyka. Należy tu wspomnieć przede wszystkim o spotykanym niekiedy wśród pracowników medycznych zarażeniu świerzbem. Zakażenie świerzbowcem w pracy jest spotykane głównie wśród personelu SOR-ów, izb przyjęć, oddziałów dermatologicznych i domów opieki. Zakażeniu może ulec przede wszystkim personel kontaktowy, czyli lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, personel pomocniczy oraz tzw. personel administracyjny, bowiem pamiętajmy, że świerzbowiec może przeżyć dość długo (do kilkudziesięciu godzin) poza organizmem gospodarza – zdarzają się przypadki, że pracownicy rejestracji (którzy nie biorą udziału w badaniu i leczeniu pacjenta) mają objawy infekcji świerzbowcem, do której musiało dojść w wyniku kontaktu pośredniego, np. poprzez kartkę papieru (skierowanie do placówki medycznej), czy np. długopis podany przez rejestratorkę pacjentowi do podpisania dokumentacji medycznej. Zdarzają się także przypadki infekcji świerzbem wśród pracowników socjalnych szpitali, u których do zakażenia świerzbowcem może dojść na drodze podobnej jak w przypadku pracowników rejestracji.

JAK CZĘSTO WYSTĘPUJĄ SKÓRNE CHOROBY ZAWODOWE WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO?

Dość często – obserwujemy to w populacji naszych pacjentów, personelu medycznego pracującego w szpitalu, ale mówią o tym także różnego rodzaju statystyki. Choroby skóry (w tym pokrzywka, wyprysk uczuleniowy, wyprysk z podrażnienia) stanowią około 11% wszystkich chorób zgłoszonych i zarejestrowanych jako choroby zawodowe w szpitalnictwie w naszym kraju. Nieco inaczej wyglądają statystyki dotyczące udziału procentowego chorób skóry wywołanych przez czynniki zawodowe w różnych branżach – choroby skóry stanowiły 3% chorób zawodowych w Polsce ogółem (dane za rok 2012).

CZY CZYNNIKI ZAWODOWE MOGĄ SIĘ RÓWNIEŻ PRZYCZYNIAĆ DO WYSTĘPOWANIA NOWOTWORÓW SKÓRY?

Niestety tak. Procentowy udział nowotworów wśród ogółu chorób zawodowych wynosi około 1,4% w naszym kraju. Wśród wszystkich nowotworów wywołanych przez czynniki związane z wykonywaną pracą nowotwory skóry stanowią około 3,7%, co w liczbach bezwzględnych daje 42 przypadki zachorowania na nowotwór skóry pochodzenia zawodowego w okresie 9-letniej obserwacji (1995–2003 r.). Wśród przyczyn występowania nowotworów skóry pochodzenia zawodowego wymienia się promieniowanie jonizujące (akceleratory, izotopy promieniotwórcze i lampy rentgenowskie) oraz wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (jako czyste substancje chemiczne wykorzystywane są głównie w badaniach naukowych oraz w niewielkim stopniu do produkcji leków, farb, tworzyw sztucznych lub pestycydów). □

Piśmiennictwo u autorów.

MPiP-05_2016.indd 12 26/05/16 18:33

Profilaktyka nawrotów owrzodzeń żylnych

Wygojenie owrzodzenia nie daje gwarancji utrzymania tego stanu i w większości przypadków konieczna jest kontynuacja leczenia. Czy to prawda, że kompresjoterapia to podstawowy warunek skuteczności terapii?

dr n. o zdr. PAULINA MOŚCICKA, prof. MARIA T. SZEWCZYK, dr n. med. JUSTYNA CWAJDA-BIAŁASIK
Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu; Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Owrzodzenia żylne goleni charakteryzują się dużą częstotliwością nawrotów (20–70%), co u większości chorych wynika z braku ciągłości i systematyczności stosowania kompresji oraz jej przerwaniu po uzyskaniu poprawy stanu zdrowia. Badania wskazują, że około 26% owrzodzeń nawraca w ciągu pierwszych 12 miesięcy od zakończenia terapii. Chorzy poddający się regularnej kontroli, znajdujący się pod stałą opieką specjalistów mogą znacznie wydłużyć okres remisji lub nawet uniknąć ponownego owrzodzenia. W środowisku naukowym uważa się, że najbardziej skuteczną metodą prewencji jest kontynuacja kompresjoterapii. Choć nie ma wysokiej jakości badań, porównujących wskaźniki nawrotów zależne od stosowania/niestosowania ucisku, to jednak eksperci jednoznacznie podkreślają wysoką skuteczność kompresjoterapii zarówno w leczeniu, jak i zapobieganiu nawrotom owrzodzeń.

JAKIE SĄ CZYNNIKI RYZYKA NAWROTU?

Wygojenie owrzodzenia nie daje gwarancji utrzymania tego stanu i w większości przypadków wymaga kontynuacji leczenia. Najważniejszym czynnikiem ryzyka nawrotu owrzodzenia jest utrzymujący się wpływ nadciśnienia żylnego, za który najczęściej odpowiedzialna jest przewlekła niewydolność żylna i zespół pozakrzepowy. Pozostałe czynniki ryzyka nawrotów najczęściej dzieli się na miejscowe i ogólne.

Do czynników miejscowych należy zaliczyć:

- niestosowanie terapii kompresyjnej po wygojeniu owrzodzenia – niedostateczna wiedza i zaniedbania ze strony personelu medycznego,
- brak współpracy chorego w stosowaniu terapii kompresyjnej, np. niski poziom wiedzy i motywacji, przekonanie o nieskuteczności ucisku w zapobieganiu nawrotom, traktowanie stanu wyleczenia jako stanu wyzdrowienia, przekonania o występowaniu innych przyczyn nawrotów, trudności w zakładaniu, uciążliwość, niewygoda związana z noszeniem pończoch uciskowych, brak współpracy z rodziną chorego/osobą sprawującą opiekę,
- brak systematyczności w stosowaniu kompresjoterapii,
- spadek tolerancji do stosowania kompresjoterapii (niewłaściwy stopień kompresji),
- zaburzenia ortopedyczne: zesztywnienie stawu skokowego, niewłaściwie dobrane obuwie.

Do czynników ogólnoustrojowych wpływających na ryzyko wystąpienia nawrotu owrzodzenia zalicza się m.in.:

- otyłość,
- nadciśnienie tętnicze,
- niewłaściwe odżywianie (w tym niedobór białkowo-energetyczny),
- brak odpowiednich ćwiczeń usprawniających ruchomość stawu skokowego i zwiększających powrót żylny,
- palenie tytoniu, alkoholizm.

NA CZYM POLEGA KOMPRESJOTERAPIA?

Po wyleczeniu owrzodzenia chory powinien pozostawać pod stałą kontrolą i pożądane jest ciągłe podtrzymywanie niskich wartości ciśnienia żylnego, stąd rekomenduje się stosowanie kompresjoterapii po wyleczeniu owrzodzenia. Należy pamiętać o konieczności stosowania ucisku przez całe życie i na ten fakt zwracać szczególną uwagę chorych – od ich zaangażowania i współpracy zależy czas remisji owrzodzenia lub jego nawrót. Po wygojeniu owrzodzenia należy zatem – w ramach profilaktyki wtórnej i trzeciorzędowej – kontynuować kompresjoterapię. W tym celu stosuje się pończochy kompresyjne, różne od wytwarzających łagodną kompresję pończoch elastycznych. Po wygojeniu owrzodzenia są one wygodniejsze dla chorego, gdyż po starannej edukacji może je stosować i zakładać samodzielnie w domu. Badania wskazują jednak, że np. pończochy kompresyjne rzadko są stosowane zgodnie z zaleceniami. Tylko 52% badanych chorych stosuje je codziennie przez pierwsze 6 miesięcy po wygojeniu rany, 19% nosi pończochy okazjonalnie, a 22% chorych po wyleczeniu nie stosuje ich wcale. Czas remisji owrzodzenia oraz jego nawrót może być równie szybki, jak odstawienie kompresji, dlatego w dużej mierze zależy od zaangażowania i współpracy chorego. W profilaktyce trzeciorzędowej stosowane są bandaże lub pończochy kompresyjne wytwarzające optymalny ucisk, tj. 30–40 mmHg na poziomie kostki, ale jeśli chory takiej kompresji nie toleruje, można stosować niższą klasę, stopniowo ją zwiększając. Dobór produktu zależy od sprawności i funkcjonalności chorego oraz jego stanu zdrowia. Zgodnie z wymogami Europejskiego Komitetu Standaryzacji (CEN) pończochy kompresyjne powinny spełniać następujące wymogi:

foto: ARCHIWUM AUTOREK

RYC. 1.

MPiP-05_2016.indd 13 26/05/16 18:33

foto: ARCHIWUM AUTOREK

RYC. 2 i 3.

- kompresja wytwarzana przez materiał powinna być zgodna z prawem Laplace'a, największa w okolicy kostki, malejąca pod kolanem – ciśnienie zależne od pożądanej klasy ucisku,
- pończochy powinny utrzymywać efektywne ciśnienie przez co najmniej 6 miesięcy;
- pończochy różnią się między sobą współczynnikiem elastyczności – EC (elasticity coefficient): pończochy I – wysokie EC; pończochy II – niskie EC (wysokie EC skuteczniej przeciwdziała obrzękom),
- rozmiar pończoch powinien być indywidualnie dobierany – uwzględnienie kilku punktów pomiaru: obwody kończyny powyżej kostki (b) (ryc. 1.), poniżej kolana (d), w połowie uda (f), 5 cm poniżej krocza (g); obwód bioder (h) oraz obwód talii (t); długości od podeszwy do punktu d, od podeszwy do punktu f, od podeszwy do punktu g; aby ułatwić choremu zachowanie higieny i możliwości prania pończoch, należy zapewnić mu 2 pary.

Działania profilaktyczne w przypadku chorego po przebytym owrzodzeniu żylnym obejmują również:

- chirurgiczną korektę układu żylnego, interwencję chirurgiczną w przypadku niewydolności układu powierzchownego u chorych z niewielkim ryzykiem powikłań okołooperacyjnych,
- dostosowanie trybu życia, w tym aktywności zawodowej, do wydolności kończyny,
- bandażowanie lub nakładanie odpowiednio dobranych podkolanówek/pończoch (ryc. 2 i 3),
- dbanie o odpoczynek z uniesionymi kończynami kilka razy w ciągu dnia,
- unikanie długiego stania i siedzenia z opuszczonymi w bezruchu kończynami,
- kontynuowanie elementów terapii wspomagającej, w tym kinezyterapii i fizykoterapii,
- unikanie urazu w miejscu wygojonego owrzodzenia,
- regularne badania kontrolne w poradni leczenia ran lub innej placówce specjalistycznej,
- edukację umożliwiającą zrozumienie istoty choroby i konieczność jej ciągłego zapobiegania.

Przed długą podróżą samolotem/autobusem należy uzgodnić z lekarzem potrzebę zastosowania i dawkę niskocząsteczkowej heparyny, aby zapobiec ewentualnej zakrzepicy.

Konieczne jest zachowanie ciągłości stosowania kompresjoterapii jako podstawowego warunku gwarantującego skuteczność terapii. Wymaga to obustronnego zaangażowania i współpracy – pielęgniarki i chorego, oraz wszechstronnej edukacji chorych – uświadamiania i zachęty/zachęcania chorych do stosowania, niekiedy męczącej i uporczywej, terapii. Mimo że jej zaniechanie nie wiąże się z bezpośrednim zagrożeniem życia, wpływa jednak na jego jakość i ograniczenia aktywności oraz zmniejsza możliwości optymalnego funkcjonowania.

Leczenie przyczynowe w postaci kompresji dziewiarskiej lub bandażowej pozwala ograniczyć progresję choroby, a nawet zredukować jej objawy. Jeśli jednak kompresjoterapia nie będzie podejmowana i stosowana przez chorych, którzy nie zdają sobie sprawy z istoty i znaczenia terapii za pomocą ucisku, to można oczekiwać w niedługim czasie po wyleczeniu ponownego nawrotu owrzodzenia.

JAKIE ZNACZENIE MA WSPÓŁPRACA Z CHORYM?

W znacznym stopniu poprawia wyniki leczenia owrzodzeń i wpływa na zmniejszenie wskaźnika nawrotów. Ważnym elementem w terapii i profilaktyce jest edukacja pacjenta i jego rodziny. Jest to rodzaj działania, w którym dąży się do zamiany roli pacjenta z biernego wykonawcy zleceń na partnera, który świadomie będzie brał czynny udział w procesie leczenia. Indywidualnie dostosowana i systematycznie prowadzona edukacja umożliwia choremu zrozumienie istoty problemu, jest warunkiem dobrej współpracy między chorym a zespołem terapeutycznym. Może tworzyć podstawę efektywnego procesu leczenia. Edukacja, jako nierozłączny element terapii, wpływa z pewnością na jej skuteczność, zarówno w przypadku obecności owrzodzenia, jak również po wygojeniu ubytku. Edukacja chorego i rodziny powinna rozpocząć się już podczas pierwszej wizyty. Chory powinien być poinformowany, że stan zagojenia rany nie musi być stały. Nieprzestrzeganie ustalonych zasad może skutkować nawrotem owrzodzenia. Podejmując edukację, należy indywidualnie ocenić i uwzględnić deficyty, postawy i przekonania chorego. Podejmowane działania edukacyjne powinny wzmocnić poczucie skuteczności i zachęcić chorego do aktywnego uczestnictwa w terapii. Edukacja powinna obejmować m.in.:

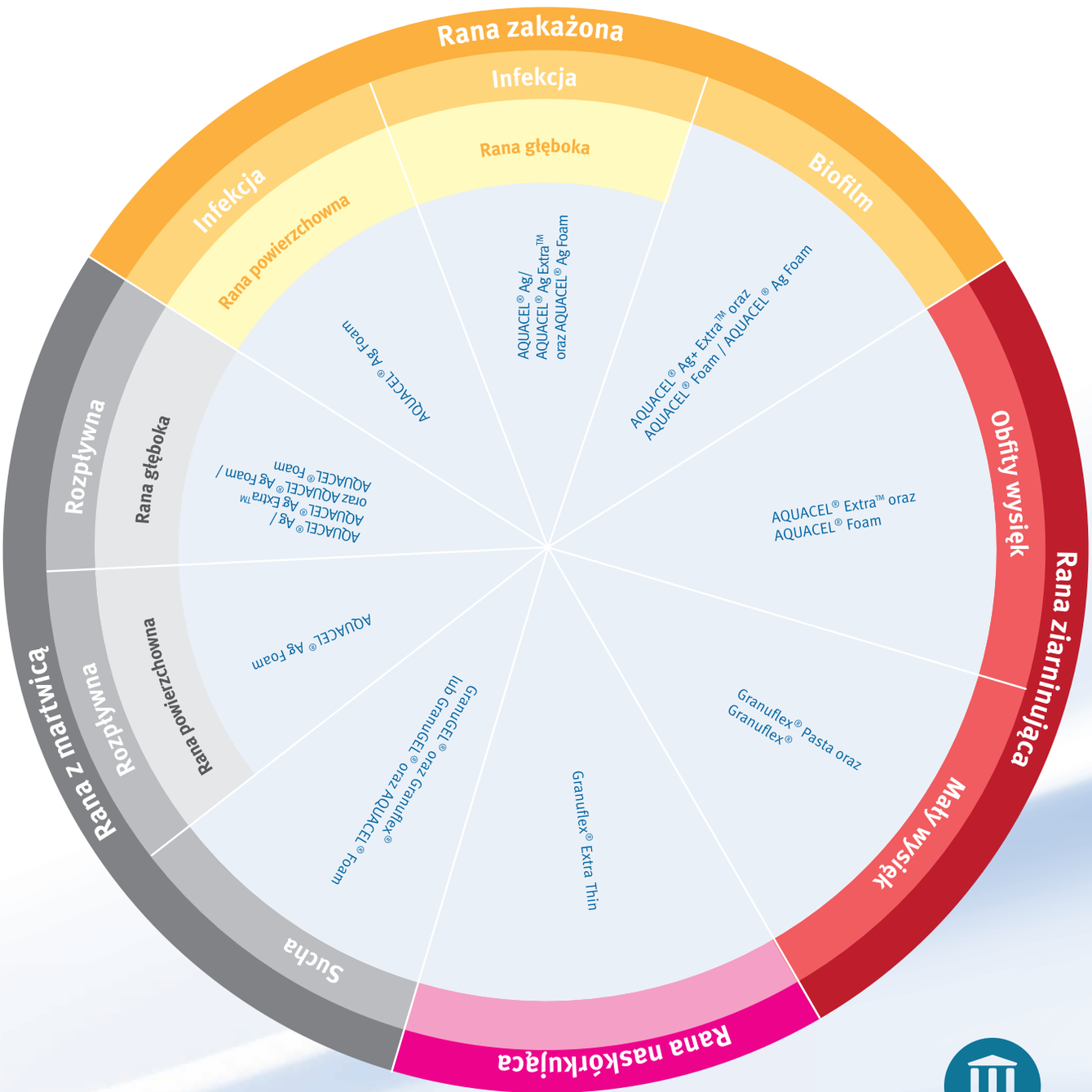
- zrozumienie istoty choroby i konieczności stosowania długotrwałej profilaktyki,
- nawyk noszenia stopniowanej kompresjoterapii,
- naukę samodzielnego zakładania gotowych wyrobów uciskowych,
- zrozumienie systematyczności i zasad stosowania kompresjoterapii,
- stosowanie odpowiedniej aktywności fizycznej,
- przestrzeganie właściwej diety (niedożywienie, nadwaga).

Rodzaj i sposób prowadzenia szczegółowych działań edukacyjnych i profilaktycznych powinien być ustalany indywidualnie w odniesieniu do każdego chorego. □

Piśmiennictwo u autorek.

MPiP-05_2016.indd 14 26/05/16 18:33

Opatrunki specjalistyczne
firmy ConvaTec pomocne w leczeniu odleżyn na każdym etapie gojenia

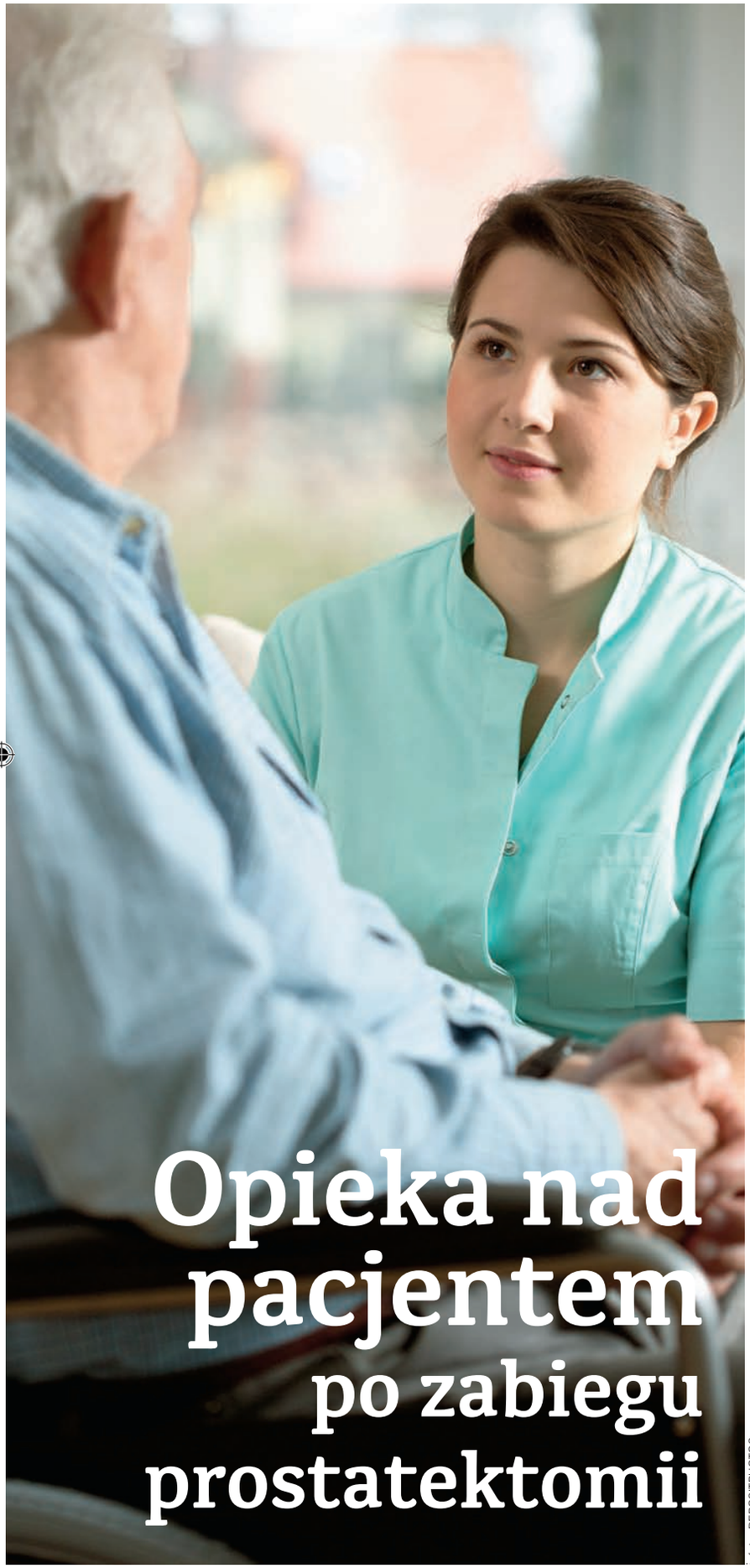


ConvaTec

ConvaTec Polska Sp. z o.o.,
Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa, tel. (22) 579 66 50
Bezpłatna linia informacyjna: 800 120 093 www.convatec.pl, dzial.pomocy@convatec.com

TM/® – oznacza zastrzeżony znak towarowy ConvaTec Inc. ©2016 ConvaTec Inc.

mojarana.pl



Opieka nad pacjentem po zabiegu prostatektomii

foto: DEPOSITPHOTOS

Rak prostaty jest w krajach rozwiniętych jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych u mężczyzn. Szacuje się, że jest obecnie drugim pod względem częstości nowotworem złośliwym rozpoznawanym u mężczyzn w Polsce.

lic. piel. ALEKSANDRA GRZYWACZ
mgr piel. JOANNA HOFMAN
Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Miejski w Zabrzu

Rozwija się powoli – od pojawienia się pierwszych komórek nowotworowych do wystąpienia objawów choroby upływa nawet kilkanaście lat. W 2012 roku w Polsce stwierdzono prawie 11 tys. nowych zachorowań oraz 4 tys. zgonów. W porównaniu z danymi statystycznymi z 2002 roku liczba zachorowań wzrosła o 5,7 tys., a zgonów o 0,7 tys. Z tego względu ważne są wszelkie metody pozwalające na wczesne wykrycie oraz monitorowanie rozwoju choroby.

Czynnikami ryzyka zachorowania na raka gruczołu krokowego są: wiek, dodatni wywiad rodzinny, np. w rodzinach, w których występuje mutacja genu *BRCA*, związana z większym ryzykiem zachorowania przez kobiety na raka piersi i raka jajnika, a u mężczyzn na raka stercza.

OBJAWY

Nowotwór gruczołu krokowego u większości mężczyzn przebiega bezobjawowo i rozpoznaje się go na podstawie podwyższonego poziomu PSA lub w czasie biopsji stercza. Do głównych objawów raka prostaty zalicza się: osłabienie strumienia moczu, problemy z rozpoczęciem oddawania moczu, przerywany strumień moczu, kroplowy wyciek moczu po mikcji, częste oddawanie moczu, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego po mikcji oraz całkowite zatrzymanie moczu. W przypadku bardziej zaawansowanej choroby może pojawić się: krwiomocz, uczucie pieczenia przy oddawaniu moczu, bóle w podbrzuszu, nietrzymanie moczu, zaburzenia erekcji, obecność krwi w spermie, bóle okolicy lędźwiowej oraz krocza. Często zdarza się, że pierwszym objawem nowotworu gruczołu krokowego są objawy związane z zaawansowaną chorobą nowotworową i przerzutami.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Do podstawowych metod rozpoznawania nowotworu stercza należy badanie *per rectum* (digital rectal examination, DRE) – badanie palcem przez odbytnicę, które pozwala na określenie wielkości, spoistości gruczołu krokowego, a także wykrycie nieprawidłowości w jego budowie. Istotne jest badanie stężenia PSA (prostate specific antygen – swoisty antygen sterczowy). PSA jest glikoproteiną produkowaną niemal wyłącznie przez komórki nabłonkowe prostaty

MPiP-05_2016.indd 16 26/05/16 18:33

i dlatego uznaje się go za znacznik swoisty dla gruczołu krokowego. Przyjmuje się, że prawidłowe stężenie PSA wynosi 0–4 ng/ml. Podwyższony poziom PSA nie jest jednoznaczny z rozpoznaniem raka prostaty. Biopsja prostaty (TRUS+B, transrectal ultrasound + biopsy) jest to badanie polegające na pobraniu wycinków z gruczołu krokowego pod kontrolą obrazu USG. Dodatkowo wykonuje się badania obrazowe, aby potwierdzić stopień zaawansowania choroby. Wśród najczęściej wykonywanych badań obrazowych wymienia się tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, a w przypadku podejrzenia przerzutów do układu kostnego wykonuje się scyntygrafię kości.

ZABIEG OPERACYJNY

Operację można wykonać metodą klasyczną lub laparoskopową. Prostatektomia radykalna klasyczna polega na poprowadzeniu cięcia od pępka do spojenia łonowego bez otwierania jamy otrzewnowej. Podczas zabiegu usuwa się węzły chłonne zasłonowe, gruczoł krokowy oraz pęcherzyki nasienne. Po usunięciu gruczołu krokowego konieczne jest zespolenie pęcherza moczowego z kikutem cewki moczowej. W czasie zabiegu zakładany jest do pęcherza moczowego cewnik Foleya, który odprowadza mocz z pęcherza i ułatwia gojenie zespolenia. Wykonuje się również prostatektomię laparoskopowo. Rozpoczyna się ją typowo, od wypełnienia brzucha dwutlenkiem węgla. Następnie wprowadza się trokary do jamy brzusznej (z reguły 5: dwa średnicy 12 mm i trzy 5 mm). Po precyzyjnym wypreparowaniu pęcherzyków nasiennych i chorego narządu odcina się prostatę od cewki moczowej i od pęcherza moczowego. Pęcherz z cewką zszywa się, odtwarzając ciągłość dróg wyprowadzających mocz, a prostata usuwania jest na zewnątrz w woreczku z folii. Korzyści z przeprowadzenia prostatektomii laparoskopowej to zmniejszona utrata krwi podczas zabiegu, a także zapotrzebowanie chorego na analgetyki, lepszy wygląd, krótszy czas hospitalizacji oraz okres rekonwalescencji.

Okres przedoperacyjny: lekarz przyjmujący przeprowadza badanie przedmiotowe i podmiotowe ze szczególnym zwróceniem uwagi na ewentualne uwarunkowania do zabiegu operacyjnego lub znieczulenia. Istotne jest przygotowanie pacjenta pod względem fizycznym i psychicznym (zmniejszenie lęku, stworzenie atmosfery zapewniającej poczucie bezpieczeństwa) oraz:

- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem pod kątem przyjmowanych leków, chorób współistniejących, przebytych wcześniej zabiegów operacyjnych, poinformowanie lekarza o ewentualnych przebytych schorzeniach zapalnych żył kończyn dolnych lub żylakach tej okolicy.
- Wykonanie badań diagnostycznych: badanie fizykalne, USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, komplet badań laboratoryjnych. Lekarz anestezjolog konsultuje i zaleca premedykację oraz dodatkowe badania.
- Pomiar parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, oddech oraz temperatura ciała).
- Przygotowanie przewodu pokarmowego do zabiegu poprzez wykonanie wlewu czyszczącego. Poinformowanie o diecie płynnej dzień przed zabiegiem oraz zaprzestaniu spożywania płynów 6 godzin przed zabiegiem.
- Przygotowanie pola operacyjnego bezpośrednio przed zabiegiem, ogolenie miejsca operowanego strzyżarką.
- Zalecenie umycia całego ciała rano przed zabiegiem.
- Informowanie o konieczności oddania moczu przed premedykacją.
- Podanie premedykacji.

Okres pooperacyjny: obserwacja pacjenta po operacji polega na monitorowaniu saturacji oraz parametrów życiowych (tętno, oddech, ciśnienie tętnicze, temperatura ciała). Odnotowanie parametrów w indywidualnej karcie obserwacyjnej. Udział pielęgniarki w leczeniu bólu pooperacyjnego polega na: ocenie natężenia bólu, podaży leków przeciwbólowych wpisanych do indywidualnej karty zleceń pacjenta, podaniu dodatkowych środków przeciwbólowych na żądanie pacjenta, ocenie skuteczności terapii. Istotne jest również:

- Stosowanie nawodnienia pozajelitowego.
- Kontrola czynności układu moczowego, obserwacja moczu pod względem zabarwienia.
- Obserwacja stanu opatrunku pod kątem krwawienia oraz ilości i charakteru wydzieliny z drenów.
- Udzielenie pomocy w razie wystąpienia wymiotów, ewentualnie podanie środków przeciwwymiotnych zgodnie z indywidualną kartą zleceń.
- Profilaktyka zakrzepowo-zatorowa: podawanie heparyny drobnocząsteczkowej w postaci zastrzyków podskórnych, przed zabiegiem zabandażowanie kończyn dolnych, wczesne uruchamianie pacjenta po operacji, ćwiczenia czynne kończyn dolnych i górnych, ćwiczenia oddechowe.
- Poinformowanie o konieczności pozostania na diecie ścisłej w o dobie (zapotrzebowanie energetyczne i elektrolitowe jest uzupełniane drogą wlewów dożylnych) oraz przestrzegania zaleceń dietetycznych w dalszych dobach po zabiegu.
- Przeprowadzenie kontrolnych badań laboratoryjnych.
- Edukacja chorego dotycząca postępowania dietetycznego (spożywanie posiłków lekkostrawnych, niewzdymających, spożywanie większej ilości płynów – 2,5–3 l, dbanie o regularne wypróżnianie).
- Zalecenie oszczędnego trybu życia oraz zaprzestanie noszenia ciężkich przedmiotów po zabiegu na okres około 4 tygodni po zabiegu.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności założenia cewnika do pęcherza na okres 2–3 tygodni po zabiegu (edukowanie na temat pielęgnacji cewnika, kontroli zabarwienia moczu, odpowiedniego obchodzenia się z workiem do zbiórki moczu). Należy pamiętać, żeby worek do zbiórki moczu zawsze był poniżej pęcherza moczowego, w czasie snu najlepiej położyć go na podłodze przy łóżku lub powiesić na jego ramie (czasami zdarza się, że cewnik zatka się drobnym skrzepem lub kawałkiem włóknika, co wymaga przepłukania go niewielką ilością soli fizjologicznej).
- Bezpośrednio po zabiegu dokuczliwe dla pacjentów jest nietrzymanie moczu. Trening kontynencji (trening mięśni dna miednicy) dla pacjentów urologicznych ma związek z popularnym wśród kobiet treningiem mięśni Kegla. Głównym zadaniem fizjoterapeuty jest nauczenie pacjenta selektywnych i izolowanych skurczów właściwych mięśni odpowiedzialnych za kontynencję bez współudziału innych mięśni. □

Piśmiennictwo u autorek.

RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO TO NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ROZWIJAJĄCY SIĘ W GRUCZOLE KROKOWYM (INACZEJ W STERCZU ALBO PROSTACIE). GRUCZOŁ KROKOWY ZNAJDUJE SIĘ W MIEDNICY (NIE WYSTĘPUJE U KOBIET), NIECO PONIŻEJ PĘCHERZA MOCZOWEGO, OTACZA CEWKĘ MOCZOWĄ.

MPiP-05_2016.indd 17 26/05/16 18:33

„Bostonka” – wyzwania diagnostyczne, pielęgnacyjne i lecznicze

Istnieje teoria, która mówi, iż ludzka skóra obrazuje stan zdrowia całego organizmu. Umiejętność rozpoznania typu wykwitów skórnych, ich rozmieszczenia i towarzyszących im objawów ogólnych może w znacznym stopniu skrócić diagnostykę i zróżnicować prawidłowo jednostkę chorobową. Czy wiesz, jakie objawy mogą wskazywać na „bostonkę”?

mgr MARIOLA ŚLEZIONA
Studium Doktoranckie, Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

„Bostonka”, zwana również wysypką bostońską lub chorobą stóp, dłoni i ust (ang. hand, foot and mouth disease, HFMD), jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusy Coxsackie z rodziny enterowirusów (najczęściej Coxsackie A16, 75, 7, 9, 10, enterowirus 71). Jej nazwa pochodzi od miasta, w którym odnotowano pierwszą epidemię tej choroby. Od kilku lat odnotowuje się w Polsce wzrost liczby zachorowań na wysypkę bostońską (szczyt przypada na przełom lipca i sierpnia). Schorzenie to w większości przypadków dotyczy dzieci poniżej 10. roku życia, jednak coraz częściej również osoby dorosłe zgłaszają się do lekarza z objawami choroby stóp, dłoni i ust. Raz przebyta choroba nie uodparnia i wykazuje skłonności do nawrotów. Wysypka bostońska (podobnie jak WZW A) określana jest chorobą „brudnych rąk”. Jest szczególnie niebezpieczna dla kobiet w ciąży. Infekcja może doprowadzić do poronienia lub uszkodzeń płodu.

Jaki jest patomechanizm choroby?

Zaraz po wtargnięciu do organizmu wirus implantuje się w błonie śluzowej jamy ustnej, gardła oraz w przewodzie pokarmowym (głównie w okolicy jelita krętego). W ciągu kolejnych trzech dni wirus drogą naczyń limfatycznych przenika do węzłów chłonnych. Następnie z węzłów przedostaje się do krwi, gdzie następuje dynamiczna wiremia (namnażanie wirusa). Z uwagi na swój tropizm wirus przedostaje się do jamy ustnej i skóry. Układ immunologiczny chorego identyfikuje wirusa i następuje odpowiedź humoralna (zwykle po około 7 dniach), uaktywnione zostają przeciwciała neutralizujące wirusa.

W jaki sposób dochodzi do zakażenia?

Choroba jest bardzo zakaźna i rozprzestrzenia się przez bezpośredni kontakt z wirusem, który znajduje się w ślinie, wydzielinie z nosa i gardła, plwocinie, stolcu, moczu oraz wydzielinie z pękających wykwitów skórnych. Do zakażenia może dojść w czasie kąpieli w niedezynfekowanych zbiornikach wodnych (poprzez wodę zainfekowaną fekaliami), poprzez zanieczyszczone pożywienie i w czasie dotykania przedmiotów, które wcześniej dotykała osoba zakażona (klamka w toalecie, książka, zabawki, przedmioty codziennego użytku). Wirus kolonizuje organizm – od migdałków aż do grudek chłonnych (kępek Peyera) w jelicie. W ciągu 72 godzin od transmisji patogenu następuje pierwsza wiremia i osiedlenie wirusa w różnych tkankach, między innymi w skórze i błonach śluzowych. Emisja wirusa dokonuje się drogą kropelkową (przez kaszel i kichanie), znacznie częściej bezpośrednio przez ślinę lub dotyk. Nic więc dziwnego, że w dużych skupiskach dzieci (przedszkola, szkoły, kolonie, domy dziecka itp.) wirus rozprzestrzenia się wyjątkowo szybko. Należy pamiętać, że jeszcze przez kilka tygodni po zakończeniu choroby wirus wydalany jest z układu pokarmowego.

foto: ARCHIWUM AUTORKI

Choroba zwykle ma łagodny przebieg u dzieci i mija po 7–10 dniach. U osób dorosłych przebieg może być bardziej uciążliwy i długotrwały. Mogą wystąpić ogólnoustrojowe powikłania (kardiologiczne lub neurologiczne). Sporadycznie zdarzają się przypadki zapalenia mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych, krwotoczne zapalenie spojówek, podrażnienie opłucnej oraz ostre zapalenia płuc lub mięśnia sercowego.

Jakie są objawy infekcji?

Okres rozwoju choroby można podzielić na cztery etapy: faza latentna (okres wylęgania trwający od 3 do 5 dni), faza prodromalna (około 2–3 dni), faza właściwa (wysypkowa – około 7–10 dni), faza zdrowienia (od 4–11 tygodni).

- **Faza latentna** – w tym czasie nie ma widocznych objawów klinicznych choroby, choć infekcja już trwa, powodując przenikanie wirusa do układu chłonnego.
- **Faza prodromalna** – to okres manifestujący się objawami przypominającymi grypę lub ostrą chorobę

MPiP-05_2016.indd 18 26/05/16 18:33

retrowirusową. Choroba jak większość infekcji wirusowych rozpoczyna się pogorszeniem ogólnego samopoczucia, rozbiciem, bólem gardła, kości, stawów i osłabieniem. Czasem występują również mdłości, wymioty lub biegunka. Schorzeniu często towarzyszy gorączka od 38–39oC, która zwykle ustępuje po 2–4 dniach.

Faza właściwa – w jamie ustnej pojawiają się zmiany w postaci pęcherzyków średnicy 1–3 mm. Umiejscawiają się na tylnej ścianie gardła, podniebieniu miękkim, języku, dziąsłach i błonie śluzowej policzków. Często „bostonka" mylona jest z ospą wietrzną, z powodu występowania wykwitów skórnych wypełnionych treścią surowiczą. Zmiany te utrzymują się od 7 do 10 dni, lokalizując się głównie na stopach, dłoniach i w okolicy jamy ustnej oraz gardła (rzadziej wysypka umiejscawia się na twarzy, kończynach, tułowiu, w pachwinach, na pośladkach i genitaliach). Zmiany skórne mają często charakter plamisty, plamisto-grudkowy, plamisto-pęcherzykowy i pęcherzykowy. Wykwity z płynem surowiczym często przekształcają się w owrzodzenia i nadżerki, które dają dość silne dolegliwości bólowe, a lokalizując się w okolicy jamy ustnej, znacznie utrudniają połykanie i przyjmowanie posiłków.

Faza zdrowienia – w ostatnim okresie choroby, gdy znikną już zmiany skórne i śluzówkowe, dochodzi do grubopłatowego złuszczania naskórka na dłoniach i stopach. Czasami 3–6 tygodni po wygaśnięciu objawów choroby dochodzi do oddzielania się paznokcia od macierzy, czyli onychomadezy.

Na czym opiera się diagnostyka?

Diagnostyka choroby w znacznej mierze opiera się na ocenie wizualnej zmian skórnych (wykwitów z treścią surowiczą), które we wczesnym okresie mogą dawać złudzenie rozpoczynającej się ospy wietrznej. Zmiany skórne w przebiegu ospy wietrznej mają zwykle charakter rozsiany i obejmują również owłosioną skórę głowy. Wykwity ospowe są okrągłe, jasne na rumieniowym podłożu, porównywane do kropli rosy na gładkiej powierzchni i raczej nie pojawiają się w okolicy dłoni i stóp – to okolice typowe dla zmian powstających w przebiegu „bostonki". Zmiany skórne towarzyszące wysypce bostońskiej są nieco inne. Pęcherzyki są podłużne (owalne lub eliptyczne), szare, osadzone na żywoczerwonym podłożu. Ich charakterystyczna lokalizacja (skupiona w określonych miejscach) skłania do zdiagnozowania tej właśnie choroby. Oczywiście istnieje możliwość badania krwi na obecność wirusów, by potwierdzić rozpoznanie, lecz to kosztowne badanie.

Wysypka bostońska często różnicowana jest z takimi schorzeniami, jak: alergia niewiadomego pochodzenia, ospa wietrzna, rumień wielopostaciowy wysiękowy, wyprysk potnicowy, świerzb, podostre bakteryjne zapalenie wsierdzia, grudkowa dermatoza dziecięca, rozsiane zakażenie wirusem opryszczki lub półpaśca, zakażenie meningokokowe lub inne plamice.

PROFILAKTYKA

Ponieważ choroba w znacznej mierze dotyczy małych dzieci, trzeba bardzo restrykcyjnie przestrzegać zasad ich higieny. Należy często myć ręce i wyrabiać ten nawyk u dziecka (koniecznie po wyjściu z toalety). W okresie wysokiej zachorowalności na „bostonkę" (okres wczesnej jesieni), gdy odporność organizmu dziecka spada, wskazane jest częstsze pranie ubranek dziecka, mycie i dezynfekcja zabawek, przyborów szkolnych, unikanie dużych skupisk ludzi. Uczulić należy też dziecko, by nie piło z jednego kubka z innymi dziećmi, gdyż grozi to przeniesieniem wielu chorób zakaźnych, nie tylko wysypki bostońskiej.

Na czym polegają działania terapeutyczne?

Jak w większości wirusowych chorób zakaźnych, leczenie i pielęgnacja głównie skupia się na niwelowaniu objawów chorobowych. Zmiany skórne w jamie ustnej i gardle oraz towarzyszący im ból mogą być powodem niechęci do przyjmowania pokarmów i płynów. Szczególnie niebezpieczne jest to w przypadku małych dzieci, gdyż niechęć do picia, wysoka gorączka, pocenie się, przyspieszony oddech, sprzyjają utracie wody z organizmu i narastaniu niebezpiecznego dla zdrowia i życia dziecka odwodnienia. W przypadku osób starszych lub obciążonych innymi poważnymi chorobami zaburzenia w gospodarce wodno-elektrolitowej mogą skutkować poważnymi następstwami ze strony układu krążeniowego. Dlatego niezwykle istotne jest systematyczne uzupełnianie płynów. Wskazane jest podawanie często, w mniejszej ilości wody o temperaturze pokojowej (zimne i gorące płyny podrażniają zmiany w ustach i gardle, nasilając dolegliwości bólowe). Z tego samego powodu należy unikać napojów gazowanych i ostrych soków owocowych (zawarty w nich kwas może dodatkowo podrażnić śluzówkę). Stosujemy dietę lekkostrawną, posiłki podajemy częściej, w małych ilościach, najlepiej o konsystencji płynnej lub papkowatej. W okresie intensywnych zmian w jamie ustnej należy zrezygnować ze szczotkowania zębów na rzecz płukania jamy ustnej łagodnymi środkami przeciwbakteryjnymi. Dyskomfort w ustach możemy złagodzić, smarując lub spryskując owrzodzenia lekami w aerozolu (np. *Tantum Verde*). Dobre rezultaty daje również płukanie ust naparem z szałwii lub rumianku. Zmiany skórne na dłoniach, stopach, pośladkach można smarować kremami antywirusowymi lub fioletem gencjanowym (wodnym roztworem). Panuje powszechna opinia, że na zmiany skórne nie należy stosować maści czy pudrów, z wyjątkiem sytuacji, kiedy zmiany ulegną zakażeniu bakteryjnemu. Wtedy wskazane jest zastosowanie maści z antybiotykiem. Nie należy przekłuwać ani drapać pęcherzy, gdyż może to doprowadzić do nadkażenia i rozwoju stanu zapalnego. Wysoką temperaturę niwelujemy przez podanie środków przeciwgorączkowych, odpowiednie nawilżenie i temperaturę pomieszczenia, okłady schładzające, nawadnianie i dbałość o higienę skóry (szczególnie w okresie nasilonych potów). W terapii istotną rolę odgrywa również suplementacja witaminowa, zwłaszcza witaminą A. Warto wprowadzić do leczenia Neosine (tabletki lub w postaci syropu), który przyśpiesza ustąpienie objawów i wzmacnia odporność. Pamiętać należy o lekkiej, przewiewnej (najlepiej z naturalnych włókien) odzieży, by dodatkowo nie podrażniała swędzących miejsc. □

Piśmiennictwo u autorki.

MPiP-05_2016.indd 19 26/05/16 18:33

Mózgowe porażenie dziecięce

Ponieważ efekty rehabilitacji dzieci z MPD nie zadowalają w pełni lekarzy i terapeutów, a zwłaszcza rodziców, nieustannie poszukiwane są skuteczniejsze sposoby niesienia pomocy małym pacjentom. Czy postęp techniczny umożliwi praktyczne zastosowanie nowych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych u tych pacjentów? Czy daje realne możliwości poprawy ich sprawności oraz komfortu życia?

lek. **ANNA ŚWIĘCICKA**
mgr piel. **ELŻBIETA DRÓŻDŻ-KUBICKA**
Klinika Rehabilitacji Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie

foto: DEPOSITPHOTOS

Mózgowe porażenie dziecięce jest najczęstszą przyczyną zaburzeń ruchowych u dzieci i nieodwracalnie modyfikuje tryb życia dziecka i jego opiekunów. Częstość występowania wynosi 2–3 (3,5) na 1000 urodzeń. Odsetek ten jest wielokrotnie wyższy u dzieci urodzonych przedwcześnie i z niską masą urodzeniową.

Najbardziej aktualna definicja MPD

Została opublikowana w kwietniu 2006 r. (P. Rosenbaum, M. Bax, M. Goldstein, D. Damiano, B. Jacobsson i in.). „Mózgowe porażenie dziecięce (Cerebral Palsy, CP) opisuje grupę przetrwałych zaburzeń rozwoju ruchu i postawy powodujących ograniczenie aktywności, która to grupa jest przypisywana niepostępującym zaburzeniom zachodzącym w rozwijającym się płodowym lub dziecięcym mózgu. Zaburzenia motoryczne w mózgowym porażeniu dziecięcym są często powiązane z zakłóceniami odbiorczymi, postrzegania, poznawczymi, komunikacji, zachowania, a także padaczką i wtórnymi problemami mięśniowo-szkieletowymi".

Uznaje się, że nie ma określonej górnej granicy czasowej uszkodzenia, o ile zaburzenie powstanie przed naturalnym czasem rozwoju funkcji (np. chodzenie, manipulacja). Zwykle jednak pierwsze 2–3 lata życia są najważniejsze dla zaburzeń, skutkujących mózgowym porażeniem dziecięcym, choć według innych źródeł 24. miesiąc życia to maksymalna granica wiekowa uszkodzenia mózgu związanego z MPD.

Poza dominującym zaburzeniem ruchowym i postawy, uszkodzeniu mózgu towarzyszyć mogą zaburzenia dodatkowe:

- odbioru informacji poprzez zmysły oraz wzrok i słuch,
- poznawania rozumianego jako procesy poznawcze łącznie z utrzymaniem uwagi,
- komunikacji, która jest zdolnością wyrażenia, jak i rozumienia oraz umiejętnością interakcji,
- zachowania obejmujące problemy psychiatryczne i behawioralne,
- odżywiania wynikające głównie z trudności w żywieniu,
- wtórne problemy mięśniowo-szkieletowe rozwijające się w miarę wzrostu fizycznego i nieprawidłowego rozkładu sił działających na stawy.

USZKODZENIA MÓZGU SĄ MOŻLIWE DO POTWIERDZENIA W BADANIACH OBRAZOWYCH (MAGNETYCZNY REZONANS JĄDROWY, MRI) JEDYNIE W OK. 80–85%.

Istnieją sposoby ograniczania uszkodzenia poprzez prewencję. Stosuje się schładzanie głowy lub całego ciała przez 48–72 godziny wdrożone w ciągu 6 godzin od urazu lub porodu. Ponadto uznaną metodą utrzymania przepływu naczyniowego jest podaż dożylna siarczanu magnezu czy wziewna tlenku azotu, a także steroidoterapia. Również zwalczanie żółtaczki u noworodków i niemowląt redukuje osadzanie się w mózgu bilirubiny mającej związek z dyskinetyczną postacią mózgowego porażenia dziecięcego. Zapobieganie rozwojowi infekcji płodu i noworodka, immunizacji matki z konfliktem serologicznym, stosowanie szczepień ochronnych, suplementacja jodem również przyczyniają się do redukcji urodzeń dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

MPiP-05_2016.indd 20 26/05/16 18:33

Zaburzenia ruchowe u chorych

Praca terapeuty w pierwszym rzędzie obejmuje utworzenie sieci zastępczych połączeń neuronalnych. Wykorzystuje się tutaj plastyczność mózgu, by odtworzyć funkcję uszkodzonego jego obszaru. Funkcjonalna anatomia połączeń synaptycznych nieustannie się zmienia pod wpływem stymulacji – informacji z receptorów. To warunkuje zdolność uczenia się. Uszkodzony mózg nie jest w stanie kontrolować wielorakich drobnych i globalnych ruchów, jakie istnieją u osoby bez zaburzeń ruchowych. Praktycznie trzeba prawidłowe wzorce ruchowe wprowadzić poprzez terapię.

Najbardziej popularnymi metodami redukującymi nieprawidłowe wzorce ruchowe i opartymi na plastyczności mózgu są metody NDT-Bobath oraz Vojty.

W metodzie NDT-Bobath celem jest normalizacja napięcia mięśniowego (wzmocnienia osłabionego centralnego napięcia i redukcja nadmiernego obwodowego), wygaszanie nieprawidłowych, prymitywnych odruchów oraz torowanie prawidłowych wzorców ruchowych z fizjologicznym rozkładem napięcia.

Metoda Vojty opiera się na zasadzie wyzwalania prawidłowych, zablokowanych u osoby z zaburzeniami centralnej kontroli nerwowej (lub MPD), a zakodowanych w systemie nerwowym człowieka globalnych wzorców ruchowych. Zastosowanie elementów tych globalnych wzorców umożliwia codzienną sprawność motoryczną. Stosowana jest stymulacja określonych punktów głównych i pomocniczych, co wywołuje jednoczesną odpowiedź ruchową wielu regionów ciała.

Również w kolejnych latach – w okresie wzrastania i zdobywania umiejętności funkcjonalnych koniecznych do samodzielnego życia – rehabilitacja stanowi jeden z filarów terapii dziecka z MPD.

Rozwój motoryczny odbywa się poprzez wybór najbardziej optymalnego wzorca ruchowego. U dzieci z MPD taka selekcja jest znacznie ograniczona i stąd konieczna jest terapia wprowadzająca wyselekcjonowane, prawidłowe wzorce. Rehabilitacja pozwala na utrzymanie zakresu ruchu w stawach, rozciąganie mięśni przykurczonych, wzmacnianie mięśni osłabionych celem utrzymania równowagi mięśniowej zapobiegającej deformacjom stawów i kości.

Zaburzenia motoryczne w mózgowym porażeniu dziecięcym są często powiązane z zakłóceniami odbiorczymi, postrzegania, poznawczymi, komunikacji, zachowania, a także padaczką i wtórnymi problemami mięśniowo-szkieletowym.

Harmonijny rozwój układu kostno-stawowo-mięśniowego odbywa się dzięki ruchowi w trakcie codziennych zabaw dziecka. Dziecko z MPD części ruchów w ogóle nie wykonuje (w niedowładzie jednostronnym dziecko używa głównie ręki strony sprawnej, a ręka strony mniej sprawnej jest ustawiana w zgięciu, co powoduje u niej rozwój przykurczów). Konieczne jest wówczas nadzorowane wykonywanie ćwiczeń, nie tylko w trakcie zajęć z terapeutą, ale także w codziennej aktywności.

Na podstawie klasyfikacji GMFCS (Gross Motor Function Classification System) od 2. roku życia możliwe jest przewidzenie zdolności motorycznych dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Klasyfikacja dotyczy umiejętności samodzielnie inicjowanych w przedziale określonym dla wieku badanego. Rozróżniane są 4 grupy wiekowe: 0–2. rż., 2.–4. rż., 4.–6. rż., 6.–12. rż. Wyróżnia się 5 poziomów rozwoju motorycznego z odrębnie opisanymi jego cechami w każdej z grup wiekowych.

Możliwość przewidzenia stanu pacjenta w przyszłości powoduje, że klasyfikacja GMFCS umożliwia określenie klinicznie znamiennych celów leczenia osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. I tak u osób na poziomie I–II celem będzie zwykle poprawa jakości chodu, zapobieganie nabytym wadom postawy i nauka niezależności jak osób w pełni sprawnych.

U osób z III i IV stopniem w skali GMFCS celem jest wzmacnianie siły i wydolności fizycznej, zapobieganie następstwom przykurczów i siedzącego trybu życia oraz nabycie umiejętności umożliwiających mniejszą lub większą samodzielność w warunkach wsparcia technicznego.

Osoby z V stopniem w skali GMFCS wymagają działań zapewniających komfort życia im i ich opiekunom. Nasilone, nabyte deformacje kręgosłupa, bioder i kończyn powodują ból, utrudniają pielęgnację, występują trudności w żywieniu, trudności w komunikacji, infekcje. Istotne są także choroby będące następstwem długotrwałego leżenia.

Skuteczność metod usprawniania

Zależą od doświadczenia terapeuty. W piśmiennictwie nie można przedstawić dowodów skuteczności, tak by można było dać jednoznaczne rekomendacje. **Zasadne jest stosowanie ćwiczeń indywidualnych (terapeuta–pacjent)** poprawiających zakres ruchów, siłę mięśni, równowagę i rozkład napięcia mięśni przynajmniej 3 razy w tygodniu.

Dodatkowo konieczne są zajęcia stymulujące codzienną aktywność dziecka, w tym zdolność samoobsługi, a także terapia poprawiająca sprawność rąk. Na uwagę zasługuje stosowanie terapii

TABELA 1. Klasyfikacja GMFCS, powyżej 6. roku życia.

Poziom	Opis
I	Pacjent chodzi bez ograniczeń w domu i poza domem. Może biegać, nawet jeśli jakość odbiega od pełnej sprawności. Ma ograniczenia w bardziej zaawansowanych umiejętnościach ruchowych.
II	Pacjent jest w stanie chodzić samodzielnie. Może używać ortez na kończyny dolne. Po schodach wchodzi, wspierając się na poręczy. Występują ograniczenia w chodzeniu poza domem. Z tego powodu na dłuższych dystansach może używać wózka inwalidzkiego.
III	Pacjent jest w stanie stać samodzielnie. Nie jest w stanie chodzić bez podparcia rękoma – bez pomocy kul, trójnogów, czwórnogów lub balkonika. Na dłuższych dystansach wymaga transportu w wózku inwalidzkim.
IV	Pacjent jest w stanie siedzieć samodzielnie. Siedząc, wymaga dodatkowego wsparcia tułowia, jeśli ma pracować rękoma. Nie jest w stanie stać czy chodzić samodzielnie. Poza pomieszczeniem wymaga transportu w wózku inwalidzkim.
V	Pacjent ma bardzo duże trudności lub brak możliwości samodzielnej zmiany pozycji. Nie jest w stanie siedzieć. Ma duże trudności w stabilizacji głowy. Nie stabilizuje tułowia w siadzie. Do jakiegokolwiek przemieszczania się wymaga transportu.

MPiP-05_2016.indd 21 26/05/16 18:33

wymuszonej, tzn. ograniczenie funkcji sprawnej ręki (np. przez rękawicę kuchenną). Czas ograniczania (4–6 godzin) i częstotliwość (codziennie lub np. 2 × w tygodniu) są różne. Publikacje potwierdzają, że jej efekty utrzymują się kilka miesięcy.

Zaburzenia mowy, trudności w nauce, czytaniu, przetwarzaniu informacji również wymagają dodatkowego wsparcia specjalistycznymi zajęciami.

W przypadku osób z poziomem GMFCS IV i V, tj. tych, które nie stabilizują tułowia, konieczna jest pionizacja bierna, która poprzez fizjologiczne działanie siły grawitacji poprawia funkcję narządów wewnętrznych, poprawia metabolizm kostny. Korzystne jest łączenie pionizacji z nauką albo inną formą stymulacji rąk i mowy.

Coraz większe znaczenie przypisuje się ćwiczeniom poprawiającym siłę mięśniową oraz wydolność fizyczną. Nie odnotowano nasilenia spastyczności ani zmniejszania zakresu ruchu po stosowaniu treningu siłowego.

Pojawia się coraz więcej możliwości nauki chodu przy użyciu zrobotyzowanego sprzętu technicznego. Osoba ćwicząca jest wpinana do urządzenia, a dodatkowy podnośnik, unosząc ciało pacjenta, reguluje jego masę odpowiednio do stopnia aktywności własnej i wkładu siły pacjenta w wykonywany ruch. Pacjent współpracuje na treningu poprzez przenoszenie środka ciężkości, korekcję obciążania stóp w trakcie zwizualizowanego na monitorze zadania ruchowego. Trening odbywa się na podstawie informacji sprzężenia zwrotnego. Teoretyczne podstawy mówią także o aktywacji rdzeniowych i ponadrdzeniowych generatorów chodu. Najbardziej obecnie znanymi urządzeniami do reedukacji chodu są Lokomat® oraz System G-EO®.

Terapia robotyczna jest stosowana również dla kończyn górnych. Odbywa się albo poprzez pracę w rękawicy (np. Handtutor®) albo rodzajem joysticka (Armeo®) i polega na realizacji zadań sięgania, chwytania, prowadzenia ruchu zwizualizowanych na monitorze.

Kombinezony Adeli (nazywane też Polish Suits), mimo braku rekomendacji zgodnej z zasadami badań, są uważane za efektywne. Stanowią rodzaj ćwiczeń z oporem, aktywizując wspólnie działające grupy mięśniowe.

TABELA 2. Zmodyfikowana Skala Ashworth.

Stopień	Opis
0	Napięcie prawidłowe lub obniżone.
1	Nieznaczny wzrost napięcia objawiający się oporem i uwolnieniem lub minimalnym wzrostem napięcia mięśni w końcowej fazie ruchu zginania lub prostowania.
1+	Nieznaczny wzrost napięcia mięśni objawiający się oporem i uwolnieniem oraz występujący w drugiej połowie zakresu ruchu w stawie.
2	Bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśni przez większą część zakresu ruchu w stawie, ale badana część kończyny daje się łatwo poruszać.
3	Wyraźny wzrost napięcia mięśni, ruch bierny jest trudny do wykonania.
4	Badana część kończyny jest sztywna w zgięciu lub w wyproście.

Obniżenie spastyczności

Istotnym wsparciem leczenia usprawniającego są ortezy, gipsy i leki – głównie te obniżające spastyczność.

Celem zabezpieczenia lub zwiększenia zakresu ruchu w stawach, czyli zabezpieczając przed przykurczami, stosuje się ortezy. Ortezy, mające znaczenie dla pionizacji i chodu, mogą być przeznaczone na poszczególne segmenty kończyny (podudzie i stopę), całą kończynę dolną (KAFO, knee ankle foot orthosis), kończyny dolne i obręcz biodrową (HKAFO, hip knee ankle foot orthosis) oraz gorsety. Wszystkie elementy mogą być ze sobą połączone ruchomymi, blokowanymi zawiasami zgodnymi z osią obrotu w stawach.

Wyróżnia się ortezy statyczne (np. AFO, ankle foot orthosis) i dynamiczne (np. DAFO, dynamic ankle foot orthosis, GRAFO/FRO, ground reaction foot orthosis/floor reaction orthosis). Dynamiczne ortezy mają ułatwić chód poprzez wsparcie osłabionych mięśni (głównie poprzez dostarczenie energii mechanicznej uzyskanej dzięki elastyczności i jakości materiału). Ortezy statyczne mają na celu głównie utrzymać prawidłowe ustawienie kończyn.

Ortezy odwodzące (np. SWASH), ułatwiając odwodzenie bioder, poprawiają stabilność osoby z MPD w pozycji siedzącej, a ich całodniowe stosowanie (również w pozycji leżącej) zmniejsza ryzyko podwichnięcia bioder.

W ortezach stosowanych w spoczynku (np. na noc) można zastosować sprężyny. Umożliwią zgięcie, gdy pacjent tego chce, a następnie, gdy pacjent się rozluźni, redresują stawy do pozycji pośredniej.

Dużym wsparciem dla poprawy napięcia mięśniowego są elastyczne kombinezony (np. Thera-Togs®, Kombinezon 3D Body® czy australijski UPsuit®), najczęściej stosowane na tułów, obręcz biodrową i barkową oraz ramiona i uda. Ich zaletą jest stymulacja proprioceptywna, centralizacja napięcia oraz nieograniczanie ruchów spontanicznych. Znajdują zastosowanie zwłaszcza u osób z bardzo obniżonym napięciem, dla których zaopatrzenie z tworzywa sztucznego uniemożliwi samodzielne poruszanie się. Takie elastyczne zaopatrzenie nie koryguje utrwalonych deformacji.

Gipsy redresyjne mają na celu zwiększenie ograniczonego zakresu ruchu w stawach. Najczęściej stosuje się gipsy stopowo-podudziowe. Zmniejszając zgięcie podeszwowe w stawie skokowym w kolejnych gipsowaniach (co 1–2 tygodnie), uzyskuje się fizjologiczny zakres ustawienia stopy. W trakcie stosowania gipsów redresyjnych nie należy rezygnować z ćwiczeń. Często stosuje się leczenie skojarzone gipsami redresyjnymi i toksyną botulinową, zwłaszcza w przypadku przykurczów częściowo utrwalonych. □

NA PODSTAWIE KLASYFIKACJI GMFCS (GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM) OD 2. ROKU ŻYCIA MOŻLIWE JEST PRZEWIDZENIE ZDOLNOŚCI MOTORYCZNYCH DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM.

Od redakcji:

W czerwcowym numerze omówimy kolejne, istotne wsparcie w rehabilitacji i poprawie życia osób z mózgowym porażeniem dziecięcym, czyli działania farmakologiczne lub neurochirurgiczne, normalizujące napięcie mięśniowe. Autorzy przygotowali również informacje na temat leczenia ortopedycznego i operacyjnego oraz współczesnych technologii ułatwiających aktywność.

MPiP-05_2016.indd 22 26/05/16 18:33

Pacjent z cukrzycą – profilaktyka ZSC

Prezentujemy zasady prawidłowego przygotowania osoby z cukrzycą do samokontroli i samopielęgnacji stóp.

Zespół stopy cukrzycowej (ZSC) to dotycząca kończyn dolnych infekcja, owrzodzenie i/lub destrukcja głębokich tkanek, połączona z zaburzeniami neurologicznymi oraz chorobami naczyń obwodowych w różnym stopniu zaawansowania. Do jej rozwoju prowadzą powikłania niewyrównanej metabolicznie cukrzycy, takie jak mikroangiopatie, z których jedna to neuropatia cukrzycowa (zajęciu ulega układ nerwowy) oraz makroangiopatia, objawiająca się m.in. miażdżycą naczyń obwodowych kończyn dolnych.

ZSC, w zależności od głównego czynnika etiologicznego, a są nimi obwodowe zmiany niedokrwienne, neuropatia obwodowa, czynniki mechaniczne, zakażenia, może mieć postać niedokrwienną, neuropatyczną i mieszaną (niedokrwienno-neuropatyczną). Pierwsza z nich jest spowodowana miażdżycą tętnic kończyn dolnych, głównie tych poniżej kolana, i małych tętnic stopy. Niestety może ona postępować szybko i sprzyja znacznym powikłaniom niedokrwiennym i martwiczym. Zespół neuropatycznej stopy cukrzycowej natomiast rozwija się w wyniku zajęcia obwodowego układu nerwowego. Wówczas włókna nerwowe ulegają uszkodzeniu, co powoduje zaburzenia czucia dotyku, bólu i temperatury. Zarówno zaburzenia czucia, jak i niedokrwienie kończyny dolnej są przyczynami rozwoju owrzodzeń – idealnego miejsca zakażeń.

Czynnikami mechanicznymi przyczyniającymi się do powstania ZSC są m.in.: deformacje stopy, ograniczenia ruchomości stawów, modzele, a także źle dobrane obuwie, urazy fizyczne (skaleczenie), chemiczne (np. maści na odciski) oraz termiczne (zbyt ciepła woda, stosowanie termoforu). Mogą one spowodować pojawienie się rany, a w konsekwencji owrzodzenia, które stanowić będzie „wrota" infekcji, prowadzącej często do wystąpienia martwicy tkanek, zgorzeli, a nawet konieczności amputacji palców, części stopy lub kończyny.

OBJAWY CHOROBY

Najczęściej na początku choroby pojawiają się, ignorowane przez pacjentów, mrowienia i drętwienia w obrębie stopy. Z czasem dopiero wystąpić mogą obrzęki, przebarwienia skóry oraz zmiany troficzne paznokci. Stopy stają się suche i podatne na urazy, pojawiają się liczne odciski i modzele oraz małe, trudno gojące się rany, które nieleczone przekształcają się w owrzodzenia. Oprócz tego obecne są inne objawy, które – w zależności od rodzaju zespołu stopy cukrzycowej – mogą się różnić. W przypadku niedokrwienia kończyna dolna jest chłodna, blednie po jej uniesieniu, a po opuszczeniu sinieje. Tętno w jej obrębie staje się niewyczuwalne, owłosienie zanika, a paznokcie są kruche, łamliwe. Ponadto może pojawić się chromanie przestankowe, dolegliwości bólowe stóp, łydek i ud, a gdy miażdżyca w obrębie naczyń jest zaawansowana – również bóle spoczynkowe. Neuropatyczna stopa cukrzycowa natomiast objawia się zaburzeniami czucia dotyku (nacisku), bólu i temperatury. Z powodu uszkodzenia neuronów dochodzi do osłabienia siły mięśniowej, z czasem do zaników mięśni, a ponadto do specyficznego ułożenia palców, zwanych młoteczkowatymi. Dodatkowo skórę stopy neuropatycznej, na skutek uszkodzenia układu autonomicznego, charakteryzuje całkowity zanik potliwości oraz hiperkeratoza.

foto: DEPOSITPHOTOS

MPiP-05_2016.indd 23 26/05/16 18:33

PROCEDURA

Celem procedury jest podanie insuliny wstrzykiwaczem typu pen, który jest najczęściej stosowanym systemem, spełniającym międzynarodowe wymagania ISO 11608:2000.

Samokontrola i samopielęgnacja stóp w cukrzycy stanowi podstawę działań o charakterze profilaktycznym u chorych na cukrzycę typu I i typu II. Właściwie dobrany proces pielęgnacyjny stóp na każdym etapie choroby jest niezbędnym elementem terapii każdego pacjenta z cukrzycą. Systematyczne badanie stóp, korygowanie stanu wiedzy i umiejętności pacjentów z zakresu pielęgnacji stóp jest kluczowym elementem wpływającym bezpośrednio na ryzyko stopy cukrzycowej oraz poprawę jakości życia z cukrzycą.

BADANIE STÓP PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY:

W przypadku pacjentów z cukrzycą typu II i dorosłych pacjentów z cukrzycą typu I zaleca się następujące podstawowe badania stóp:

- **Badanie czucia wibracji** – czucie wibracji jest przewodzone grubymi włóknami, których dysfunkcja jest jednym z pierwszych objawów neuropatii cukrzycowej. Badanie to przeprowadza się za pomocą kalibrowanego kamertonu lub stroika ze skalą 128 Hz Rydel-Seiffera, który wytwarza drgania.
- **Badanie czucia nacisku** – za pomocą monofilamentu *Semmes-Weisteina* (5,07/10 g) który wywiera wystandaryzowany ucisk na skórę 10 g/cm^2.
- **Badanie czucia bólu** – za pomocą ostro zakończonej igły *Neurotips*.
- **Badanie czucia temperatury** – za pomocą THIP-THERM-u.
- **Ocena makrokrążenia** – palpacyjna ocena tętna na tętnicy grzbietowej obu stóp, badanie wskaźnika kostka-ramię (ang. ABI – ankle-brachial index).
- **Ocena wizualna**: deformacji stóp, stanu skóry i paznokci.

Kompletny program leczenia stóp obejmuje edukację pacjenta, regularne badanie stóp oraz kategoryzację ryzyka wystąpienia owrzodzeń, co przyczynia się do znacznego zmniejszenia zmian w obrębie stóp. Należy wprowadzić system oceny ryzyka stopy cukrzycowej u pacjentów z cukrzycą w każdej placówce diabetologicznej, polegający na ocenie stanu stóp pacjentów np. **wg zaleceń Międzynarodowej Grupy Roboczej ds. Stopy Cukrzycowej (International Working Group on the Diabetic Foot)**.

- Bez cech neuropatii czuciowej – kontrola raz w roku.
- Cechy neuropatii czuciowej – kontrola co 6 miesięcy.
- Cechy neuropatii czuciowej oraz objawy choroby naczyń obwodowych i/lub zniekształcenia stopy – kontrola co 3 miesiące.
- Przebyte owrzodzenie – kontrola co 1-3 miesiące.

EDUKACJA Z ZAKRESU PREWENCJI STOPY CUKRZYCOWEJ

Celem edukacji jest zmiana zachowań zdrowotnych pacjentów oraz motywacja w przestrzeganiu zaleceń pielęgniarskich i lekarskich. Podstawą edukacji jest ustalenie indywidualnych celów w postępowaniu pielęgnacyjnym stóp według czynników ryzyka zespołu stopy cukrzycowej, do których należy: niewłaściwa higiena stóp, niewłaściwe obuwie, obecność modzeli i zniekształcenia stóp.

Zakres edukacji pacjenta:

- Zasady codziennej higieny stóp: zastosowanie preparatów do codziennej pielęgnacji stóp (zaleca się dobór łagodnych środków myjących o wartości pH 5,5, preparatów pielęgnujących do skóry i paznokci stóp w zależności od problemu pielęgnacyjnego o różnej zawartości mocznika i tłuszczów neutralnych dla skóry, temperatura wody 37 st., kąpiel stóp powinna być krótka, trwać 2-3 minuty, po czym należy bardzo dobrze osuszyć skórę stóp oraz przestrzenie międzypalcowe).
- Zasady pielęgnacji hiperkeratozy i modzeli stóp (zaleca się regularne korzystanie z usług specjalisty pielęgnacji stóp.
- Zasady zastosowania profilaktyki przeciwgrzybicznej stóp.

PROMOCJA

Neuro-Diab
(kwas alfa-liponowy)

Powikłania cukrzycy są przyczyną wielu problemów. Jednym z najczęstszych jest neuropatia, czyli uszkodzenie układu nerwowego. Nadmiar cukru we krwi niszczy zakończenia włókien nerwowych. Skutki mogą być różne, m.in. tzw. stopa cukrzycowa.
Neuropatia cukrzycowa jest jednym z powikłań cukrzycy związanym, zarówno z zaburzeniami obwodowego, jak i autonomicznego układu nerwowego. NeuroDiab zawiera kwas alfa-liponowy, który jest organicznym kwasem karboksylowym o właściwościach antyoksydacyjnych, będącym m.in. składnikiem błon komórkowych komórek nerwowych oraz kofaktorem mitochondrialnym kompleksów enzymatycznych wpływającym na procesy spalania glukozy i zwiększającym wychwyt glukozy przez komórki. W samej cukrzycy, jak i w wywołanych przez nią powikłaniach, kwas alfa-liponowy przeciwdziała niekorzystnym zjawiskom w zakresie funkcjonowania układu nerwowego (neuropatia cukrzycowa).

- Produkt dostępny bez recepty.
- Dawka 300 mg w kapsułce umożliwia wygodne dawkowanie (zalecane dawkowanie 2 x 300 mg).
- Korzystna cena.

MPiP-05_2016.indd 24 26/05/16 18:33

- Zasady doboru obuwia terapeutycznego (zaleca się zastosowanie obuwia przeznaczonego dla osób z cukrzycą) oraz skarpet (zaleca się skarpety nieuciskowe, bezszwowe z włókien naturalnych z bawełny lub bambusa).
- Zasady aseptycznego zaopatrzenia mikrourazów oraz małych uszkodzeń skóry w obrębie stóp (zaleca się posiadanie apteczki o składzie: środek antyseptyczny, jałowe gaziki, w przypadku nawracających owrzodzeń opatrunki specjalistyczne, bandaż, plaster), w przypadku owrzodzeń w przebiegu stopy cukrzycowej zaleca się monitorowanie procesu gojenia rany, kontrolę wykonania opatrunku przez pacjenta, udzielenie instruktażu z zasad aseptycznego wykonania opatrunku oraz postępowania z raną w warunkach domowych.
- Zastosowanie wkładek do butów (zaleca się w przypadku terapii wyłącznie wkładki indywidualne wykonane na miarę).
- Zasady obcinania paznokci u stóp (zaleca się skorygowanie długości paznokci u stóp jeden raz w miesiącu w sposób zapewniający ochronę opuszki przez paznokieć).
- Zasady przygotowania stóp do aktywności fizycznej.
- Zasady codziennej samokontroli stóp.
- Zapobieganie deformacjom stóp.

W przypadku dzieci chorujących na cukrzycę edukację z zasad właściwej pielęgnacji stóp należy rozpocząć od momentu rozpoznania choroby, dostosowując jej zakres do wieku rozwojowego dziecka. Celem tej edukacji jest niwelowanie niekorzystnych zmian spowodowanych niewłaściwą pielęgnacją stóp i brakiem właściwego obuwia w trakcie rozwoju aparatu ruchu stopy.

W procesie prewencji stopy cukrzycowej pielęgniarka edukator powinna być ekspertem z zakresu pielęgnacji stóp chorych na cukrzycę, czujnie obserwować każdego pacjenta pod kątem występujących czynników ryzyka stopy cukrzycowej oraz realizować indywidualne programy edukacyjne.

Prawidłowe postępowanie z zakresu profilaktyki powinno obejmować każdego pacjenta od momentu rozpoznania choroby, ale należy również realizować program edukacji, którego celem będzie zapobieganie kolejnym owrzodzeniom w przebiegu stopy cukrzycowej. □

KOMENTARZ

***ALICJA SZEWCZYK**, specjalista pielęgniarstwa diabetologicznego, Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka", Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego*

Problemy związane z zespołem stopy cukrzycowej dotyczą chorych na całym świecie. Zaleca się, aby edukacja – jako element szerszego programu prewencji, dotyczyła pacjentów z grup wysokiego ryzyka, zwłaszcza jeśli możliwości są ograniczone. Edukować należy również pracowników opieki zdrowotnej. Rozpoznanie stopy podwyższonego ryzyka oraz wczesnych zmian jest najważniejszym zadaniem pracowników ochrony zdrowia. Niestety, pomimo istniejących zaleceń i rekomendacji badanie stóp jest często zaniedbywane.

Celem edukacji jest zmiana zachowań pacjentów oraz poprawa w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, np. dotyczących noszenia właściwego obuwia. Ponadto pacjenci powinni mieć świadomość potencjalnych problemów, jakie mogą dotyczyć stóp i odpowiednio szukać pomocy medycznej. Edukacja powinna być prosta, zwięzła, polegać na przekazywaniu odpowiednich informacji, które należy powtarzać. W optymalnych warunkach edukacja powinna być elementem kompleksowego programu opieki nad chorymi ze stopą cukrzycową i stanowi zadanie dla całego zespołu, zarówno w lecznictwie otwartym, jak i szpitalnym. Edukacja powinna być integralną częścią każdej wizyty diabetologicznej. W wielu krajach edukacją zajmują się pielęgniarki diabetologiczne oraz podiatrzy (specjaliści zajmujący się problemami związanymi ze stopą). Zorganizowana edukacja stanowi cenne narzędzie w zapobieganiu problemom stopy cukrzycowej. Zgodnie z założeniami holistycznego podejścia do pacjenta, wszyscy powinni uczestniczyć w opracowaniu i wdrażaniu programów edukacyjnych. Dobra praca zespołowa stanowi podstawę skutecznej edukacji pacjentów z cukrzycą. Współpraca zespołowa jest potrzebna na każdym etapie leczenia choroby. Podstawowym celem pracy w zespole jest współpraca na rzecz dobra pacjenta, a nie rywalizacja między poszczególnymi członkami zespołu. Problemy pacjenta powinny kształtować działania wszystkich członków zespołu i interakcje między nimi.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w Zaleceniach z 2014 r. rekomenduje:

W regionalnych (wojewódzkich, uniwersyteckich) ośrodkach diabetologicznych należy stworzyć wielospecjalistyczne poradnie stopy cukrzycowej, a przy poradniach diabetologicznych gabinety stopy cukrzycowej zajmujące się kontynuacją terapii ustalonej w poradni wielospecjalistycznej. Prewencja to:

- Systematyczne badanie stóp: raz w roku badanie w kierunku zaburzeń czucia (badanie fizykalne) i niedokrwienia (ocena tętna na tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej, należy rozważyć badanie wskaźnika kostka–ramię) u wszystkich chorych.
- Regularne zabiegi podiatryczne (usuwanie modzeli i hiperkeratozy).
- Stosowanie zaleconego obuwia, wkładek ortopedycznych oraz skarpet.
- Systematyczna edukacja w zakresie higieny stóp i konsekwencji braku ochronnego czucia bólu.
- Edukacja i systematyczne leczenie dotyczące innych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, nadwaga, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, wyrównanie metaboliczne cukrzycy.
- Wczesne wykrywanie i leczenie niedokrwienia kończyn.

MPiP-05_2016.indd 25 26/05/16 18:33

Pomoc medyczna dla ofiar przemocy

foto: FOTOLIA

Eksperci twierdzą, że przemoc domowa nabiera cech epidemii, dlatego każdy przedstawiciel ochrony zdrowia powinien mieć szeroką wiedzę o jej rodzajach i objawach. Musi umieć rozpoznać czynniki ryzyka, rozmawiać z ofiarami, tak by je motywować i wspierać.

lic. piel. URSZULA MARIA CZYŻ
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Kierunek Pielęgniarstwo, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 wyróżnia jednostkę chorobową T 74 – zespoły maltretowania, w której sklasyfikowane są zespoły wszystkich form przemocy i krzywdzenia. Wystąpienie jednego z nich staje się problemem medycznym, podlegającym interwencji ochrony zdrowia. Jej przedstawiciele, podobnie jak inni profesjonaliści, są prawnie zobowiązani do podejmowania interwencji w sytuacji przemocy w rodzinie, a zwłaszcza krzywdzenia dziecka. Przepisy dotyczące zachowania tajemnicy zawodowej nie dają podstawy do niepodejmowania interwencji.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 40 definiuje tajemnicę zawodową lekarza, jednakże w paragrafie 2 określa możliwości odejścia od niej. Lekarz odstępuje od zachowania tajemnicy w sytuacji, gdy tak nakazuje mu ustawa oraz gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Ma obowiązek wypełnienia formularza ,,Niebieska Karta – A", a tym samym wszczęcie procedury.

Niepokojące objawy

Pracownicy opieki zdrowotnej, a zwłaszcza lekarze i pielęgniarki są zobowiązani do rozpoznawania przemocy i zaniedbań, powinni być wyczuleni na wszelkiego rodzaju niejasności we wzajemnych relacjach pacjenta i jego opiekuna. Podejrzana jest zwłaszcza sytuacja, gdy opiekun nie odstępuje swojego podopiecznego podczas badania lub jest niechętny pomocy z zewnątrz. Istotnych informacji może nam również dostarczyć obserwowanie relacji opiekuna i podopiecznego, zwłaszcza jeśli dostrzegamy strach podopiecznego.

Kolejnym ważnym objawem jest wystąpienie istotnych różnic pomiędzy wywiadem zebranym od ofiary i jej opiekuna lub też sytuacja, gdy u tej samej osoby występują kolejne złamania i urazy, a wywiad dotyczący okoliczności ich wystąpienia jest niejasny. Uwagę powinno przyciągnąć opóźnienie lub nieuzasadniona zwłoka w poszukiwaniu pomocy i zgłoszeniu się do lekarza, zwłaszcza jeśli badając pacjenta, stwierdzamy liczne obrażenia tułowia, podbiegnięcia krwawe, oparzenia, pręgi po uderzeniach, zranienia, złamania. Trzeba mieć na uwadze zasadę, że niewiele sytuacji – oprócz przemocy – może doprowadzić do uszkodzenia ciała o zróżnicowanej lokalizacji, a szczególnie zlokalizowanych po obu stronach ciała. Istnieją również objawy pośrednie, do których należą zaburzenia snu, obejmujące bezsenność czy też zwiększoną potrzebę snu, zmiany apetytu, płaczliwość, niską samoocenę, nadmierną lękliwość lub postawę rezygnacji. Osoba maltretowana może szukać ucieczki od rzeczywistości poprzez nadużywanie leków uspokajających i/lub leków nasennych, ewentualnie nadużywanie alkoholu. Ofiary przemocy z powodu stałego stanu lęku i niepokoju dość często cierpią na nieokreślone bóle żołądka i klatki piersiowej, dysfagię lub hiperwentylację.

Właściwe rozpoznanie mogą ułatwić takie objawy, jak odwodnienie, niedożywienie, wyrwane włosy.

Należy pamiętać, że przemoc zwykle wywierana jest okresowo i ustaje w obecności świadków. Czasami objawem jest więc szybkie, niewytłumaczalne pogorszenie stanu zdrowia lub liczne hospitalizacje i zgłoszenia do ośrodków opieki otwartej z powodu różnorodnych urazów oraz również częste zmiany miejsc, w których pacjent chce uzyskać pomoc lekarską.

Ofiarami przemocy powinien zajmować się zespół w składzie: lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, prawnik i policjant oraz w przypadku podejrzenia zaburzeń psychicznych – psychiatra. Zespół ten powinien sprawdzić, czy wcześniej były już podejmowane próby niesienia pomocy w związku z przemocą, a następnie opracować plan postępowania, przy czym ofiarę przemocy zdolną do czynności prawnych należy powiadomić o możliwościach postępowania. Gdy ofiara przemocy jest niezdolna do czynności prawnych (np. dotknięta jest znacznego stopnia otępieniem, ciężką depresją czy też chorobą psychiczną), ciężar podejmowania większości decyzji w pierwszym okresie spada na wymieniony wyżej zespół specjalistów.

MPiP-05_2016.indd 26 26/05/16 18:33

W sytuacji stwierdzenia w czasie badania ambulatoryjnego lub szpitalnego przestępstwa przemocy w rodzinie lekarz/pielęgniarka/ratownik medyczny:

- Umieszcza w dokumentacji wewnętrznej wpis o symptomach przemocy oraz informacje uzyskane od pokrzywdzonej osoby**.**
- W przypadku podejrzenia, że pacjent jest dotknięty przemocą w rodzinie, wypełnia formularz „Niebieska Karta – A" w obecności ofiary.

Obowiązki personelu

Dr n. med. Johan Marchand, dyrektor Confidential Center for Child Abuse w Brukseli podczas konferencji na temat powikłań neurologiczno-psychiatrycznych u dziecka krzywdzonego, odbywającej się w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", określił współczesną sytuację zdrowotną jako epidemię przemocy. Każdy przedstawiciel ochrony zdrowia powinien mieć zatem szeroką wiedzę o jej rodzajach i objawach. Musi umieć rozpoznać czynniki ryzyka występowania przemocy w rodzinie. Dużo uwagi winien poświęcać relacji dziecka z rodzicami, mieć kompleksową wiedzę dotyczącą instytucji i organizacji, które udzielają pomocy rodzinom jej potrzebującym. Przedstawiciel ochrony zdrowia winien umieć rozmawiać z rodzicami dziecka, stwarzać właściwą atmosferę do rozmów, tak by ich motywować i wspierać. Szczególnie ważny jest jego udział w szkoleniach dotyczących przemocy i umiejętność współpracy z różnymi specjalistami z tej dziedziny.

Jednym z obowiązków pracowników ochrony zdrowia jest poinformowanie ofiar przemocy o możliwościach szukania pomocy oraz wystawienie zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych u danej osoby obrażeniach i uszkodzeniach. Zaświadczenie to, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy, powinno być wystawione bezpłatnie. Często na prośbę poszkodowanych bądź gdy stwierdza się ciężkie uszkodzenie ciała czy też wykorzystanie seksualne powiadamia się inne służby, takie jak: policja, pomoc społeczna, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych.

Przemoc jako przyczyna objawów chorobowych nie jest łatwa do diagnozowania. Istnieje potrzeba współpracy specjalistów zajmujących się kompleksowo całą sytuacją rodziny i tworzenie lokalnych zespołów interdyscyplinarnych, mających na celu leczenie skutków i zapobieganie dalszej eskalacji przemocy. W wielu krajach takie zespoły działają w szpitalach (np. Francja, Niemcy) lub tworzone są odrębne ośrodki zajmujące się rozpoznawaniem, leczeniem i ekspertyzą sądowo-medyczną przypadków związanych z występowaniem przemocy w rodzinie (np. Holandia, Belgia). Zgodnie z Ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493, art.12): „Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, powinny niezwłocznie zawiadomić o tym policję lub prokuratora". Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy jest najważniejszym aktem prawnym, który wraz z innymi aktami wykonawczymi przedstawia kolejność postępowania w przypadku rozpoznania przemocy. Na mocy przedmiotowej ustawy zespół interdyscyplinarny powołany przez prezydenta miasta, burmistrza czy wójta diagnozuje problem przemocy w rodzinie oraz podejmuje wszelkie działania w środowiskach zagrożonych przemocą w celach zapobiegawczych, a także rozpoczyna interwencję w grupach dotkniętych patologią.

W skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzą przedstawiciele: policji, oświaty, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, kuratorzy sądowi, a także pracownicy organizacji pozarządowych i ochrony zdrowia. Mogą w skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzić także przedstawiciele innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz prokuratorzy.

Stereotypów na temat przemocy domowej, domniemanej winy ofiar, funkcjonuje w społeczeństwie wiele. Generalnie (i słusznie) zakłada się, że dom rodzinny jest miejscem bezpiecznym i pełnym troski o dobro dziecka. Od pediatry oczekuje się gotowości do współpracy z rodzicami, a nie sceptycyzmu wobec ich relacji i podejrzeń o krzywdzenie dziecka. Kiedy dziecko choruje, lekarz zwykle rozmawia z matką. Od niej zbiera wywiad (nawet, jeśli dziecko umie mówić i mogłoby udzielać informacji). Na tej podstawie przedstawia hipotezy, wykonuje badania, stawia diagnozę i proponuje leczenie, a odbiorcą i wykonawcą jego zaleceń jest też matka. Jeżeli problemy zdrowotne dziecka są wynikiem przemocy w rodzinie, a matka ukrywa fakt i sprawcę przemocy, to zwykle nie ujawnia takich informacji. Tym bardziej, jeśli sprawcą przemocy jest sama matka, informacje przez nią udzielane są nieprawdziwe. Szczególna sytuacja występuje w przypadku specyficznej formy przemocy wobec dziecka, jaką jest tzw. zastępczy zespół Münchhausena (Münchhausens Syndrome by Proxy, MSBP). Wówczas wywiad i objawy choroby dziecka są całkowicie wymyślone i spreparowane przez opiekującą się dzieckiem osobę. Poza zagrożeniem życia dziecka, efektem tego typu przemocy jest hospitalizacja i szkodliwe w skutkach leczenie nieistniejącej choroby. Taki sposób krzywdzenia może dotyczyć nie tylko dzieci zdrowych, ale i chorych przewlekle i może doprowadzić do zaostrzenia

PROCEDURA NIEBIESKIEJ KARTY

Pracownikiem ochrony zdrowia, uprawnionym do realizacji procedury „Niebieska Karta", jest osoba, wykonująca zawód medyczny, w tym: lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny.

Rola pielęgniarki szkolnej: gdy zauważy ślady przemocy na ciele dziecka (siniaki, wybroczyny), opisuje je w karcie zdrowia dziecka (mogą być dowodami w sprawie); przekazuje swoje podejrzenia innym pracownikom szkoły (pedagog, psycholog, wychowawca, dyrektor); wszczyna procedurę „Niebieskiej Karty".

Rola pracownika ochrony zdrowia – zarówno lekarza, jak i pielęgniarki czy psychologa klinicznego i pedagoga zatrudnionego w szkole, jest kluczowa w rozpoznawaniu zjawiska przemocy. Ponadto lekarz ma za zadanie rozpoznawanie i leczenie jej skutków medycznych, monitorowanie rozwoju psychosomatycznego dziecka i identyfikowanie jego potrzeb oraz diagnozowanie czynników ryzyka, jak również pomoc w kontrolowaniu, czy przemoc nie trwa dalej. Do lekarza należy również uświadamianie społeczeństwu, że przemoc jest czynnikiem zagrażającym zdrowiu i życiu człowieka.

MPiP-05_2016.indd 27 26/05/16 18:33

procesu choroby, a nawet śmierci dziecka, w mechanizmie powikłania obrazu, nakładania się objawów choroby „prawdziwej" z objawami spreparowanymi przez matkę.

Rozpoznanie krzywdzenia dziecka, nie tylko w przypadku MSBP, ale także w sytuacjach, kiedy problemy zdrowotne są wynikiem innego rodzaju przemocy, budzi duży opór psychiczny personelu medycznego i w związku z tym następuje bardzo rzadko. Podobnie jest w przypadku dorosłych pacjentów. Ofiary przemocy domowej odczuwają liczne problemy zdrowotne, ale korzystając z pomocy medycznej, nie zgłaszają prawdziwej przyczyny dolegliwości, zresztą same często są nieświadome, że ich choroba jest skutkiem życia w stałym napięciu i zagrożeniu. Często lekarze, biorąc pod uwagę liczne problemy, w tym wspomniany dyskomfort psychiczny związany z postępowaniem w przypadku przemocy domowej, unikają jakiegokolwiek działania. Podobnie zachowują się przedstawiciele innych zawodów zaufania publicznego, np. nauczyciele – nawet jeśli podejrzewają przemoc w rodzinie, są niechętnie nastawieni do interwencji, obawiają się uwikłania w konflikty z rodziną, w problemy prawne. Czasem myślą, że ich ingerencja w sprawy rodzinne nie pomoże, a może nawet nasilić problem.

Każde podejrzenie zagrożenia życia i zdrowia w wyniku krzywdzenia lub fakt zaistnienia przemocy należy odnotować w dokumentacji medycznej, a następnie zwrócić się do instytucji i kompetentnych służb społecznych. W przypadku istnienia ewidentnych dowodów przemocy domowej dziecku należy zapewnić bezpieczeństwo i zgłosić sprawę policji lub prokuraturze. W przypadku ofiar dorosłych należy okazać wsparcie, zaproponować pomoc i zachęcić do skorzystania z tej pomocy, nawet jeśli ofiara sama nie zdecyduje się na wniesienie oskarżenia wobec sprawcy lub w danym momencie odmówi przyjęcia pomocy.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2005 r. Nr 180, poz. 1493) stanowi, iż osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, z użyciem przemocy w rodzinie niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora. Ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli ochrony zdrowia w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie określa procedura pod nazwą „Niebieska Karta". Została ona ustanowiona rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta" (Dz.U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1245). Uzupełnianie „Niebieskich Kart" jest elementem udzielanego świadczenia, w trakcie którego lekarz bądź inny pracownik medyczny może dostrzec objawy świadczące o stosowaniu przemocy. Brak podejmowania działań w ramach procedury „Niebieska Karta" oznacza utrzymanie się zagrożenia dla zdrowia bądź życia pokrzywdzonych.

W wyniku nowelizacji Kodeksu Karnego dokonanej ustawą z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks Postępowania Karnego, uchylony został art. 20. kk przewidujący wnioskowy tryb ścigania przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości. Powyższa zmiana prawna spowodowała, iż stosowanie przemocy seksualnej oraz gwałt jest przestępstwem ściganym z urzędu. Dlatego pracownicy ochrony zdrowia zobligowani są do postępowania zgodnie z określonymi procedurami zarówno w przypadku udzielania pomocy medycznej ofiarom przemocy seksualnej, jak i ofiarom doświadczającym przemocy w rodzinie. Kluczowym zadaniem ochrony zdrowia są także szeroko rozumiane działania profilaktyczne w celu zapobiegania występowaniu urazów zarówno przypadkowych, jak i nieprzypadkowych. Na urazy te szczególnie narażona jest populacja dzieci.

Alarmujące dane

Z danych ośrodków medycznych wynika, że w Polsce rocznie milion dzieci ulega wypadkom. Co dziesiąte dziecko, które uległo wypadkowi, wymaga hospitalizacji. Lekarze alarmują, że liczba urazów i zatruć wzrasta od kilku lat. Nie wiadomo, ile dzieci ulega wypadkom nieprzypadkowym, świadomie spowodowanym przez ich opiekunów. Programy profilaktyczne z zakresu przeciwdziałania przemocy powinny

PIELĘGNIARKA POWINNA BYĆ PRZYGOTOWANA DO DIAGNOZOWANIA ŚRODOWISK RODZINNYCH. ZJAWISKO PRZEMOCY DOMOWEJ KWALIFIKUJE SIĘ DO ZAKRESU SYTUACJI OBJĘTYCH ŚWIADCZENIAMI ZDROWOTNYMI, PONIEWAŻ BARDZO CZĘSTO TOWARZYSZĄ MU WYRAŹNE USZKODZENIA ZDROWIA SOMATYCZNEGO, ZAWSZE WYSTĘPUJE POWAŻNE USZKODZENIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO.

być skierowane zarówno do profesjonalistów zajmujących się sprawami rodziny, jak i do rodziców i samych dzieci.

Istnieje potrzeba wyodrębnienia lokalnej grupy ryzyka i otoczenia jej specjalną opieką i niekiedy nadzorem. Do takiej grupy należą rodziny, w których znajdują się osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych, rodziny będące w trudnej sytuacji ekonomicznej. Pielęgniarka ma możliwość kontaktu z dzieckiem krzywdzonym w wielu okolicznościach: w poradni dziecięcej, izbie przyjęć szpitala, przy przyjęciu na oddział szpitalny, a także w szkole.

Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem krzywdzonym polega m.in. na: zapoznaniu się z problematyką krzywdzenia dziecka; znajomości czynników ryzyka, jego przyczyn i umiejętności rozpoznawania symptomów świadczących o krzywdzeniu dziecka; poznaniu konsekwencji, jakie są wynikiem stosowania wobec dziecka przemocy; rozpoznawaniu środowiska, w którym przebywa dziecko; wykrywaniu form krzywdzenia dziecka poprzez jego obserwację oraz udzielanie fachowej pomocy; znajomości instytucji chroniących prawa dziecka i ścisła współpraca z nimi; przestrzeganiu praw dziecka w czasie obserwacji w środowisku domowym, szpitalu; zgłoszeniu organizacjom rządowym każdego przypadku przemocy wobec dziecka lub jego podejrzenia; zapewnieniu specjalistycznej pomocy i opieki dziecku skrzywdzonemu.

Udzielanie pomocy

Oprócz zadań podstawowych, takich jak np. udzielenie pomocy medycznej, istotne jest rozpoznanie sygnałów świadczących o występowaniu przemocy, szczególnie gdy ofiary bądź świadkowie próbują to ukryć; umiejętność przeprowadzenia rozmowy, umożliwiającej rozpoznanie form przemocy; wystawienie na prośbę poszkodowanych zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych obrażeniach; w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia popełnienia przestępstwa powiadomienie organów ścigania; udział w procedurze odebrania dziecka w związku z przemocą w rodzinie (lekarz, ratownik medyczny, pielęgniarka); udział w zespołach interdyscyplinarnych i w grupach roboczych; realizacja procedury „Niebieskiej Karty". □

MPiP-05_2016.indd 28 26/05/16 18:34

Zagrożenia epidemiologiczne

dr nauk o zdrowiu Alina Roszak
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Prezentujemy konkretne zdarzenia i sytuacje, bo studiowanie poszczególnych przykładów uzmysławia realność zawodowych pomyłek i zagrożeń wynikających ze zbytniej pewności siebie i rutyny.

Transport materiałów do badań

Po raz kolejny przedstawiam „dziwny" pomysł, który personel medyczny zastosował, transportując materiał biologiczny do laboratorium. Tymczasem wszyscy doskonale wiemy, że prawidłowo pobrany materiał do badań, jego przechowywanie, a także i transport mają wpływ na wynik badania. Wiele razy w tej rubryce zwracałam uwagę czytelników MPiP, że każdy element pobierania, przechowywania i transportu badań laboratoryjnych czy mikrobiologicznych jest ważny – także i ten często zapominany, a dotyczący bezpieczeństwa pracowników i ochrony przed zakażeniami, do których może dojść w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym. **Rękawiczki diagnostyczne mają chronić pracowników przy wykonywaniu konkretnych czynności i na pewno nie są przeznaczone do tego, aby w ich wnętrzu przenosić jakikolwiek materiał do badań**. W momencie jego wydobywania może przecież dojść do uszkodzenia pojemnika i np. do rozlania. Wówczas kolejną czynnością, którą należałoby wykonać, jest wdrożenie procedury poekspozycyjnej.

Lek w tubach

Tym razem chciałabym zwrócić Waszą uwagę na wszystkie leki i produkty lecznicze w dużych opakowaniach zbiorczych. Czy produkt użyty, ale niewykorzystany w całości powinniśmy zastosować ponownie? To ważne pytanie, bo nie będzie on już wyrobem jałowym. Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że jeśli zostanie użyty po raz kolejny, stanie się wektorem przenoszenia drobnoustrojów, które go skolonizowały. Oczywiście nie muszą to być patogeny z grupy drobnoustrojów alarmowych, ale spójrzmy na zdjęcie – przedstawia żel znieczulający stosowany przed zabiegami, które naruszają ciągłość powierzchni skóry. Przenoszony jest na obszary, które wymagają bezwzględnego przestrzegania zasad aseptyki na każdym etapie działania. W tej sytuacji **zachęcam do wprowadzenia alternatywnych produktów leczniczych, które znajdują się w mniejszych opakowaniach**.

Wektory przenoszenia zakażeń

Współcześnie pracuje się coraz szybciej. Wiemy o tym bardzo dobrze, sami odczuwamy to coraz częściej na własnej skórze. „Szybko" pracuje się i w poradniach, i na oddziałach szpitalnych, nie mamy więc czasu zastanowić się nad odsuniętymi w czasie skutkami naszych decyzji. Moim zdaniem przedstawione zdjęcie może być tego przykładem. Gdzie czai się niebezpieczeństwo? Nie możemy wykluczyć, że na przylepcu, który stał się stojakiem, nie pozostanie plama krwi, np. z wirusem zapalenia wątroby typu B. Przypominam, że do zakażenia HBV wystarczy dawka mniejsza niż 0,0001 ml objętości krwi (nie widać jej gołym okiem), a przy tym wirus ten zachowuje zakaźność w temperaturze 25° C przez co najmniej tydzień. Co prawda na zdjęciu są monowety używane do pobierania próbek krwi w systemie zamkniętym, ale czy na pewno nie są one odkręcane, a krew nie wydostanie się na zewnątrz?

Pojemnik na ostry zużyty sprzęt medyczny

Zbieranie odpadów medycznych ma być bezpieczne zarówno dla osób, które je wytwarzają, jak i dla tych, które te odpady transportują, magazynują i przetwarzają. Tak więc do pojemników na ostry zużyty sprzęt medyczny powinny trafiać odpady, które go wypełnią maksymalnie do 2/3 objętości, co z kolei zagwarantuje ich bezpieczne zamknięcie. Nic z niego nie może wystawać!

MPiP-05_2016.indd 29 26/05/16 18:34

Wpływ uszkodzenia tkanek krocza w czasie porodu na dalsze współżycie seksualne i prokreację

Często w trakcie porodu występuje konieczność nacięcia lub samoistne uszkodzenie tkanek krocza oraz mięśnia zwieracza. Proces rekonwalescencji może być bolesny i stanowić dyskomfort dla matki.

mgr poł. MARTA RECZEK
Uniwersytet im. Jana Kochanowskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Kielce

Do najczęstszych samoistnych uszkodzeń krocza w czasie porodu należą pęknięcia krocza. Najczęściej występują pęknięcia I stopnia, czyli pęknięcie śluzówki i przedsionka pochwy. Takie uszkodzenia mogą, lecz nie muszą zaburzyć funkcji seksualnej kobiety. Czasami pęknięcie tego typu wymaga założenia jednego szwu i goi się bez pozostawienia śladu. Dyskomfort fizyczny mija po kilku dniach od zdjęcia szwu i zagojenia się rany. Pęknięcie krocza II stopnia obejmuje śluzówkę pochwy i mięsień kulszowo-jamisty, opuszkowo-gąbczasty oraz poprzeczny powierzchowny i głęboki krocza. Uszkodzenie tego typu wymaga zszycia krocza. Pęknięcia krocza III i IV stopnia stanowią uszkodzenia zwieracza odbytu oraz śluzówki.

Krocze pacjentki może być również uszkodzone na skutek świadomego nacięcia tkanek w przypadku trudności z urodzeniem się części przodującej. W położnictwie stosuje się dwie techniki nacięcia krocza podczas porodu: częściej stosowane nacięcie pośrodkowo-boczne oraz rzadziej – pośrodkowe nacięcie krocza. Nacięcie pośrodkowe wiąże się z mniejszym urazem tkanek oraz lepszym ich gojeniem, towarzyszą mu mniejsze dolegliwości bólowe. Związane jest jednak z większym ryzykiem uszkodzenia (5–8-krotnie) mięśnia zwieracza odbytu w porównaniu ze środkowo-bocznym nacięciem krocza.

W WSPÓŁCZESNYM POŁOŻNICTWIE TEMAT USZKODZENIA TKANEK KROCZA STAŁ SIĘ BARDZO ISTOTNY. ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA (WHO) JEST PRZECIWNIKIEM NADUŻYWANIA RUTYNOWEGO NACIĘCIA KROCZA PODCZAS PORODU.

Konsekwencje nacięcia krocza

Nacięcie krocza nie zapobiega licznym obrażeniom krocza, wypadaniu narządów, obniżeniu się napięcia mięśni kanału rodnego, niedotlenieniu płodu, uszkodzeniu mięśni dna miednicy oraz powikłaniom okołoporodowym. Wpływa natomiast na stan fizyczny kobiety. Powoduje występowanie zaburzeń seksualnych. Do najczęstszych należą: zmniejszenie potrzeb seksualnych, obniżony popęd, obniżenie aktywności fizycznej w czasie stosunków, zaburzenia przeżywania orgazmu oraz niechęć do współżycia seksualnego. Badania naukowe wykazały, że nacięcie krocza sprzyja dyspareunii (dysfunkcja seksualna objawiająca się odczuwaniem bólu w czasie stosunku). Zmniejszenie ilości lub całkowity zanik naturalnej wydzieliny z pochwy wskutek uszkodzenia tkanek krocza oraz kanału rodnego pacjentki w momencie kontaktów seksualnych utrudnia wprowadzenie penisa i jego ruch w pochwie. Kobieta wówczas odczuwa wzmożone dolegliwości bólowe (w tej sytuacji zalecana jest np. wydłużona „gra wstępna", można również zastosować środki nawilżające pochwę, kremy, gałki dopochwowe, środki zawierające estrogeny – hormony nawilżają oraz uelastyczniają tkanki pochwy, poprawiają ukrwienie, a przede wszystkim podnoszą komfort współżycia partnerów).

Czas gojenia się rany musi być czasem wstrzemięźliwości seksualnej. U wielu kobiet występuje wówczas obniżona pobudliwość seksualna, zmniejszenie zainteresowania seksem, osłabienie, a u niektórych nawet występuje brak potrzeby współżycia przez dłuższy czas od porodu. Współżycie po nacięciu lub pęknięciu krocza należy rozpocząć po zagojeniu się rany. Kiedy kobieta obawia się bólu lub trudności z odbyciem stosunku, partnerzy powinni się powstrzymać od penetracji albo zmienić technikę lub pozycję podczas stosunku.

Założenie szwów na ranę krocza działa drażniąco oraz wpływa na usztywnienie tylnej ściany pochwy. Obszar ten wówczas jest bardziej narażony na odczuwanie dyskomfortu i bolesność. Podczas stosunków po porodzie powinno się wywierać nacisk tylko na przednią ścianę pochwy, nasadkę łechtaczki i przednie końce warg mniejszych. Zbyt wczesne rozpoczęcie współżycia wpływa na gojenie się krocza, powodując jego ponowne uszkodzenie oraz zwiększając dolegliwości bólowe. Współżycie seksualne utrudniają również odchody połogowe z pochwy. Z tego powodu kobiety odczuwają znaczny dyskomfort oraz obawę przed infekcją pochwy.

Wtórne uszkodzenie krocza

Następstwem nacięcia krocza bywa wtórne uszkodzenie krocza wskutek nieprawidłowego zszycia tkanek krocza naciętego, czyli przeszycia szwem zwieracza odbytu lub/i odbytnicy. Powodem tego jest często grubość przegrody odbytowo-pochwowej (5–6 mm). Pozostawienie szwu, który łączy odbytnicę z pochwą jest dużym czynnikiem ryzyka powstania przetoki odbytniczo-pochwowej oraz gorszej resorpcji szwów syntetycznych. Nie-

MPiP-05_2016.indd 30 26/05/16 18:34

EDUKACJA PACJENTKI NA TEMAT WSPÓŁŻYCIA W POŁOGU

W badaniach przeprowadzonych przez Adama Sipińskiego i wsp. wykazano bardzo niski poziom edukacji seksualnej pacjentek prowadzonej przez personel medyczny w czasie ciąży, na sali porodowej oraz oddziałach położniczych. Kobiety otrzymują informacje o współżyciu seksualnym głównie wtedy, kiedy same o nie poproszą. Problem współżycia w połogu powinien być omówiony z obojgiem partnerów. Warto uświadomić mężczyźnie, że musi być wyrozumiały dla swojej partnerki i podjąć współżycie, kiedy pozwoli na to jej stan fizyczny. Nie powinien namawiać i podejmować prób wcześniejszego kontaktu seksualnego z partnerką/żoną. Należy propagować porody rodzinne. Poród rodzinny daje pacjentce poczucie dowartościowania, poczucie bezpieczeństwa, pogłębia więź partnerską. Wadą porodu rodzinnego może stać się obawa o pogorszenie jakości współżycia seksualnego, choć na ogół okazuje się nieuzasadniona.

prawidłowe zszycie krocza naciętego jest przyczyną dodatkowego bólu i poczucia dyskomfortu intymnego u pacjentek. Nie uważa się tego za błąd lekarski. Jednak taka sytuacja nie powinna mieć miejsca.

Niekorzystne zmiany powodujące trudności w osiągnięciu orgazmu związane są również ze zmianami w piersiach, odczuciem luźniejszej pochwy, lękiem przed ciążą oraz ze zmęczeniem kobiety. Na poporodowe zmiany w pochwie zaleca się ćwiczenia Kegla – ćwiczenia mięśni dna miednicy. Można je stosować już w okresie połogu. Ćwiczenia te są bardzo dobrym, nieinwazyjnym sposobem na uzyskanie rozmiarów pochwy sprzed porodu po jej rozciągnięciu w trakcie rodzenia dziecka. Można również zastosować w tym celu bardziej radykalne metody: elektrostymulację mięśni pochwy lub w ostateczności operację plastyczną mięśni pochwy i krocza.

Uszkodzenia zwieraczy odbytu podczas porodu

Aparat odbytowo-odbytniczy człowieka zbudowany jest z kanału odbytu wraz z mięśniami zwieraczami odbytu i bańki odbytnicy. Umożliwia on defekację i kontrolę nad stolcem. Uszkodzenie zwieraczy odbytu w czasie porodu jest najczęstszą przyczyną nietrzymania gazów i stolca u kobiet. Przyczyną uszkodzenia mięśni zwieraczy odbytu jest rozciągnięcie lub przerwanie podczas porodu nerwów sromowych oraz nerwów dna miednicy. Proces ten powoduje odnerwienie mięśni zwieraczy, przez co osłabiona jest też ich kurczliwość. Do poporodowych uszkodzeń mięśni zwieraczy odbytu dochodzi również po prawidłowym porodzie i nawet do kilku lat po porodzie pozostają one bezobjawowe. Wzmożenie tych objawów następuje w czasie współżycia seksualnego. Stosunki płciowe powodują dolegliwości bólowe oraz dyskomfort u kobiety. Uszkodzenia zwieraczy odbytu mogą stanowić przyczynę inkotynencji u kobiet.

Okres połogu – powrót do współżycia

W czasie połogu zaleca się wstrzemięźliwość seksualną pacjentki przez pierwsze 6 tygodni po porodzie. Zmiany w narządzie rodnym, które powstały na skutek przechodzenia płodu przez kanał rodny uniemożliwiają rozpoczęcie współżycia. Należy je poprzedzić konsultacją u lekarza ginekologa. Nie wykazuje się żadnych różnic czasowych dotyczących rozpoczęcia współżycia przez

foto: DEPOSITPHOTOS

Czy wiesz, że…

- Okołoporodowe urazy krocza wpływają na dalszą prokreację rodzin.
- We współczesnym położnictwie nadużywa się rutynowo zabiegu nacięcia krocza.
- Okołoporodowe uszkodzenie tkanek krocza wpływa niekorzystnie na stan zdrowia pacjentki.
- Okołoporodowe urazy krocza obniżają jakość życia seksualnego.

MPiP-05_2016.indd 31 26/05/16 18:34

pierwiastkę i przez wieloródkę. Obie grupy kobiet najczęściej rozpoczynają współżycie seksualne do 12. tygodnia po porodzie. Częstość współżycia partnerów jest większa przed ciążą niż po porodzie. W okresie połogu, czyli rekonwalescencji kobiety do stanu sprzed ciąży, współżycie może być ograniczone lub występuje całkowity jego brak. Pożycie seksualne uwarunkowane jest stanem zdrowia kobiety, szczególnie wtedy, gdy podczas porodu doszło do uszkodzenia tkanek krocza. Krocze po porodzie jest obolałe, rozciągnięte, czasami również spuchnięte. Pęknięcia oraz nacięcie krocza wymagają interwencji lekarza ginekologa/położnej oraz założenia szwów. Otarcia, które powstają wskutek schodzenia płodu w kanale rodnym, goją się samoistnie. Również i w tym przypadku zalecana jest wstrzemięźliwość seksualna partnerów, w celu szybszego gojenia się rany bez ryzyka zakażeń i stanów zapalnych.

Decyzja o rozpoczęciu współżycia przez kobietę powinna należeć do lekarza ginekologa, który oceni prawidłowość zagojenia się rany. Zbyt wczesne współżycie może spowodować rozejście się rany w bliźnie, starcie zagojonej warstwy tkanki oraz duży ból. Konsekwencją wówczas będzie kolejny zabieg szycia tkanek, stan zapalny lub zakażenie rany. Proces ten wydłuży również powrót do współżycia płciowego. Odpowiednia higiena, regularne kontrole u lekarza ginekologa, stosowanie się do jego zaleceń umożliwią szybszą regenerację krocza, stworzą większe szanse na to, że doznania intymne kobiety będą takie, jak przed porodem.

Psychologiczne aspekty uszkodzenia krocza w czasie porodu

We współczesnym położnictwie temat uszkodzenia tkanek krocza (pęknięcie krocza, nacięcie krocza, mechaniczne uszkodzenie krocza) stał się bardzo istotny. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jest przeciwnikiem nadużywania rutynowego nacięcia krocza podczas porodu. Badania naukowe wykazują, że uszkodzenie krocza w czasie porodu negatywnie wpływa nie tylko na stan fizyczny pacjentki, życie seksualne, ale i również na stan psychiczny. Zaburzenia psychiczne występują częściej u pacjentek, które nie były poinformowane o nacięciu krocza lub zgodziły się na nie pod wpływem szoku lub namowy drugiej osoby. Do zaburzeń tego typu zaliczamy między innymi poczucie obniżonej atrakcyjności, niską samoocenę, poczucie wstrętu, obrzydzenia oraz zaburzenia depresyjne.

Zaburzenia psychiczne wpływają na stan zdrowia kobiety oraz na jej relacje z dzieckiem. Mogą one spowodować, że kobieta zapamięta poród jako wydarzenie traumatyczne i już nigdy nie będzie chciała go przeżyć kolejny raz. Z oceny holistycznej pacjentki obserwuje się poczucie wstydu, obrzydzenia, a nawet wstrętu. Do momentu zagojenia się ran pacjentki chcą same pielęgnować krocze. Wstydzą się kontaktu z płcią przeciwną. Często mają poczucie, że są nieatrakcyjne lub mniej atrakcyjne w porównaniu z czasem przed porodem. Niektóre pacjentki przejmują się też blizną, która zostaje po zagojeniu się rany. U pacjentek, u których nacięcie krocza wykonano w sytuacji nagłej bez ich zgody, może również wystąpić trauma psychiczna lub depresja poporodowa. Pacjentki w tym stanie nie są zdolne do dalszego pożycia seksualnego przez dłuższy okres.

Zaburzenie równowagi emocjonalnej może ograniczać kobietę w codziennym funkcjonowaniu. Nasilenie dolegliwości psychicznych może zmniejszać się proporcjonalnie wraz z upływem czasu od porodu lub pozostawić u pacjentki traumę do końca życia. W konsekwencji prowadzi to do ograniczenia prokreacji kobiet, zmniejszenia liczby dzieci w rodzinie oraz rzadszych kontaktów płciowych z partnerem lub do ich całkowitego braku. □

Piśmiennictwo u autorki.

PRAWO NA CO DZIEŃ

Istnieje Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece?

Jest to dokument ratyfikowany w 1981 roku przez zgromadzenie ogólne Światowej Organizacji Zdrowia. W Preambule Kodeksu czytamy m.in., że „Karmienie piersią jest niezastąpionym źródłem idealnego pożywienia, umożliwiającego wzrost i rozwój niemowlęcia: stanowi niezastąpioną biologiczną i emocjonalną podstawę zdrowia matki i dziecka: dzięki przeciwinfekcyjnym właściwościom mleka kobiecego pomaga chronić niemowlęta przed chorobami, istotnie wpływa na wydłużenie okresu między kolejnymi porodami. Zachęcanie do karmienia piersią i jego ochrona są ważnymi elementami zdrowia i wyżywienia, a także innych czynników koniecznych do promowania zdrowego rozwoju niemowląt i małych dzieci karmienie piersią jest ważnym aspektem podstawowej opieki zdrowotnej.

Jeżeli matki nie karmią piersią lub karmią tylko częściowo, wówczas uzasadnione jest istnienie rynku mieszanek i ich składników (…), marketing lub dystrybucja tych produktów nie powinny kolidować z ochroną i promocją karmienia piersią".

W Kodeksie znajdziecie więc zalecenia związane z ograniczeniami marketingu mieszanek mlecznych dla niemowląt. Warto wiedzieć, że zabrania on praktycznie wszystkich form reklamy i marketingu substytutów mleka, w szczególności reklamy prowadzonej na terenie placówek ochrony zdrowia. Określa także zasady kontaktów producentów mleka z personelem medycznym oraz kwestię oznaczeń wymaganych na tego typu produktach.

Przepisy Kodeksu zabraniają firmom m.in.: nawiązywania bezpośrednich kontaktów pomiędzy przedstawicielami handlowymi a personelem medycznym oraz matkami i kobietami w ciąży; rozdawania bezpłatnych próbek mleka w szpitalach i innych obiektach publicznej ochrony zdrowia; reklamowania produktów spożywczych przeznaczonych dla niemowląt poniżej 6. miesiąca życia oraz smoczków, butelek itd.; rozdawania firmowych prezentów rodzicom oraz pracownikom służby zdrowia; idealizowania opakowań oraz używania na etykietach wizerunków matek i dzieci. Ciężar monitorowania naruszeń przepisów Kodeksu wzięły na siebie głównie organizacje pozarządowe. Jako pierwsza powstała w USA w 1979 r. „International Baby Food Action Network", a po niej „Baby Milk Action" w Wielkiej Brytanii oraz „Baby Nahrung" w Niemczech. Na stronach internetowych tych organizacji można znaleźć szczegółowe raporty dotyczące przestrzegania przepisów Kodeksu przez różne firmy na całym świecie.

Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece znajdziecie Państwo na stronie www.federacja-konsumentow.org.pl

MPiP-05_2016.indd 32 26/05/16 18:34

Położna na medal

Wybieramy najlepszą Położną w Polsce!

Kampania społeczno-edukacyjna i konkurs Położna na medal | III edycja

Zgłoś swoją Położną do konkursu
od 1 kwietnia do 31 lipca 2016 r.

AKADEMIA MALUCHA ALANTAN
Organizator

poloznanamedal2016.pl

Regulamin akcji dostępny na www.poloznanamedal2016.pl/regulamin

Partnerzy merytoryczni

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Patronat Honorowy Prezesa NRPiP

Fundacja Rodzić po Ludzku

dobrze urodzeni

Mecenas

ALANTAN PLUS®
(Allantoinum + Dexpanthenolum)

Główny patronat medialny

Mmama jak EKSPERCKI MIESIĘCZNIK O MACIERZYŃSTWIE

ŻEL POŁOŻNICZY

Naturalnie i...
...łagodnie

SWISS QUALITY
PREMIUM PRODUCT

ułatwia przebieg porodu naturalnego, tworząc warstwę poślizgową w kanale rodnym skraca czas trwania porodu, a także **ochrania płód** oraz pochwę, dno miednicy i narządy rodne matki **zmniejsza ryzyko** urazów u dziecka i matki wspomaga **odbudowę flory** bakteryjnej w pochwie rekomendowany przez **Polskie Towarzystwo Położnych** od 2012 roku nie zawiera żadnych substancji czynnych **ani składników hormonalnych**

infolinia 887 118 118 www.**natalispolska.**pl

NR 1 w Polsce

rekomendowana cena dystrybutora 187,00

ŻEL POŁOŻNICZY NATALIS™ 1
Kategoria dostępności: WYRÓB MEDYCZNY

Skład: hydroksyetyloceluloza, glikol propylenowy, glicerol, woda, guma ksantanowa (polisacharyd), chlorek sodu. **Wskazówki dotyczące stosowania:** Żel położniczy Natalis™ 1 jest produktem sterylnym i w początkowej fazie porodu lekarz lub położna nakładają go poniżej szyjki macicy za pomocą miękkiego aplikatora dopochwowego. Żel natychmiast tworzy warstwę poślizgową na ściankach kanału rodnego. Działanie produktu jest wyłącznie fizyczne; nie zawiera on żadnych substancji czynnych ani składników hormonalnych. **Wielkość opakowania:** Żel położniczy Natalis™ 1 zawiera 1 ampułkę z żelem o pojemności 15 ml oraz aplikator w oddzielnym sterylnym opakowaniu.

Dla Czytelników MPiP promocja do 30 SIERPNIA 2016 r.
2+1 żel GRATIS! Szczegółowe informacje tel. **887 118 118**

MPiP-05_2016.indd 33 26/05/16 18:34

foto: DEPOSITPHOTOS

Lek z banku mleka kobiecego

Banki mleka powinny być nieodłącznym elementem systemu opieki nad matką i dzieckiem, szczególnie jeśli noworodek wymaga długotrwałego leczenia lub z innych powodów karmienie piersią przez biologiczną matkę jest utrudnione.

mgr BARBARA BROERS
położna, edukator ds. laktacji, Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

Powstawanie banków mleka kobiecego jest rozwiązaniem, które we współczesnych czasach umożliwia pomoc przedwcześnie urodzonym noworodkom, dostającym ten drogocenny pokarm jako „lek" na start w życiu pozamacicznym. Banki mleka w Polsce zaczynają być nieodłącznym elementem systemu opieki nad matką i dzieckiem, szczególnie jeśli noworodek wymaga długotrwałego leczenia lub z innych powodów karmienie piersią przez biologiczną matkę jest utrudnione.

W pierwszej połowie XX wieku zostały powszechnie uznane odżywcze właściwości siary i jej lekkostrawność. Paul Ehrlich w 1892 roku udowodnił, że odporność jest przekazywana niemowlęciu w mleku matki. Pierwszy bank mleka w Europie powstał w Wiedniu już w 1909 r. W okresie międzywojennym zakładano w Polsce laktaria, gdzie gromadzono mleko kobiet chcących je oddawać lub sprzedawać (zbiornice mleka kobiecego). Pierwsze laktarium w Polsce przy Łódzkiej Kropli Mleka założyła dr Frenkel. Po II wojnie światowej w Polsce przy szpitalnych oddziałach noworodkowych powstawały zbiornice mleka kobiecego. Większość |z nich zakończyła niestety działalność w latach 70. XX wieku.

Obecnie banki mleka działające w Europie skupione są w Europejskim Stowarzyszeniu Banków Mleka. Jest to ponad dwieście rozwijających się dynamicznie placówek. W większości przypadków działają w rekomendowanych ośrodkach neonatologicznych, natomiast współpracują nie tylko z danym oddziałem, ale z szerszym gronem odbiorców – szpitalami. Bywa, że z banku mleka mogą też skorzystać osoby niebędące pacjentami, np. dzieci, które już zostały wypisane, ale nadal potrzebują mleka z banku.

Gromadzenie mleka w jednym miejscu, na wzór punktów krwiodawstwa, od honorowych dawczyń mleka, które chciałyby się swoim mlekiem dzielić, ułatwia dystrybuowanie go do innych szpitali dla potrzebujących wcześniaków, chorych noworodków.

Kalendarium

- **20.05.2009 r.** powstaje w Polsce Fundacja Banku Mleka Kobiecego, której prezesem jest dr n. biol. Aleksandra Wesołowska. W 2011 r. Fundacja przystępuje do Europejskiego Stowarzyszenia Banków Mleka Kobiecego (ang. European Milk Banking Association, EMBA). To organizacja non profit i zrzesza banki w całej Europie. Dzięki własnym badaniom, współpracy z wieloma międzynarodowymi ekspertami stowarzyszenie dysponuje bezcenną wiedzą oraz dostępem do najnowszych technologii, które umożliwiają badania nad mlekiem kobiecym.
- **Pierwszy bank mleka, jako pilotażowa placówka, został otwarty 28 marca 2012 r.** na mocy umowy partnerskiej między Fundacją Bank Mleka Kobiecego a Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie. W ramach pilotażowego programu „Mamy mleko dla wcześniaka" realizowanego w SPSK im. Orłowskiego, bezpieczny pokarm kobiecy mogą otrzymywać najmłodsi, urodzeni przedwcześnie pacjenci tego szpitala, których mamy nie mogą samodzielnie karmić. W tym banku mleka także dawczynie pokarmu są pacjentkami szpitala.
- **28.05.2013 r.** – w Toruniu zostaje otwarty pierwszy regionalny bank mleka kobiecego.
- **14.01.2015 r.** – otwarcie placówki banku mleka kobiecego w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny przy ul. Madalińskiego w Warszawie. To drugi regionalny bank mleka w Polsce działający pod patronatem Fundacji BMK.

MPiP-05_2016.indd 34 26/05/16 18:34

■ **21.06.2012 r.** – otwarcie banku mleka w Rudzie Śląskiej (nie jest on objęty patronatem Fundacji Bank Mleka Kobiecego).

■ **Koniec roku 2015 r.** – rozpoczyna swoją działalność bank mleka w Opolu.

Aktualnie w Polsce mamy 4 aktywnie działające banki mleka kobiecego, w najbliższym czasie planowane są następne otwarcia we Wrocławiu oraz w Krakowie.

Optymalnym rozwiązaniem jest rozwinięcie sieci banków mleka w Polsce z jedną regionalną placówką w każdym województwie. Banki mleka w Polsce funkcjonują na zasadach zapożyczonych z zagranicy, z uwzględnieniem rozwiązań wypracowanych w modelowych placówkach działających w Warszawie i Toruniu. Wciąż jednak brakuje regulacji prawnych, które by sytuowały bank mleka jako element opieki nad matką i dzieckiem i zapewniały nieograniczony dostęp do mleka z banku potrzebującym pacjentom.

Współczesny bank mleka kobiecego to nowoczesne laboratorium. Zastosowanie najnowszej na rynku aparatury wspomagającej odciąganie pokarmu umożliwia w sposób profesjonalny podtrzymanie oraz stymulację laktacji, a nadwyżka drogocennej siary lub mleka przyjmowana jest jako lek. Dawczynią może zostać zdrowa, niemająca nałogów mama, karmiąca swoje dziecko naturalnie, która chce podzielić się nadmiarem swojego mleka. Aby zostać dawczynią, trzeba skontaktować się z pracownikiem banku mleka w celu wstępnej kwalifikacji. Potencjalne dawczynie mleka udzielają wywiadu epidemiologicznego na temat przebytych chorób i trybu życia oraz są kierowane na badania krwi (powtarzane co 3 miesiące) w kierunku zakażenia wirusem HIV, żółtaczką typu B i C, kiłą. Zanim jednak pokarm od dawczyni trafi do dziecka, poddawany jest procesom pasteryzacyjnym.

Karmienie dziecka mlekiem innej kobiety wiąże się z pewnym ryzykiem. Jego wyeliminowanie nie jest możliwe bez badań pokarmu oraz kontroli statusu serologicznego dawczyń. Bezpieczeństwo gwarantują rygorystyczne procedury pozyskiwania, przetwarzania, przechowywania oraz podawania. Pozyskiwane mleko poddane jest tzw. pasteryzacji Holtera, która trwa 30 minut i przebiega w temperaturze 62,5°C. Tak przygotowany pokarm może być przechowywany w temperaturze –20°C do 3 miesięcy. Po rozmrożeniu mleko jest dzielone na porcje i musi być zużyte w ciągu 24 godzin. Na każdym etapie (pobranie, obróbka, porcjowanie) mleko jest katalogowane – za każdą porcją „idzie" jego skrupulatnie opisana historia.

Założeniem funkcjonowania banku mleka kobiecego jest nieodpłatne (na zasadzie wolontariatu) oddawanie mleka przez matki–dawczynie (19 maja obchodzimy Dzień Honorowej Dawczyni). Nie przewiduje się w Polsce gratyfikacji pieniężnych za przekazanie mleka do banku. Natomiast mamy–dawczynie i ich dzieci są objęte bezpłatnym poradnictwem laktacyjnym, edukacją prozdrowotną, otrzymują także wszelkie akcesoria niezbędne do odciągania i przechowywania pokarmu.

Funkcjonowanie banków mleka w Polsce wiąże się z określonymi kosztami (badania matek, badanie mleka, proces bezpiecznego przechowywania pokarmu, praca personelu itp.). Nie jest to obecnie świadczenie finansowane przez NFZ. Jednak na razie nieodpłatne przekazywanie lub obniżanie kosztów przechowywania mleka w banku jest możliwe tylko wtedy, gdy uda się pozyskać dodatkowe środki na działalność banku (programy naukowe, zdrowotne). Pacjentom przebywającym w szpitalu, na którego terenie działa taki bank, mleko z niego jest podawane bezpłatnie. Przekazywanie go innym placówkom następuje na podstawie zawartych umów, w których określone są zasady współpracy i koszty pokarmu. W całej Europie 100 ml mleka kosztuje ok. 20–30 zł.

Mleko z banku mleka kobiecego jest pierwszą, zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF), alternatywą wobec mleka biologicznej matki w sytuacji jego niedoboru lub braku. Jak wskazują dane pochodzące z najlepszych światowych ośrodków badawczych, podanie kobiecego pokarmu chroni wcześniaki przed zagrażającymi ich życiu chorobami, takimi jak martwicze zapalenie jelit i sepsa, skraca czas hospitalizacji oraz umożliwia wcześniejsze żywienie enteralne. Doświadczenia rozwijających się krajów europejskich wskazują, że działalność banków mleka jest elementem promocji karmienia piersią wśród mam wcześniaków, które wymagają szczególnego wsparcia w procesie laktacji. □

Piśmiennictwo u autorki.

REKOMENDACJE

Gromadzenie mleka w banku gwarantuje wykorzystanie jego nadwyżek z korzyścią dla potrzebujących dzieci, wśród których większość to wcześniaki i noworodki chore. Pozostaje to w zgodzie ze wskazaniami AAP (ang. American Academy of Pediatrics, 2012) oraz wspólną Rezolucją WHO i UNICEF, zgodnie z którą: „Mleko kobiece pochodzące z profesjonalnego banku mleka jest drugim po mleku własnej matki pokarmem z wyboru do stosowania u noworodków i niemowląt" (WHO & UNICEF Join Statement, 1980) oraz stanowiskiem ESPGHAN (Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia) z 2014 r.

foto: ARCHIWUM REDAKCJI

MPiP-05_2016.indd 35 26/05/16 18:34

Termometr

Czy wiesz, że został wynaleziony w XVIII w. przez fizyka i inżyniera urodzonego w Gdańsku? Do tego czasu zdawano się na swoje zmysły i ogólne stwierdzenia, np. że coś jest ciepłe lub zimne.

mgr piel. ANETA TRZCIŃSKA
Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Pierwsze urządzenie zwane termoskopem zostało skonstruowane przez **Filona z Bizancjum**, który żył i działał w drugiej połowie III wieku p.n.e. Był greckim pisarzem i inżynierem, autorem „Mechanika syntaxis" – czterotomowego dzieła o mechanice. Filon wynalazł także katapultę, regulator poziomu oleju w lampie, przegub krzyżowy, kuszę, koło wodne, iniektor parowy, automaty dozujące, kubełkowy podnośnik wody typu pater noster. Jest twórcą listy siedmiu cudów starożytnego świata. Filonowi przypisuje się także wynalezienie termoskopu, którego budowę opisał w 210 r. p.n.e. Był to przyrząd pozwalający na określenie różnicy temperatur ciał, którego zasada działania opierała się na wykorzystaniu zjawiska rozszerzalności cieplnej gazów. Urządzenie składało się z jednostronnie zasklepionej rurki, której otwarty koniec zanurzony był w naczyniu napełnionym winem lub octem. Przyrząd ten nie posiadał żadnej skali, a jedynie dwie ruchome obrączki na rurce umożliwiające zaznaczenie zmian temperatury. Swój wkład w wynalezienie pierwszych prototypów termometru wniósł także Heron z Aleksandrii.

Do idei termoskopu w czasach nowożytnych powrócił urodzony we włoskiej Pizie **Galileusz** – astronom, astrolog, matematyk, filozof i prekursor nowożytnej fizyki.

foto: http://eksperymentuj.pl

Termometr Galileusza

Galileusz w latach 1592–1603 skonstruował termoskop. Składał się on ze szklanego cylindra wypełnionego cieczą, której gęstość wzrastała i malała wraz ze zmianami temperatury. Wewnątrz cylindra znajdowało się kilka szklanych pojemników wypełnionych kolorową cieczą. Podczepione do nich etykiety wskazywały temperaturę. Kiedy przyrząd był w stanie równowagi termodynamicznej z otoczeniem, można było odczytać temperaturę przez obserwację liczby pływających pojemników. Jeśli w otoczeniu panowała bardzo niska temperatura, ciecz w cylindrze stawała się gęstsza i wszystkie pojemniki pływały. Natomiast gdy temperatura była wysoka, pojemniki tonęły.

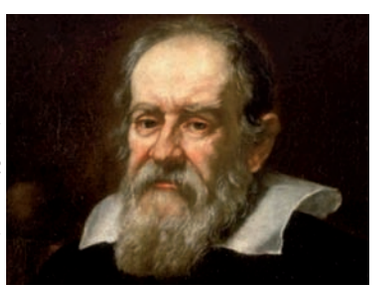


foto: http://niewiarygodne.pl

Galileusz

Termoskop Galileusza posiadał skalę, jednak nie zachowała się o niej żadna informacja. Termoskop Galileusza miał zasadniczą wadę – reagował nie tylko na zmiany temperatury, lecz także na zmiany ciśnienia atmosferycznego. Wadę tę wyeliminował książę toskański Ferdynand II w 1644 roku. Odizolował on rurkę od otaczającego powietrza, dzięki czemu znajdująca się w niej ciecz przestała reagować na wahania ciśnienia.

Na początku XVII wieku włoski lekarz, wynalazca, fizyk, profesor na Uniwersytecie w Padwie, **Santorio Santorio** skonstruował pierwszy termometr lekarski, którego opis podał w swoim dziele opublikowanym w 1612 roku. Była to bańka wypełniona powietrzem i zakończona długą otwartą rurką, której koniec zanurzano w wodzie po ogrzaniu bańki. Poziom wody w rurce po ostygnięciu wskazywał temperaturę. Wynalazł ponadto urządzenia do pomiaru pulsu oraz usuwania kamieni z pęcherza, a także łóżko wodne. Swoje wynalazki stosował w praktyce medycznej. Za pomocą skonstruowanej przez siebie wagi przez trzydzieści lat regularnie ważył siebie oraz wszystko, co jadł lub wydalał. Na podstawie tych doświadczeń sfomułował pojęcie „niedostrzegalnego oddychania", mające wyjaśnić różnicę mas. Stworzył tym podstawy nauki o metabolizmie.

foto: http://alchetron.com

Santorio Santorio

Za wynalazcę właściwego termometru uważa się jednak urodzonego w 1686 roku w Gdańsku (w wyniku rodzinnej tragedii rzuconego przez los do Holandii) **Daniela Gabriela Fahrenheita** – holenderskiego inżyniera i fizyka. Idea termometru Fahrenheita nie różni się zbytnio od pomysłu Galileusza. I tutaj mamy zbiorniczek z cieczą i cieniutką rurkę, w której poziom cieczy podnosi się lub opada, przez co widać minimalne nawet zmiany objętości cieczy w zbiorniczku. Tym razem jest to jednak układ zamknięty, przez co niewrażliwy na ciśnienie atmosferyczne. Jako ciecz wskazującą temperaturę wybrał Fahrenheit rtęć. Nie wiadomo dokładnie, kiedy skonstruował swój przyrząd, wiadomo tylko, że działo się to w początkach XVIII w.

Aparat tego typu nie jest jednak zbyt użyteczny, jeśli nie określimy dla pokazywanych przez niego zmian temperatury pewnej stałej skali. Taką właśnie skalę opracował Fahrenheit i ogłosił ją w 1715 r. Jej autor bazował na temperaturach o stopni – określanej za pomocą ciepłoty mieszaniny lodu i salmiaku oraz 100 stopni, które odpowiadać miały temperaturze ciała jego chorej żony. Na punkt zerowy skali wyznaczył on najniższą temperaturę zimy zanotowaną w 1708/1709 r. w Gdańsku (jego rodzinnym mieście). 100° miało być temperaturą jego ciała, ale na skutek błędów (miał wtedy stan podgorącz-

MPiP-05_2016.indd 36 26/05/16 18:34

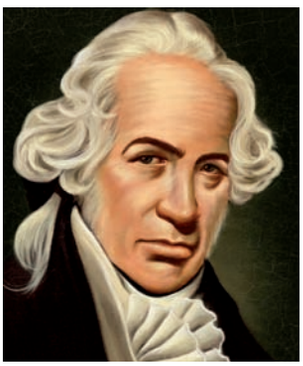


foto: https://ogarnijogarna.wordpress.com

Daniel Gabriel Fahrenheit

foto: http://e-termometry.com

foto: http://www.zdiz.gda.pl

Kolumna Fahrenheita w Gdańsku

kowy) skala „przesunęła się" i 100°F oznaczało 37,8°C. W końcu punktami charakterystycznymi skali stały się: temperatura mieszaniny wody i lodu z salmiakiem lub solą (punkt zerowy skali) oraz temperatura mieszaniny wody z lodem, której temperaturę określił Fahrenheit na 32 stopnie w swojej skali. Takie punkty skali Fahrenheita pojawiły się w 1724 r.

Skala Fahrenheita stała się na tyle uniwersalna, że zaczęto ją stosować powszechnie. Do codziennego użytku weszły również rtęciowe termometry konstrukcji gdańszczanina. Na termometrze rtęciowym skala Fahrenheita jest liniowa ze względu na stały współczynnik rozszerzalności rtęci. Obecnie skala Fahrenheita stosowana jest przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, w innych krajach częściej stosuje się skalę Celsjusza.

W 1742 r. **Anders Celsius**, szwedzki astronom zaproponował inną skalę opartą na zachowaniu się wody, gdzie 0 stopni to temperatura przechodzenia wody z fazy stałej w ciekłą, a 100 stopni to temperatura jej wrzenia.

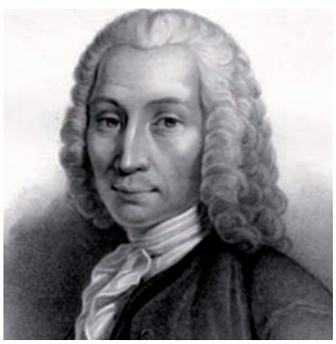


foto: hhttp://www.uu.se/en

Anders Celsius

Przelicznik skal:

[°C] = 5/9 × ([°F] – 32); [°F] = 32 + 9/5 × [°C]

RODZAJE TERMOMETRÓW ZE WZGLĘDU NA ZASADĘ DZIAŁANIA

- **Termometr cieczowy** – wykorzystuje zjawisko rozszerzalności cieplnej cieczy (przeważnie rtęci albo alkoholu): termometr rtęciowy – dla temperatur od –38°C (temp. topnienia rtęci) do +356°C (temp. wrzenia rtęci); termometr alkoholowy – dla temperatur od –70°C do +120°C; np. termometr pokojowy.
- **Termometr gazowy** – czynnikiem roboczym jest gaz, mierzy się parametry gazu, np. objętość, przy stałym ciśnieniu lub ciśnienie przy stałej objętości.
- **Termometr parowy** – wykorzystuje zależność ciśnienia pary nasyconej od temperatury, stosowany w termostatach, np. samochodowych.
- **Termometr oporowy** – wykorzystuje zjawisko zmiany oporu elektrycznego przy zmianie temperatury, stosowanym czynnikiem jest platyna, brąz, półprzewodniki, specjalne stopy. Konstrukcja i zastosowane materiały umożliwiają stosowanie termometrów w miejscach pomiaru, gdzie występują wstrząsy, media agresywne i temperatura do 300°C w zależności od materiału, z którego dany termometr został wykonany.
- **Termopara** – wykorzystuje zjawisko termoelektryczne.
- **Termometr magnetyczny (paramagnetyczny)** – do pomiaru temperatur mniejszych niż 1 Kelwin.

foto: DEPOSITPHOTOS

TERMOMETR RTĘCIOWY

W wielu domach zachowały się jeszcze lekarskie termometry rtęciowe, barometry, manometry, sfigmomanometry… Zgodnie z Rozporządzeniem Komisji UE nr 847/2012 z dnia 19 września 2012 r. obowiązuje zakaz wprowadzania do obrotu termometrów lekarskich oraz urządzeń pomiarowych przeznaczonych do powszechnej sprzedaży zawierających rtęć. Rtęć zawarta w termometrach rtęciowych jest toksyczna, więc w przypadku stłuczenia termometru należy zabezpieczyć miejsce przed dziećmi i zwierzętami domowymi, aby uniknąć roznoszenia resztek rtęci. Kawałki upadającego na podłogę termometru mogą się rozprysnąć na odległość kilku metrów. Nie wolno używać do sprzątania rtęci odkurzacza! Ręce należy zabezpieczyć gumowymi rękawiczkami i za pomocą wilgotnych ręczników papierowych usunąć rtęć. Ręczniki oraz rękawiczki należy zabezpieczyć, umieszczając je w szczelnym opakowaniu foliowym i na koniec dodatkowo zabezpieczyć taśmą klejącą. Tak zabezpieczone odpady oddajemy do lokalnego punktu zbierania niebezpiecznych odpadów.

foto: DEPOSITPHOTOS

MPiP-05_2016.indd 37 26/05/16 18:34

Jadwiga Romanowska

Współzałożycielka Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, ostatnia dyrektorka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Przeprowadziła ją przez najtrudniejszy okres okupacji, Powstania Warszawskiego i początki reżimu komunistycznego. Zaangażowana w działalność Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Postać spiżowa? Nie, kobieta z „krwi i kości".

mgr piel. KRYSTYNA WOLSKA-LIPIEC
przewodnicząca Głównej Komisji Historycznej,
Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego przy ZG PTP

Jadwiga Romanowska we wspomnieniach uczennic była źródłem spokoju i opanowania, przykładem odwagi, patriotyzmu i bezinteresowności. Zdjęcia powyżej pochodzą z archiwum Koła Absolwentek WSP.

Czytając życiorys Jadwigi Romanowskiej, wyobrażamy sobie zazwyczaj postać spiżową, niezłomną, tak niezwykłą, że aż nierealną. Tymczasem w rodzinnych przekazach żyje jako ciocia Jaga, babcia Jaga. Dowcipna, na poczekaniu układająca kupleciki, pojawiająca się jak dobry duch w sytuacjach wymagających pomocy, życzliwa, wzór dobrych obyczajów i wszelakich cnót, choć… nie umiała i nie lubiła gotować. Jadwiga Romanowska to kobieta z przysłowiowej „krwi i kości", dla której praca nad kształtowaniem osobowości nie była jedynie teorią w procesie stawania się dobrą pielęgniarką. Była jej urzeczywistnieniem.

Jadwiga urodziła się 9.10.1895 r. w Linderówce pod Podhajcami…

w rodzinie ziemiańskiej. Wykształcenie średnie uzyskała w szkole prowadzonej przez zgromadzenie ss. Niepokalanek w Niżniowie. Najpiękniejsze lata młodości przypadły na czas wojny. Stale rosnąca liczba rannych i osób potrzebujących pomocy skłoniły ją do podjęcia decyzji, która miała ogromny wpływ na jej dalsze losy. W 1920 roku zgłosiła się jako ochotniczka do pracy w pociągu sanitarnym. Doświadczenia, które zdobywała każdego dnia rozbudziły w niej potrzebę profesjonalnego przygotowania się do zawodu. Wiadomość o powstającej Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa (WSP) przyjęła więc z radością i wstąpiła do niej jako jedna z pierwszych uczennic – był to rok 1921. Dojrzałość i doświadczenia z pracy z chorymi pomogły jej www rozwoju. Szybko dała się poznać jako dobra organizatorka, poszukująca nowych metod pielęgnowania, zainteresowana rodzącą się specjalnością – pielęgniarstwem społecznym.

Po otrzymaniu dyplomu…

w 1924 roku opuściła Warszawę, by rozpocząć nowatorską pracę w wiejskiej Poradni dla Matki i Dziecka na Śląsku Cieszyńskim, a następnie we Lwowie. Przez cały czas utrzymywała kontakt z dyrekcją i koleżankami z WSP. Widziała potrzebę utworzenia forum dla dzielenia się doświadczeniami, pomysłami oraz wspierania się w sytuacjach trudnych. Była współzałożycielką Koła Absolwentek WSP i Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ). Po dwu latach pracy, dzięki dyrektorce WSP Helen Bridge, otrzymała stypendium Fundacji Rockefellera. Podjęła dwuletnie studia podyplomowe za granicą. Zapoznała się z system kształcenia pielęgniarek oraz ich pracą w różnych placówkach opieki zdrowotnej we Francji, Belgii, Austrii i w Anglii. Odbyła również szkolenie w zakresie położnictwa i uzyskała specjalizację. Do kraju powróciła w 1928 roku i przyjęła pracę instruktorki pielęgniarek i położnych w powiecie skierniewickim. W 1929 r. otrzymała propozycję objęcia stanowiska asystentki dyrektorki Szkoły. Pozostała na tym stanowisku do 1933 r., w którym to objęła kierownictwo referatu higieny szkolnej w Wydziale Zdrowia Zarządu Miejskiego m.st. Warszawy. Wiele energii wkładała w promowanie profilaktyki. Była przykładem osoby identyfikującej się z zawodem. Działała społecznie na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek, pełniła obowiązki przewodniczącej i wiceprzewodniczącej PSPZ, organizowała na terenie szkoły zjazdy krajowe. Reprezentowała Stowarzyszenie na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Montrealu w 1929 roku. Śledziła przemiany dokonujące się w pielęgniarstwie, szczególnie w zakresie pielęgniarstwa społecznego. W tym celu wyjechała na kolejne stypendium naukowe do Belgii, Francji i Norwegii. Swoimi doświadczeniami dzieliła się na łamach miesięcznika „Pielęgniarka Polska".

W 1936 r. Zofia Szlenkierówna zaproponowała Jadwidze przejęcie kierownictwa Szkołą. W tym czasie WSP przeżywała swój rozkwit, cieszyła się bardzo dobrą opinią, a jej absolwentki zasłużonym szacunkiem. Nowa dyrek-

MPiP-05_2016.indd 38 26/05/16 18:34

torka kontynuowała przyjęte przez poprzedniczki zasady kształcenia i wychowywania do zawodu, unowocześniając metody nauczania. Zwracała uwagę na znaczenie stałej pracy nad doskonaleniem charakteru.

Wybuch II wojny światowej…

zmusił ją do podjęcia bardzo trudnych decyzji, w tym do przyspieszenia rozdania dyplomów i skierowania części absolwentek do służby medycznej, wojennej, zwiększenia częstotliwości naboru kandydatek do szkoły. Argumentem była potrzeba przygotowania jak największej liczby pielęgniarek, ale również obrona młodych kobiet przed wywózką na roboty do Niemiec. Bardzo poważnym posunięciem było również zaproponowanie władzom zorganizowania szpitala wojskowego na terenie szkoły. Z przyczyn strategicznych pojawiła się jednak propozycja utworzenia szpitala w Szkole Zofii Wołowskiej, sąsiadującej z WSP. Uruchomiła go bardzo sprawnie i przystąpiła do pracy z uczennicami i personelem. W wyniku walk szpital został jednak spalony już 30 września 1939 r. W tym czasie uległ też zniszczeniu Szpital Dzieciątka Jezus.

Romanowska natychmiast podjęła decyzję o ewakuacji chorych do budynku WSP i wprowadzeniu do pomieszczeń szkolnego internatu dwu klinik uniwersyteckich ze zniszczonego szpitala. Ta decyzja uchroniła budynek przed przejęciem go przez okupanta. Mimo trudnych i niebezpiecznych warunków nauka w szkole była kontynuowana. Wkrótce władze niemieckie zlikwidowały Szkołę Pielęgniarstwa PCK przy ul. Smolnej 6. Romanowska znów bez wahania przyjęła personel i uczennice jako filię WSP. Szkoła została włączona w działalność konspiracyjną, w plany sanitarnej akcji podziemnej.

Po upadku powstania…

mieszkańcy Warszawy zmuszeni zostali do opuszczenia miasta. Następuje ewakuacja Szkoły do obozu w Piastowie. Dyrektorka i tym razem okazuje niezwykłe zdolności dyplomacji, przewidywania, organizacji i tempa działania. Uzyskuje zezwolenie władz na ewakuację rannych i przydział sześciu ciężarówek z przyczepami do transportu sprzętu i zapasów znajdujących się w budynku. Niemcy zorientowali się, jaki cel ma owa akcja, już po opuszczeniu Warszawy przez konwój. Zaskoczeni i wściekli grozili rozstrzelaniem urzędników, ale ewakuacja się powiodła. Romanowska wraz z pracownikami, uczennicami i chorymi dotarła do obozu, który znajdował się w fabryce akumulatorów „Tudor" w Piastowie. Włączyła uczennice do pracy służb medycznych w części fabryki zamienionej na szpital. Próbowała zorganizować szkołę. Niestety Niemcy nie wyrazili na to zgody. Tymczasem Rada Główna Opiekuńcza w Krakowie przygotowała dla niej kolejne wyzwanie – poprowadzenie w Czarnym Dunajcu Domu dla Dzieci Słabowitych. W większości były to dzieci osierocone podczas wojny, pochodzące z Warszawy i Zamojszczyzny. Jadwiga Romanowska podjęła to zadanie, zabierając z sobą część uczennic i personelu. Nastąpiło kolejne pakowanie, obrona majątku szkoły i bardzo ryzykowny transport mienia samochodami, pociągiem towarowym, a wreszcie furmankami góralskimi. Nie obyło się bez dramatycznych wydarzeń. Pociąg, którym wyruszyła nasza ekipa, był niemieckim pociągiem towarowym przeznaczonym przez partyzantów do wysadzenia. O doczepionych wagonach z pasażerami polskimi zostali powiadomieni w ostatniej chwili. Kolejną przeszkodą w dotarciu do miejsca przeznaczenia było wysadzenie mostu na trasie Chabówka – Nowy Targ. W tej sytuacji transport dzieci odbywał się saniami.

Dom w Czarnym Dunajcu okazał się zdewastowaną willą, pozbawioną wody, kanalizacji i urządzeń sanitarnych. Dzieci były brudne, zawszone, wynędzniałe. Brakowało ubrań, pościeli i środków higienicznych. Początkowo dodatkową przeszkodą był brak akceptacji ze strony miejscowych. Dzięki tamtejszym duchownym i ukrywającym się w górach partyzantom atmosfera wokół Domu zaczęła się poprawiać. Górale coraz częściej pojawiali się z darami, dzielili się skromnymi zapasami żywności, pomagali w pracach remontowych. Personel Domu świadczył pomoc medyczną. Powoli pogłębiało się wzajemne zaufanie. Wojna dobiegała końca. Coraz więcej rodzin poszukiwało i odnajdywało swoje dzieci. Dom powoli pustoszał, a dyrektorka nie przestawała planować kształcenia pielęgniarek.

Wróciła do Warszawy…

z nadzieją na reaktywowanie szkoły. Niestety czekało ją rozczarowanie. Budynek przejęło wojsko, został w nim zorganizowany szpital. Świadoma potrzeb społeczeństwa w zakresie opieki zdrowotnej i braków kadr zgłosiła Ministrowi Zdrowia propozycję zorganizowania szkoły przy Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Dzięki ogromnej aktywności Romanowskiej, zaangażowaniu personelu WSP i życzliwości władz uczelni szkoła została otwarta we wrześniu 1945 r.. Akademia umożliwiła jej współpracę z oddziałami klinicznymi, które stały się bazą szkolenia praktycznego. Dyrektorka od początku narzuciła surowe wymagania i wysoki poziom nauczania. Szkoła rozwijała się, realizowała trzyletni program szkół pielęgniarsko-położniczych. W krótkim czasie zdobyła szacunek profesorów. Międzynarodowy Czerwony Krzyż, w uznaniu zasług i ofiarności, przyznał Jadwidze Romanowskiej w dniu 12 maja 1947 r. medal im. Florence Nightingale.

Dyrektorka mimo niezwykłych dokonań, zasług dla kraju i pielęgniarstwa była osobą niewygodną dla ówczesnej władzy. W 1950 r. została zwolniona ze stanowiska i zmuszona do opuszczenia Wybrzeża. Szkoła zakończyła swoją działalność, a jej niestrudzona dyrektorka do końca życia nie otrzymała pracy zgodnej z jej kwalifikacjami. W latach 1950–1956 pracowała jako szeregowa pielęgniarka w Ciechocinku. Po przewrocie gomułkowskim powróciła do Gdańska. Została zrehabilitowana politycznie i odznaczona przez Radę Państwa Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. Zamierzała podjąć pracę pielęgniarki w Szpitalu Reumatologicznym w Sopocie. Choroba serca zmusiła ją jednak do przejścia na emeryturę. Nie porzuciła pielęgniarstwa. Działała z pasją na rzecz środowiska zawodowego w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim. Przewodniczyła kołu PTP w Sopocie i Komisji Historycznej. Odeszła na zawsze w lipcu 1964 r., została pochowana na cmentarzu w Gdańsku na Srebrzysku, żegnana przez delegacje pielęgniarek z całego kraju. Kilka szkół przyjęło jej imię. □

Jadwiga Romanowska odznaczona medalem im. Florence Nightingale.

MPiP-05_2016.indd 39 26/05/16 18:34

Z REPERTORIUM RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

OBOWIĄZEK ZASTOSOWANIA SIĘ DO „TESTAMENTU ŻYCIA" ZNALEZIONEGO PRZY PACJENCIE, KTÓRY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA NIE JEST ZDOLNY DO WRAŻENIA SWEJ ZGODY NA DOKONANIE OKREŚLONEJ INTERWENCJI MEDYCZNEJ.

mec. **KATARZYNA GAJEWSKA**

Czym w świetle prawa jest tzw. testament życia?

Coraz częściej w swej pracy personel medyczny spotyka się z sytuacjami, w których osoby znajdujące się w stanie wymagającym udzielenia pomocy medycznej posiadają przy sobie oświadczenia dotyczące nieudzielania im w określonych sytuacjach świadczeń zdrowotnych. Tego rodzaju oświadczenia przybierają najróżniejszą formę – od bardzo prostych, jednozdaniowych „Nie ratować!", aż po szczegółowo opisane przypadki, w których tzw. potencjalny pacjent prosi o niewykonywanie określonego świadczenia medycznego, np. „W żadnym wypadku, w tym również bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, nie wyrażam zgody na jakąkolwiek formę transfuzji krwi".

W polskim systemie prawnym, mimo rozwijającej się praktyki sporządzania tego rodzaju oświadczeń, do dziś nie została uregulowana w sposób jednoznaczny kwestia sposobu ich interpretacji oraz zasad postępowania w razie jego sporządzenia. Niewątpliwie jednak „testament życia" należy traktować jako jednostronne oświadczenie woli składane przez tzw. potencjalnego pacjenta na przyszłość. Znaczenie takiego oświadczenia aktualizuje się w momencie braku możliwości nawiązania z pacjentem kontaktu i uzyskania od niego zgody na wykonanie określonego świadczenia medycznego. Oznacza to, że każda osoba – każdy tzw. potencjalny pacjent – może zastrzec, iż w razie gdy znajdzie się w stanie wyłączającym świadomość, nie godzi się na podejmowanie prób ratowania jej życia lub zdrowia poprzez udzielanie określonych świadczeń medycznych.

Podkreślenia wymaga również to, że tego rodzaju oświadczenie nie musi być składane w żadnej szczególnej formie, a zatem wystarczające będzie jego spisanie i opatrzenie własnoręcznym podpisem. Nie jest natomiast konieczne sporządzanie go w formie aktu notarialnego czy z podpisem notarialnie poświadczonym.

Zgoda pacjenta na udzielenie mu określonego świadczenia medycznego

Jedną z fundamentalnych zasad regulujących relacje pacjent–lekarz, pacjent–pielęgniarka lub pacjent–położna jest obowiązek poszanowania autonomii pacjenta oraz jego prawa do samostanowienia o sobie. Zasada ta na gruncie ustawodawstwa polskiego została sformułowana między innymi w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r., poz. 464), który stanowi, iż lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jednocześnie art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2011 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r., poz. 186) określa regułę, zgodnie z którą pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 przywołanego aktu prawnego. Zatem w sytuacjach typowych, przy braku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, co do zasady to pacjent podejmuje w sposób swobodny decyzję o tym, czy chce się poddać określonemu świadczeniu medycznemu, czy też nie. W orzecznictwie sądowym prezentowany jest w tej kwestii jednolity pogląd, zgodnie z którym *Udzielenie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta jest działaniem bezprawnym, naruszającym jego dobra osobiste w postaci prawa do poszanowania życia prywatnego. Zgoda na określony rodzaj procedury nie oznacza automatycznej zgody na wszelkie (nawet uzasadnione medycznie) poczynania lekarza, które mogłyby nastąpić po odstąpieniu od pierwotnej objętej zgodą procedury lub w jej trakcie. Zgoda musi być ujawniona w sposób wyraźny i obejmować ściśle określone czynności medyczne. Powinna obejmować poszczególne fazy udzielania świadczenia zdrowotnego: badanie, diagnostykę, leczenie, pielęgnację, rehabilitację i postępowanie po zakończeniu postępowania terapeutycznego.* (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, VI Wydział Cywilny z dnia 13 lutego 2013 r., VI ACa 1013/12). Oznacza to, że na każdym etapie szeroko rozumianego procesu leczenia osoby wykonujące zawód medyczny powinny dysponować zgodą pacjenta na dokonywanie określonych świadczeń zdrowotnych.

Sytuacja staje się jednak problematyczna, gdy z uwagi na to, że pacjent znajduje się w stanie wyłączającym świadomość, nie ma możliwości uzyskania zgody niezbędnej do wykonania określonych świadczeń z zakresu opieki medycznej. Kwestia ta na gruncie prawa polskiego uregulowana została jednak w ten sposób, że w sytuacji zajścia konieczności niezwłocznego udzielenia pomocy lekarskiej i braku możliwości skontaktowania się z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym pacjenta, decyzję o udzieleniu świadczenia podejmuje lekarz, w miarę możliwości po konsultacji z innym lekarzem. Również art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1435) stanowi, że pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Problematyczna natomiast staje się sytuacja, gdy pacjent, z którym z uwagi na jego stan zdrowia nie ma możliwości porozumienia się, posiada przy sobie tzw. testament życia, z którego treści wynika brak akceptacji dla udzielenia określonego świadczenia medycznego. Powstaje wówczas trudny do rozstrzygnięcia konflikt pomiędzy nadrzędną zasadą przyświecającą wszystkim osobom wykonu-

MPiP-05_2016.indd 40 26/05/16 18:34

jącym zawody medyczne, czyli ochrony życia i zdrowia ludzkiego, a prawem każdego człowieka do samodecydowania o sobie.

Kwestia ta jest już przedmiotem regulacji aktów prawa międzynarodowego. Wypada wskazać choćby na art. 9 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny podpisanej w Oviedo w dniu 4 kwietnia 1997 r., który jednoznacznie stanowi, iż należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest ona w stanie wyrazić swej woli. Konwencja ta wprawdzie nie została jeszcze ratyfikowana przez Polskę, a zatem nie jest „dla nas wiążąca", to jednak stanowić może źródło interpretacji.

Należy przede wszystkie zaznaczyć, że z przywołanej treści art. 9 Konwencji nie wynika, aby wyrażone wcześniej życzenie tzw. potencjalnego pacjenta było zawsze wiążące dla osób wykonujących zawody medyczne. Przepis ten obliguje jedynie do wzięcia go pod uwagę. Wzięcie pod uwagę wyrażonej przez potencjalnego pacjenta braku akceptacji na wykonanie określonych zabiegów medycznych musi polegać między innymi na ustaleniu odległości czasowej pomiędzy złożonym oświadczeniem, a chwilą, kiedy rozważane jest podjęcie interwencji medycznej, a także stanu zdrowia pacjenta w chwili składania takiego oświadczenia. Wydaje się konieczne uwzględnienie również postępu w medycynie i możliwości zastosowania alternatywnych metod leczenia. Obowiązek wzięcia pod uwagę wyrażonej w ten sposób woli pacjenta przesądza jednak o tym, że nie można przystąpić do interwencji medycznej w sposób niejako „automatyczny", z całkowitym pominięciem zawartych w sporządzonym „testamencie życia" życzeń pacjenta.

Jednakże po rozważeniu wszystkich okoliczności danej sytuacji ostatecznie to członek personelu medycznego podejmować będzie decyzję o udzieleniu określonego świadczenia zdrowotnego, oczywiście jeśli pacjent w chwili jego udzielania nie jest w stanie sam wyrazić swej woli. W przypadku podjęcia zaś decyzji o przystąpieniu do interwencji medycznej, na którą pacjent w treści swego „testamentu życia" się nie godził, może narazić się na zarzut udzielania świadczeń medycznych wbrew zgodzie pacjenta.

Czy „testament życia" jest wiążący dla osób wykonujących zawód medyczny?

Z koniecznością udzielenia odpowiedzi na tak postawione pytanie zmierzył się już Sąd Najwyższy. W dniu 27 października 2005 r. w sprawie o sygn. III CK 155/05 zapadł wyrok, w treści którego to Sąd Najwyższy wyjaśnił, iż: *Należy wyrazić pogląd, że oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi innych wątpliwości – wiążące.*

Konieczne jest jednak podkreślenie, że sposób sformułowania oświadczenia o braku zgody na dokonanie określonych świadczeń zdrowotnych musi spełniać pewne warunki – musi być ono złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzić wątpliwości. Oznacza to, że braku akceptacji pacjenta nie można ani domniemywać, ani nie można się domyślać jego zakresu. W tej sytuacji wydaje się, że „testament życia" sformułowany w następujący sposób: „nie ratować za wszelką cenę" nie spełniałby tych kryteriów. Tego rodzaju oświadczenie nie posiada bowiem cechy jednoznaczności. Nie jest jasne, na jaką interwencję medyczną pacjent wyraża zgodę, a na jakie zabiegi już swej akceptacji nie udziela.

Powyższe stanowisko potwierdza także to, że w stanie faktycznym sprawy, w której zapadło cytowane orzeczenie, pacjentka w sposób bardzo precyzyjny i szczegółowy opisała zarówno świadczenia medyczne, na które się nie godzi, jak i swoją aktualną sytuację zdrowotną. Jak wynika bowiem z uzasadnienia przytoczonego wyroku: *Z pisemnego oświadczenia znalezionego przy uczestniczce, sporządzonego w dniu 6.1.2004 r., zatytułowanego „Oświadczenie dla służby zdrowia – żadnej krwi" wynikało, że „bez względu na okoliczności" nie zgadza się na „żadną formę transfuzji krwi", nawet gdyby w ocenie lekarza jej użycie było konieczne do ratowania zdrowia i życia. Jednocześnie uczestniczka oświadczyła, że przyjmie środki niekrwiopochodne zwiększające ilość osocza, leki tamujące krwawienie oraz środki pobudzające produkcję czerwonych krwinek, oraz że zgadza się na inne metody leczenia alternatywnego „bez podawania krwi". Uczestniczka wyjaśniła również w tym oświadczeniu, że jest Świadkiem Jehowy, chce być posłuszna nakazom Biblii, z których jeden brzmi: „Powstrzymujcie się (...) od krwi". Dodała, że ma 43 lata i przestrzega tego przykazania od siedmiu lat.*

Dysponując tak jednoznaczną deklaracją pacjenta, co do jego woli w zakresie nieudzielania określonego świadczenia medycznego polegającego na transfuzji krwi, Sąd Najwyższy wyraził przekonanie, że personel medyczny powinien był się zastosować do „testamentu życia" tej pacjentki. Prezentując swój pogląd w treści uzasadnienia przywołanego wyroku, Sąd Najwyższy wyjaśnił równocześnie: *za stanowiskiem tym przemawiają również argumenty konstytucyjne, wywodzone z art. 41 ust. 1 i 47, a zwłaszcza z art. 31 ust. 2, zabraniającego zmuszać kogokolwiek do czynienia tego, czego mu prawo nie nakazuje. Należy mieć na względzie, że – pominąwszy przypadki szczegółowo i wyczerpująco unormowane (np. art. 118 KKW, ustawa z dnia 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jedn. tekst: Dz.U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 ze zm., ustawa z dnia 29.7.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. Nr 179, poz. 1485 albo ustawa z dnia 6.9.2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz.U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.) – prawo nie nakazuje pacjentowi poddawać się interwencji medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta przez wykonywanie czynności, na które zgody nie wyraził lub którym się sprzeciwił (...).*

Przywołanym orzeczeniem Sąd Najwyższy niewątpliwie zasygnalizował istnienie w rzeczywistości prawnej oświadczeń woli wyrażanych przez przyszłych pacjentów, w których określane zostaje, na jaki rodzaj interwencji medycznych osoba ta nie wyraża zgody. Kwestia ta z pewnością będzie wymagała również jednoznacznego uregulowania na gruncie ustawowym. Tym bardziej że „testament życia" może przybrać nie tylko formę negatywną, tj. określającą, na jaki rodzaj świadczeń medycznych przyszły pacjent nie udziela akceptacji, ale także może stanowić oświadczenie woli, wyrażające zgodę na ratowanie wszelkimi dostępnymi i znanymi w świetle aktualnej wiedzy medycznej metodami, w tym również np. przy zastosowaniu tzw. terapii uporczywej. □

MPiP-05_2016.indd 41 26/05/16 18:34

Międzynarodowa mobilność zawodowa

Wspieranie przejrzystości i uznawania dotychczasowego kształcenia w ramach mobilności geograficznej pracowników w sektorze opieki zdrowotnej – projekt HealthCareEurope (HCEU).

prof. **MARIA KÓZKA**, dr **LUCYNA PŁASZEWSKA-ŻYWKO**
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Wydział Nauk o Zdrowiu UJCM
dr **TERESA GABRYŚ**, dr **IWONA MALINOWSKA-LIPIEŃ**
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego UJ CM

Funkcjonowanie sektora opieki zdrowotnej w całej Europie, a nawet w skali międzynarodowej jest dziś zagrożone przez niedobór wykwalifikowanej kadry pracowników opieki zdrowotnej, w tym głównie pielęgniarek. Sytuacja pogłębia się, biorąc pod uwagę dane demograficzne wskazujące na wzrost liczby seniorów i chorych przewlekle. Raport Komisji Europejskiej z 2015 r. wskazuje, że w krajach UE wzrośnie z 27,8% (w roku 2013) do 50,1% (w roku 2060) grupa osób mających 65 lat i powyżej w stosunku do osób w wieku 15–64 lata.

Pogłębiający się niedobór kadry sektora opieki zdrowotnej może skutkować w najbliższych latach ograniczeniem w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz obniżeniem jakości i bezpieczeństwa opieki (WHO, 2006). Od lat kraje o wyższym statusie ekonomicznym oferują pracownikom spoza granicy lepsze warunki płacowe i socjalne, próbując w ten sposób uzupełnić niedobór własnej kadry (Buchan, 2008). Migracji pracowników sektora opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej sprzyja uznawalność ich kwalifikacji zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europy i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 roku, zmieniającą Dyrektywę 2005/36 WE. Dyrektywa określa ogólne zasady uznawania kwalifikacji w odniesieniu do formalnego wykształcenia w zawodach regulowanych, w tym między innymi lekarzy, pielęgniarek i położnych. Brak w tej regulacji uznawania kwalifikacji uzyskanych w ramach kształcenia nieformalnego i pozaformalnego i w odniesieniu do zawodów medycznych o niższym poziomie wykształcenia, np. opiekunów osób starszych, opiekunów medycznych. Pomimo obowiązującej regulacji sam proces formalnego uznania kwalifikacji w praktyce jest nadal utrudniony przez bardzo skomplikowane i czasochłonne procedury walidacji i brak przejrzystości. Stąd projekt HealthCareEurope dobrze wpisuje się w potrzeby w tym zakresie.

W ramach projektu o nazwie HealthCareEurope (HCEU, Wspieranie przejrzystości i uznawania dotychczasowego kształcenia w ramach mobilności geograficznej pracowników w sektorze opieki zdrowotnej) planowane jest przygotowanie narzędzi i procedur mających na celu poprawę przejrzystości, weryfikacji i systemów uznawania kwalifikacji w aspekcie międzynarodowej mobilności zawodowej pracowników opieki zdrowotnej.

Projekt jest realizowany od września 2015 roku, będzie kontynuowany do sierpnia 2018 roku w ramach programu Erasmus + i finansowany przez Komisję Europejską. Uczestniczy w nim 10 różnych instytucji z pięciu krajów europejskich, tj. Niemcy, Austria, Grecja, Węgry i Polska. Liderem projektu jest DEKRA Akademie GmbH, Niemcy, a partnerami: Verein für internationale Jugendarbeit (Niemcy), Technische Universität Dresden (Niemcy), 3s research laboratory (Austria), DEKRA Akademie EPE (Grecja), Technological Educational Institute of Athens (Grecja), DEKRA Akademie Kft. (Węgry), Interpersonnel Polska (Polska), Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum (Polska), Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział w Bydgoszczy (Polska). Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum jest reprezentowane przez autorki niniejszego artykułu, mające wieloletnie doświadczenie zawodowe, dydaktyczne i naukowe w pielęgniarstwie.

Projekt HCEU opiera się na realizowanych już wcześniej projektach i na

MPiP-05_2016.indd 42 26/05/16 18:34

doświadczeniach w uznawaniu kwalifikacji pracowników sektora przemysłowego w Niemczech i innych krajach europejskich. Jako podstawę w projekcie przyjęto model VQTS (System Transferu Kwalifikacji Zawodowych, Vocational Qualification Transfer System). Istotą modelu VQTS jest odejście od specyfiki krajowego systemu kształcenia i szkolenia zawodowego (VET, Vocational Education and Training) i skoncentrowanie się na efektach uczenia się i procesach pracy. Podstawowymi elementami modelu VQTS są matryce kompetencji i profile kompetencji (organizacyjny i indywidualny). Matryce kompetencji (Matrix Kompetencji) przedstawiają kompetencje w odniesieniu do konkretnego zawodu i podstawowych zadań zawodowych w określonym obszarze pracy i postępie rozwoju kompetencji. Natomiast profile kompetencyjne są tworzone z poszczególnych części matrycy. Profil organizacyjny określa kompetencje istotne dla pewnego programu szkolenia lub kwalifikacji uzyskanych w trakcie kształcenia formalnego. Profil indywidualny tworzony jest na podstawie kompetencji nabytych przez osoby w szkoleniu nieformalnym i pozaformalnym. Przyjęte podejście ułatwi określenie kompetencji, sposób ich nabywania oraz opis odnoszący się do konkretnych kwalifikacji/certyfikatów i indywidualnych profili kompetencyjnych. Innowacyjnością projektu HCEU poza dalszym rozwojem matrycy VQTS (opartym na efektach uczenia się i porównania kwalifikacji) będzie zapewnienie dodatkowego obszaru do wykorzystania w matrycy. Tym dodatkowym obszarem będzie identyfikacja braków w kompetencjach wynikających z etapów ich rozwoju zgodnie z wytycznymi macierzy, co pozwoli na opracowanie modułów kształcenia celem uzupełnienia luk kompetencyjnych. Podstawą do określenia programów nauczania opartego na efektach uczenia się będzie EQF (Europejskie Ramy Kwalifikacji dla Uczenia się Przez Całe Życie, European Qualification Framework). EQF jest narzędziem referencyjnym opisującym i porównującym poziomy kwalifikacji opracowanych w systemach: krajowym, międzynarodowym i sektorowym. Osiem poziomów EQF obejmuje cały zakres kwalifikacji, od tych uznających podstawowe obszary wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych aż do najwyższego poziomu kształcenia i szkolenia akademickiego i zawodowego. Podstawowym założeniem EQF jest dokładne określenie tzw. poziomów odniesienia, a następnie przyporządkowanie im poszczególnych etapów edukacji (formalnej, nieformalnej i pozaformalnej) i zdobytych kwalifikacji.

foto: ARCHIWUM AUTOREK

Wykorzystując w projekcie HCEU model VQTS i istniejące instrumenty europejskie, tj. ECVET (European Credit System for Vocational Education and Training/Europejski System Transferu Osiągnięć w Kształceniu i Szkoleniu Zawodowym) i ESCO (European Credit System for Vocational Education and Training/Europejska Klasyfikacja Umiejętności, Kwalifikacji i Zawodów), zostaną opracowane narzędzia do uznawania kwalifikacji w aspekcie międzynarodowej mobilności zawodowej pielęgniarek i opiekunów osób starszych.

Zastosowanie systemu ECVET pozwoli na przenoszenie kwalifikacji zawodowych między krajami UE, ich porównywanie i walidowanie. Od 2009 roku system ten jest rekomendowany przez Parlament Europejski i Radę krajom członkowskim Unii Europejskiej (Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady, 2009). Natomiast wykorzystanie klasyfikacji ESCO pozwoli na określenie profili zawodowych, ukazując zależności pomiędzy zawodami, umiejętnościami, kompetencjami i stanowiskami. Klasyfikacja aktualnie jest w fazie tworzenia i będzie powiązana z odpowiednimi kwalifikacjami, ich kategoryzacją, a kwalifikacje przypisane będą do stanowisk (w odniesieniu do kształcenia i szkolenia w 22 europejskich językach) i klasyfikacji unijnego rynku pracy. ESCO stanowić będzie wsparcie dla instytucji takich jak urzędy pracy czy agencje zatrudniające pracowników oraz innych podmiotów działających na rynku pracy, np. organizacji pozarządowych. Może również pomóc w pracy z osobami bezrobotnymi lepiej opisać posiadane przez nich umiejętności oraz ułatwić opracowywanie programów szkoleniowych dopasowanych do potrzeb rynku pracy. ESCO przyczyni się także do rozwoju nowych usług doradztwa zawodowego, które mają pomóc w lepszym wskazaniu osób poszukujących pracy i dostępnych stanowisk. □

Piśmiennictwo u autorek.

PROJEKT HCEU

Jego główną istotą w odniesieniu do zawodu pielęgniarki i opiekuna osób starszych jest:

- tworzenie matrycy kompetencji i rozwoju kompetencji opartych na efektach uczenia się i pracy,
- przeniesienie opracowanej matrycy do innego kraju w Europie i jej sprawdzenie,
- opracowanie profili organizacyjnych dla wskazanych powyżej zawodów,
- opracowanie narzędzi i wytycznych do identyfikacji indywidualnych profili kompetencyjnych,
- opracowanie instrukcji ułatwiającej stosowanie macierzy kompetencji w kontekście formalnego rozpoznawania i zatwierdzania kwalifikacji,
- identyfikacja luk kompetencyjnych (na podstawie macierzy) i zaproponowanie przykładowych wspólnych modułów kształcenia celem uzupełnienia tych luk kompetencyjnych,
- opracowanie internetowej formy do interaktywnej prezentacji matrycy i narzędzi z nią powiązanych,
- opracowanie poradników oraz filmów ułatwiających zrozumienie i wykorzystanie opracowanych narzędzi w ramach mobilności europejskiej pracowników.

Projekt stanowi więc bardzo konkretne, praktyczne i innowacyjne podejście możliwe do wykorzystania również w innych zawodach w sektorze opieki zdrowotnej. Może być przydatny w innych dziedzinach w ramach formalnej praktyki uznawania kwalifikacji w całej Europie i świecie.

PROJEKT HCEU ADRESOWANY JEST DO RÓŻNYCH GRUP, W TYM GŁÓWNIE DO PRACOWNIKÓW SEKTORA OPIEKI ZDROWOTNEJ ZAINTERESOWANYCH PRACĄ W INNYM KRAJU EUROPEJSKIM I PRACODAWCÓW, BY ICH OCZEKIWANIA UWZGLĘDNIONO PODCZAS REKRUTACJI.

MPiP-05_2016.indd 43 26/05/16 18:34

Bezpieczeństwo w sieci

foto: SXC

Dzisiejszy świat techniki oszałamia, a tempo postępu technicznego chyba wszystkich zaskakuje. Ma to swoje dobre, ale i złe strony, bo wiąże się z zagrożeniami, o których nasi rodzice nie mieli pojęcia

MIROSŁAW PRZASTEK
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
ZOFIA MAŁAS
prezes NRPiP

Dzisiaj codzienne życie jest w wielu aspektach prostsze od tego sprzed kilkunastu lat. Zawdzięczamy to między innymi nowym technologiom. Nasze dzieci już tylko z filmów znają „ceremoniał" zamawiania międzymiastowej rozmowy telefonicznej i następnie krótsze lub dłuższe (a bywało i kilkugodzinne) oczekiwanie na sakramentalne „Łączę...". Była to wówczas przede wszystkim kwestia ustroju politycznego, ale również dostępnej techniki, a ta rozwija się dziś w błyskawicznym tempie. Każdy z nas codziennie używa w pracy i w domu komputerów, telefonów komórkowych, różnych urządzeń podłączonych do Internetu lub lokalnej sieci komputerowej, nawigacji satelitarnej. Dzisiejszy świat techniki wielu oszałamia, a postęp techniczny chyba wszystkich zaskakuje. Ma to – jak powiedział klasyk – swoje plusy dodatnie, ale również plusy ujemne.

„Plusem ujemnym" postępu są kwestie szeroko rozumianego bezpieczeństwa korzystania z niektórych wynalazków. Na łamach MPiP zamierzamy więc przedstawiać Państwu najczęstsze zagrożenia i proponować skuteczne środki obrony. Brzmi to nieco militarnie, ale niestety trzeba zdać sobie sprawę z tego, że toczy się stała, regularna bitwa między technologicznymi siłami dobra i zła, bitwa na różnych frontach, z zaangażowaniem różnych sił i środków. Nie będziemy oczywiście opisywać, jak bronić systemu sterowania elektrowni atomowej czy wieży kontrolnej lotniska, bo nad tym pracują superagencje i supereksperci, ale chcemy przybliżyć kwestie naszego codziennego bezpieczeństwa podczas korzystania z różnych urządzeń informatycznych, elektronicznych, mobilnych. Chcemy bowiem dostarczać Państwu praktycznych porad, bez akademickich definicji. Zamierzamy uczulać Państwa na elementarne kwestie bezpieczeństwa, przedstawiać sprawy w przystępnej formie, do zastosowania od ręki, jak również nadające się do głębszej refleksji. Unikając atmosfery paniki i w żadnym razie nie zniechęcając do korzystania z nowoczesności, chcemy uświadamiać Państwu, że zdrowy rozsądek i minimum wiedzy technicznej są dzisiaj niezbędne do w miarę bezpiecznego używania wynalazków XXI wieku.

Od niepamiętnych czasów pewna część naszych pobratymców posługuje się nabytymi sprawnościami w złej wierze. Ślusarz mógł wyprodukować zarówno klucz, jak i wytrych. Również i dzisiaj część wykwalifikowanych fachowców od techniki działa po „ciemnej stronie mocy". Wielu z tych „ekspertów" działa z chęci zysku (np. finansowego), część dla zaspokojenia własnych ambicji czy próżności. Motywy nie są najważniejsze, ale warto wiedzieć, że mogą się one zmieniać. Przykładowo: pewien guru hackerów (potocznie: włamywaczy komputerowych), niejaki Kevin Mitnick po odbyciu kary za włamania do systemów komputerowych (co *nota bene* czynił bez chęci zysku) stał się cenionym ekspertem

MPiP-05_2016.indd 44 26/05/16 18:34

od bezpieczeństwa komputerowego.

Kevina Mitnicka można uznać za mistrza skutecznych socjotechnik stosowanych w latach 90. Osiągnięcia w penetrowaniu systemów komputerowych zawdzięczał głównie zdolnościom uzyskiwania poufnych danych dotyczących systemów komputerowych (ale również systemów telefonicznych) od swoich rozmówców. Zadając im niewinnie brzmiące pytania, analizując i łącząc odpowiedzi, a potem, powołując się na swoją wiedzę „wewnątrzfirmową", uzyskiwał kolejne stopnie uwiarygodnienia, aż do osiągnięcia wiedzy, która pozwalała mu uwierzytelniać się w forsowanym systemie komputerowym. Ponieważ były to wczesne lata 90., to zapewne hasła w systemach komputerowych nie podlegały dzisiejszym regułom bezpieczeństwa – były zazwyczaj czterocyfrowe, może nawet typu „1111". Kiedy w latach 70. udostępniono pasażerom na Dworcu Centralnym w Warszawie skrytki, to spora ich część padała łupem złodziei. Przestępcy sprawdzali w czteroliterowych zamkach kodowych hasło „ABBA", bo zespół ten był wówczas w Polsce bardzo popularny... Morał historii jest oczywisty.

Tam gdzie mamy użyć hasła, kodu itp. nie starajmy się go ponad miarę uprościć. Jeśli system wymaga hasła czy PIN-u, użyjmy mnemotechniki – niech kod będzie możliwie skomplikowany, a raczej starajmy się go zapamiętać, używając prostego (ale tylko dla nas) sposobu. Odradzamy przy tym liczby oczywiste, jak np. odpowiadające naszej dacie urodzenia. Numer rejestracyjny samochodu sąsiada już nie będzie tak oczywisty i prosty do odgadnięcia, choć dla nas łatwiejszy do zapamiętania. Nie wypada dzisiaj przestrzegać przed zapisywaniem hasła na karteczce samoprzylepnej i umieszczaniem jej na ekranie komputera. Tym bardziej nie wypada myśleć o noszeniu w portfelu kartki z numerem PIN obok karty bankomatowej. Dzisiejsze systemy komputerowe zwykle wymuszają zmianę hasła po pewnym (definiowanym) okresie, narzucają pewną konstrukcję hasła (np. liczbę znaków, litery, cyfry, znaki specjalne typu #, %, $, @ itd.) i nawet sprawdzają hasło, porównując z poprzednio użytymi hasłami.

Przede wszystkim natomiast pamiętajmy o tym, do czego hasło i PIN mają służyć! Co hasło ma chronić, jakie mogą być konsekwencje jego złamania czy ujawnienia. Jeśli potrzebuję PIN-u, aby złożyć zamówienie, to może być groźniejsze niż w przypadku, gdy mamy zapłacić za zakup, a towar odbierze ktoś obcy, ale nieuczciwie sprytny. □

Od redakcji:

W kolejnych numerach MPiP autorzy zajmą się kwestią wyłudzania haseł w poczcie, wirusów w telefonach komórkowych, tożsamości i autoryzacji w systemach, ataków na systemy szpitalne, pozornej anonimowości w sieciach społecznościowych.

MPiP-05_2016.indd 45 26/05/16 18:34

Pielęgniarska sztafeta

Halina Wieczorek, Irena Wajda, Beata Kuczera i Alicja Kuczera – prababcia, babcia, mama i córka – wszystkie są pielęgniarkami. Opowiadają o swojej pracy i o tym, jak przez lata zmieniało się oblicze ich zawodu.

Redakcja: – Od jak dawna pielęgniarski fach jest obecny w Waszej rodzinie?

Beata Kuczera (BK): – Od pięciu pokoleń. Akuszerką była moja nieżyjąca już prababcia Róża. Pałeczkę przejęła po niej moja babcia Halina, która nie jest już czynną pielęgniarką z uwagi na wiek, ale wciąż służy rodzinie pomocą i dobrą radą. Następna w kolejce jest moja mama Irena, która choć doczekała się już pielęgniarskiej emerytury, nadal odwiedza chorych. Ja również jestem pielęgniarką, póki co z 20-letnim doświadczeniem. Moja najstarsza córka Alicja kontynuuje rodzinną tradycję i kończy wkrótce pielęgniarstwo.

– To prawdziwa pielęgniarska sztafeta pokoleń.

BK: – Chyba można tak powiedzieć. Ale chcę zaznaczyć, że choć zawód pielęgniarki w naszej rodzinie przechodzi z pokolenia na pokolenie, to wybór tej drogi był u każdej z nas całkowicie dobrowolny. Nikt nikogo do niczego nie zmuszał. Owszem, każda z nas podpatrywała pracę poprzedniczki, dopytywała się, radziła. Ale decyzję o wejściu do zawodu podejmowałyśmy samodzielnie.

Irena Wajda (IW): – No tak, ale w moim przypadku fakt, że w rodzinie przede mną były pielęgniarki, miał jednak decydujące znaczenie. Dzięki relacjom babci i mamy dobrze wiedziałam, z czym wiąże się wybór tego zawodu. Jeszcze przed ukończeniem szkoły mogłam poznać jego blaski i cienie.

Halina Wieczorek (HW): – A ja zostałam pielęgniarką trochę przypadkiem. Moja mama była akuszerką, czyli osobą, która pomagała kobietom rodzić dzieci. Dzisiaj powiedzielibyśmy, że była położną. Nie miała jednak żadnego fachowego przygotowania poza własnym doświadczeniem kilku porodów. Mieszkaliśmy na wsi, gdzie trudno było o jakąkolwiek medyczną pomoc. Moja mama pełniła funkcję akuszerki całkowicie bezpłatnie. To była sąsiedzka pomoc.

BK: – Tak, ale choć prababcia Róża nie ukończyła pielęgniarskiej ani położniczej szkoły, pozostanie dla nas największym autorytetem. Ona miała w sobie niezwykłą mądrość, której nie nabywa się w żadnej szkole.

– Ty, Alicjo, pewnie czujesz na sobie wielką odpowiedzialność, skoro na pielęgniarskiej drodze poprzedziły Cię: mama, babcia, prababcia i praprababcia…

Alicja Kuczera (AK): – Nie da się ukryć. Z jednej strony to faktycznie wielka odpowiedzialność i zarazem obawa, by nie zhańbić tego zawodu, ale to także nieoceniona pomoc i możliwość odkrywania najbardziej niedostępnych tajników zawodu.

– Rozumiem, że zawodu uczysz się więc nie tylko na studiach, ale także w rodzinnym domu.

AK: – Przede wszystkim w domu! Przed każdym egzaminem, zwłaszcza praktycznym, jestem szczegółowo instruowana i przepytywana przez komisję w składzie: mama, babcia i prababcia. Stres jest dużo większy niż na prawdziwym egzaminie, ale dzięki tym domowym sprawdzianom mam później przewagę i więcej pewności siebie.

BK: – Muszę przyznać, że choć Ala ma duże umiejętności i bardzo dobrze radzi sobie na uczelni, to dzisiejsza nauka zawodu wygląda już całkiem inaczej niż przed laty. Dzisiaj na kierunkach pielęgniarskich nie uczy się już tego, czego uczono mnie albo moją mamę.

– Interesuje mnie, co dla Was – przedstawicielek kilku pielęgniarskich pokoleń – jest w tym zawodzie najważniejsze?

HW: – Dla mnie najważniejsza jest delikatność. Chodzi mi zarówno o delikatność wykonywanych wobec chorego gestów, jak i o wygląd pielęgniarki. Może to trochę śmieszne, ale pielęgniarka od zawsze kojarzy mi się z kimś o filigranowej budowie ciała: niewysoka, szczuplutka, z rączkami jak patyczki. Myślę, że ktoś taki nie jest w stanie wyrządzić komuś drugiemu krzywdy. Ale przy tej delikatności jest potrzebny też twardy charakter. Pielęgniarka nie może mazgaić się z byle powodu, musi twardo stąpać po ziemi i w porę reagować, gdy dzieje się coś złego.

IW: – Ja uważam, że w zawodzie pielęgniarki najważniejsze są fachowość i wrażliwość. Te dwie cechy muszą zawsze iść ze sobą w parze. Bo co z tego, że pielęgniarka będzie bardzo fachowo wykonywać swoją pracę, ale nigdy się nie uśmiechnie i nie okaże choremu współczucia? Albo na co przyda się sympatyczna buzia pielęgniarki, jeżeli z powodu braku umiejętności będzie ona zadawać choremu ból i niezdarnie wkłuwać zastrzyki? Dobra pielęgniarka to według mnie świetny fachowiec o wrażliwym i współczującym sercu. Ale myślę, że w tym zawodzie bardzo ważne jest również godziwe wynagrodzenie. Wymaga się od pielęgniarek fachowości, dyspozycyjności, empatii i wielu jeszcze innych cech, ale niestety zapomina się o godnej zapłacie za ich pracę. Oczywiście pieniądze nie są najważniejsze, ale każdy za dobrze wykonaną pracę powinien być należycie wynagrodzony. Dobrze pamiętam lata, w których trudno mi było opłacać na czas wszystkie rachunki, bo moja pensja była bardzo niska. Na szczęście miałam jeszcze do dyspozycji pensję męża, ale nie była to komfortowa sytuacja, kiedy całymi dniami i nocami przebywałam poza domem z powodu dodatkowych dyżurów, a w portfelu pieniędzy jakoś nie przybywało. Wszyscy przecież po to pracujemy, by móc się utrzymać i godnie żyć.

BK: – Do tego, co powiedziała moja mama, ja bym jeszcze dodała dyskrecję. Według mnie dyskrecja jest jedną z podstawowych i najważniejszych kwestii w pracy pielęgniarki. Osoba chora musi mieć pewność, że wszystko, co dotyczy jej samej i leczenia, nie będzie przedmiotem towarzyskich rozmów wśród personelu. Szczególnie człowiek chory potrzebuje

MPiP-05_2016.indd 46 26/05/16 18:34

zapewnienia mu warunków intymności. Pracowałam kiedyś przez krótki czas z pewną pielęgniarką, która niestety dyskrecją nie grzeszyła. Na całym oddziale wszyscy wiedzieli, gdzie który pacjent ma ranę, jakiego używa mydła i czy regularnie się wypróżnia. Przepraszam za dosadność, ale ta osoba właśnie w ten sposób funkcjonowała w pracy. W końcu zwolniono ją dyscyplinarnie. Są to skrajności i na szczęście zdarzają się niezwykle rzadko.

AK: – Jak przystało na przedstawicielkę najmłodszego pielęgniarskiego pokolenia w rodzinie, postawię na wielozadaniowość. W obecnym systemie kształcenia pielęgniarek bardzo podkreśla się zdolność łączenia w sobie wielu umiejętności. Chodzi o to, by pielęgniarka w razie potrzeby potrafiła pracować i sprawdzać się w wielu rolach. Musi być nie tylko sprawnym medykiem, ale także dobrym psychologiem, mediatorem czy salową. Pielęgniarka jest osobą, która często jako pierwsza ma kontakt z człowiekiem chorym – nieraz na długo przed jego spotkaniem z lekarzem. Musi więc w takich sytuacjach, jako ów medyk pierwszego kontaktu, umieć ocenić stan pacjenta, wysłuchać cierpliwie wszystkich pretensji i narzekań, uspokoić przerażoną rodzinę chorego, wypełnić stosy papierów, odpowiedzieć na dziesiątki pytań oraz usprawnić proces diagnostyczny. Dzisiaj pielęgniarka dobra to zdecydowanie pielęgniarka wielozadaniowa!

– Praca pielęgniarki jest bardzo trudna, to nie ulega wątpliwości. Co dla Was jest w tym zawodzie największym wyzwaniem?

AK: – Ja od dawna nie potrafię się porządnie wyspać. Pracuję w szpitalu na etacie, czasem biorę dodatkowe dyżury w przychodni, no i kończę studia. Nie ukrywam, że to wszystko jest bardzo obciążające dla mojego organizmu. Wiem, że przez jakiś czas mogę jeszcze funkcjonować w ten sposób, ale na dłuższą metę to jest niemożliwe. Abym swoją pracę mogła wykonywać profesjonalnie, muszę dbać o swoje zdrowie i wypoczynek. Postanowiłam sobie, że za kilka miesięcy, kiedy skończę studia, zorganizuję na nowo swój plan dnia. Ale najtrudniejszym momentem w mojej dotychczasowej pracy była śmierć kilkuletniej dziewczynki, która została potrącona przez samochód i zmarła zanim zdążyliśmy ją przewieźć na blok operacyjny. Nigdy nie zapomnę tej małej pacjentki, miała na imię Hania.

HW: – Tak, oglądanie śmierci jest w tym zawodzie czymś zdecydowanie najtrudniejszym. I proszę nie wierzyć w opowieści o tym, że do widoku śmierci można się przyzwyczaić, że śmierć w końcu kiedyś powszednieje. Otóż nie powszednieje. Nigdy. Jako pielęgniarka anestezjologiczna byłam przy kilkudziesięciu zgonach. Za każdym razem było to bardzo trudne doświadczenie, choć oczywiście jako osoba wierząca, zawsze miałam w takich momentach świadomość, że to nie jest ostateczny koniec życia człowieka. Wówczas zawsze odmawiałam modlitwę za zmarłego pacjenta.

BK: – Dla mnie dużym wyzwaniem jest konieczność stałego dokształcania się. Muszę dbać o to, by regularnie czytać, uczestniczyć w konferencjach, podpatrywać pracę bardziej doświadczonych koleżanek. Pracuję w zawodzie 20 lat i można by pomyśleć, że wszystko już potrafię. Owszem, potrafię dużo, ale nie na tyle dużo, by przestać się uczyć. Dokształcanie się wymaga czasu, a tego często mi brakuje. Staram się jednak mobilizować i wciąż zdobywać nowe umiejętności.

IW: – Mimo, że jestem już emerytką, w miarę swoich możliwości odwiedzam jeszcze chorych w ich domach. I to, co obecnie jest dla mnie najtrudniejsze w mojej pracy, to patrzenie na ludzką samotność. Sama choroba, czy nawet śmierć nie przerażają mnie tak bardzo jak samotność. Mam w pamięci wielu chorych, którzy całymi miesiącami i latami przebywają w swoich domach, opuszczeni przez najbliższych. Może dla przykładu opowiem o panu Władysławie. Ma 85 lat, choruje na serce i cukrzycę. Jak na swój wiek, fizycznie trzyma się całkiem nieźle. Ale mimo to od kilkunastu miesięcy nie wstaje z łóżka. Dlaczego? Tak bardzo tęskni za swoją jedyną córką, która przed laty wyjechała za granicę, że z rozpaczy nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować. Leży i czeka na śmierć. Jego córka o tym wie, ale nie zamierza ani przyjechać ani zadzwonić. Kiedy odwiedzam pana Władysława dwa razy w tygodniu, on wówczas nieco się ożywia. Szybko jednak znów pochmurnieje, nie chce jeść, nie dba o higienę. Jestem wobec tej sytuacji całkowicie bezradna. Przypadek pana Władysława nie jest niestety wyjątkiem. Przez lata spotkałam wielu skrajnie samotnych, chorych ludzi. Proszę mi wierzyć, że każdy człowiek, któremu coś dolega, który w jakiś sposób cierpi, niczego bardziej nie pragnie, jak obecności kogoś, komu ufa. Chce dotknięcia dłoni, serdecznego uścisku, chce, by ten ktoś zadzwonił, zapytał, pocieszył. Chce, by po prostu przy nim był – ale był na stałe, nie okazjonalnie.

– A gdyby jeszcze raz musiały Panie podjąć decyzję dotyczącą przyszłego zawodu, czy ponownie wybór padłby na pielęgniarstwo?

BK: – Tak, bez wątpienia. Nie wyobrażam sobie, abym mogła zajmować się w życiu czymś innym.

IW: – A ja przyznam szczerze, że gdybym u początku swej pielęgniarskiej drogi wiedziała o tej pracy to wszystko, co wiem dzisiaj, poważnie bym się zastanowiła. Bardzo lubiłam swoją pracę i nadal z radością pielęgnuję chorych, ale odpowiedzialność w tym zawodzie jest olbrzymia i z perspektywy minionych lat widzę, że nie zawsze potrafiłam tej odpowiedzialności sprostać.

HW: – Ja ponownie wybrałabym pielęgniarstwo bez mrugnięcia okiem! Nie ma piękniejszego zawodu.

AK: – Cieszę się, że jestem pielęgniarką. Czasem jednak odrobinę żałuję, że nie porwałam się na medycynę. Ale co tam! Dobrze, że rodzinna tradycja zatriumfowała.

O PIELĘGNIARKACH W SPOSÓB NIEZWYKŁY

Tekst o pielęgniarskiej sztafecie pokoleń oraz wiele innych doskonałych materiałów o pielęgniarkach i położnych znajdziecie w aktualnym numerze miesięcznika „Apostolstwo chorych". Wśród nich szczególnie polecamy artykuł o Słudze Bożej Hannie Chrzanowskiej „Dama miłosierdzia". Przeczytajcie o tej wątłej kobiecie, która robiła rzeczy, do których zwykle potrzeba wielu ludzi, dla której równie naturalne było podawanie choremu basenu, jak i rozmowa o malarstwie czy literaturze. Pismo można zamówić na stronie **www.apchor.pl**

MPiP-05_2016.indd 47 26/05/16 18:34

Za dużo czy za mało?

Od dawna mówi się o tym, że w Polsce niedługo zabraknie pielęgniarek, ale z tego, co obserwuję, popyt na nie nie rośnie.

Pielęgniarstwo w dalszym ciągu nie jest atrakcyjnym zawodem, a na widok ofert pracy i proponowanych zarobków… Nie wiadomo – śmiać się, czy płakać. Natomiast jeśli rzeczywiście zabraknie pielęgniarek, to po trzymiesięcznym kursie języka polskiego można będzie zartudnić młode, zdolne, chętne do pracy pielęgniaki hiszpańskie, dla których już tylko możliwość pracy w publicznym ośrodku ochrony zdrowia może się okazać wystarczająco kuszącą ofertą. W tutejszym systemie zatrudnienia obecnie większe znaczenie ma jeden punkt za miesiąc pracy niż samo wynagrodzenie. To dzięki temu systemowi naliczono mi punkty za pracę w Barlickim – gdyby nie to, pewnie w dalszym ciągu zatrudniano by mnie do pracy tylko w wakacje. Tylko z językiem polskim mógłby być problem… Ale i z tym Hiszpanki sobie poradzą – w końcu koleżanki jeździły na kontrakty nawet do Norwegii. Do dziś zastanawiam się, jak intensywne to musiały być kursy, żeby po trzech miesiącach nauki norweskiego, który jak mniemam do najłatwiejszych nie należy, móc podjąć pracę jako pielęgniarka.

Na dzień dzisiejszy hiszpańskie pielęgniarki idą na językową łatwiznę i atrakcyjne zarobki (czyli kierunek Wielka Brytania), ale nie brakuje też oczywiście ofert pracy w Niemczech, Norwegii, Szwecji czy Danii. Choć niechętnie, to jednak młodzi, dobrze wyszkoleni ludzie masowo emigrują. Większość z zamysłem powrotu po kilku latach z oszczędnościami i punktami, które umożliwią podjęcie pracy w Hiszpanii. Máximo González Jurado, przewodniczący Rady Generalnej Pielęgniarstwa podaje, że w Hiszpanii zatrudnionych jest 237 400 pielęgniarek i 172 800 lekarzy, którzy sprawują opiekę nad prawie 47-milionowym społeczeństwem, co daje 508 pielęgniarek i 370 lekarzy na 100 000 mieszkańców. W krajach Unii Europejskiej średnio jest to 811 pielęgniarek i 322 lekarzy. Te dysproporcje widoczne są w codziennej pracy. Czasem wydaje się wręcz, że lekarzy jest o wiele więcej niż być powinno. Organizacje reprezentujące naszą grupę zawodową biją na alarm. Z jednej strony 5,1 pielęgniarki na 1000 mieszkańców przypadających w Hiszpanii nijak się ma do standardów europejskich – w Murcii jest to 3,2 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, a z drugiej strony szacuje się, że w ciągu dwóch lat przybędzie kolejne 30 000 bezrobotnych pielęgniarek.

Renata Smela pracę zawodową rozpoczynała w USK im. N. Barlickiego w Łodzi, ale koleje losu i sytuacja finansowa sprawiły, że wraz z rodziną zdecydowała się na emigrację. Początkowo pracowała jako pomoc pielęgniarska w domu opieki dla osób starszych w hiszpańskiej Totanie, teraz zbiera doświadczenia w największych i najnowocześniejszych szpitalach w regionie Murcji.

Nie jest tajemnicą, że wszelkie oszczędności zawsze wiążą się z redukcją etatów, ale bynajmniej nie dotyczy to etatów lekarzy. Syndykat pielęgniarek SATSE w Murcii apeluje do rządu regionu o zwiększenie liczby miejsc pracy, gdyż obecna sytuacja stwarza poważne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów, o jakości opieki nie wspominając. Chcąc utrzymać poziom opieki i standardy rekomendowane przez hiszpańskie Ministerstwo Zdrowia, na dzień dzisiejszy w tym naszym regionie – jednym z mniejszych w Hiszpanii – brakuje około 4000 pielęgniarek. Z jednej strony mało rąk do pracy, a z drugiej bezrobocie wśród pielęgniarek na poziomie 15% skłania do podjęcia działań, które mogłyby przynajmniej zahamować jego wzrost. Propozycją SATSE jest między innymi ograniczenie na uniwersytetach (ta opcja wchodzi w życie już w tym roku). Co roku w Hiszpanii dyplom pielęgniarstwa uzyskuje około 11 000 osób, z których nielicznym tylko udaje się znaleźć zatrudnienie. Zamiast produkować bezrobotnych absolwentów tego kierunku i nabijać kasę uniwersytetom, należy się zastanowić nad realnym zapotrzebowaniem. Przypomnę, że rok czteroletnich studiów na wydziale pielęgniarstwa na uniwersytecie państwowym to około 1200 euro, a na uniwersytecie prywatnym to 8000 euro, przy czym czesne nie podlega żadnym odpisom od podatku, a na jego wysokość nie ma wpływu sytuacja finansowa studenta lub jego rodziny. Wszystkie te problemy i dysproporcje odbijają się na codziennej pracy, mają negatywny wpływ na atmosferę i jakość opieki. Lekarze i szefostwo stawiają nam wysokie wymagania, nie mając pojęcia o naszych warunkach pracy.

Żadne argumenty nie są w stanie usprawiedliwić naszych błędów czy niedociągnięć. Czasem słychać jakąś obietnicę, że coś się zmieni, ale z doświadczenia wiem, że jeśli się zmienia, to na gorsze niestety. Jeśli ktoś wypadnie z grafiku, nie mamy co liczyć na zastępstwo. Trudno poprosić o dodatkowy dzień wolny, bo to się wiąże z tym, że ktoś będzie musiał wykonać moją pracę, a szefowa zmiany i tak od progu straszy godzinami negatywnymi, czyli do odpracowania. W rezultacie wszyscy są zmęczeni, rozdrażnieni i wciąż niepewni jutra. Nadchodzi lato, aż boję się myśleć, jak będzie się pracowało, gdy większość weteranów pójdzie na zasłużony wypoczynek, a zastąpią ich młodzi, niedoświadczeni, przez większość roku bezrobotni pielęgniarze. Do tego jeszcze Carmen, zmęczona nocną zmianą, oglądaniem ciągle tych samych twarzy i pracą w ogóle, zakomunikowała, że latem przechodzi na inną zmianę. No pięknie! To oznacza, że przynajmniej przez miesiąc zostanę sama jako ta weteranka, która wszystko powinna wiedzieć, bo nowi mają mnóstwo pytań, a na tych, którzy ich nie mają, trzeba mieć oko, bo czasem robią dziwne rzeczy lub w ogóle nic nie robią. Nie narzekam na nowych, bo sama jeszcze niedawno byłam całkiem zielona, ale przeraża mnie trochę odpowiedzialność. Na szczęście nie mam w zwyczaju martwić się na zapas, zawsze mogę iść za przykładem Carmen i poprosić o przeniesienie…

Może pielęgniarstwo polskie ma niewiele wspólnego z hiszpańskim, ale mam wrażenie, że w obu krajach traktuje się pielęgniarki jak budżetową kulę u nogi. Lekarze, nauczyciele, policja, strażacy, urzędnicy… wszyscy zadowoleni, nikt nie protestuje. Tylko te pielęgniarki wiecznie niezadowolone, zmęczone, wypalone i ciągle im mało! □

MPiP-05_2016.indd 48 26/05/16 18:34

Zaprenumeruj MPiP
i dołącz do grona naszych przyjaciół

Nasi prenumeratorzy mają szansę otrzymać cenne nagrody (co miesiąc inne!) oraz uzyskują pierwszeństwo publikacji nadesłanych artykułów. Poza tym warto zaprenumerować Magazyn Pielęgniarki i Położnej, ponieważ:

✔ Co miesiąc listonosz przyniesie pismo pod wskazany przez Ciebie adres bez dodatkowych kosztów związanych z wysyłką.

✔ Możesz wybrać najkorzystniejszy dla siebie okres trwania prenumeraty. Poinformujemy Cię, gdy będzie dobiegał końca.

✔ Prenumerata jest tańsza niż kupowanie pojedynczych egzemplarzy – im dłuższy okres prenumeraty, tym niższa cena numeru.

Prenumerata:

- indywidualna na 6 miesięcy **46 zł**
- indywidualna na 12 miesięcy **86 zł**
- indywidualna na 24 miesiące **146 zł**
- studencka na 12 miesięcy **74 zł**

Pamiętaj, że otrzymasz:

✔ prenumeratę studencką, przesyłając na adres **prenumerata@nipip.pl** informacje o uczelni (nazwa, wydział, kierunek) oraz numer legitymacji studenckiej

✔ prenumeratę dla firm, podając przy zamówieniu NIP. Jeśli dane do faktury mają być inne niż podane na formularzu wpłaty, prosimy o kontakt telefoniczny mailowy **prenumerata@nipip.pl**

Zamówienia można składać

– wypełniając formularz na stronie internetowej www.nipip.pl
– e-mailem: prenumerata@nipip.pl
– listownie: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Pory 78, 02-757 Warszawa
– dokonując wpłaty na konto **49 1910 1048 2268 0173 0461 0006**
– przesyłając faksem wypełniony formularz zamówienia dostępny na stronie **www.nipip.pl** na numer **22 327 61 60**

Uwaga! Do realizacji prenumeraty konieczne jest dokonanie przedpłaty na konto 49 1910 1048 2268 0173 0461 0006

Możesz kupić pojedynczy numer w cenie 11 zł za egzemplarz.
W tej sprawie prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy.
Wszystkie wątpliwości dotyczące prenumeraty wyjaśni
Arkadiusz Kurasiński tel. 691 350 353, e-mail: prenumerata@nipip.pl
lub Sławomir Czerwiński tel. 601 058 770, e-mail: s.czerwinski@nipip.pl

W tym numerze
dla nowych prenumeratorów mamy

20 praktycznych zegarków pielęgniarskich

Zabawna medycyna.pl

Otrzymają je prenumeratorzy, którzy jako pierwsi dokonają wpłaty na konto redakcji do **30 czerwca 2016 r.**

DIABETICA EXPO 2015

1 miejsce

NeuroDiab®

kwas α-liponowy 300mg

Na problemy neurologiczne ...

u diabetyków

- Zmniejsza objawy neuropatii oraz dolegliwości bólowe już po 30 dniach stosowania[1]
- Zalecane dawkowanie 2 x 300 mg na dobę
- Korzystna cena dla pacjenta
- **Produkt dostępny bez recepty**

Skład: kwas alfa liponowy, substancja wypełniająca (celuloza mikrokrystaliczna), substancje przeciwzbrylające (talk, sole magnezowe kwasów tłuszczowych), otoczka kapsułki: żelatyna **Środki ostrożności:** produkt nie jest przeznaczony do stosowanie pozajelitowego. Nie stosować u dzieci i młodzieży. Przy uczuleniu na którykolwiek składnik produktu należy zaprzestać jego stosowania.

(1) Krakowiecki A., Jasik M., Rosiński G., Stawicki S, Karnafel „Ocena leczenia kwasem liponowym u chorych z obwodową polineuropatią cukrzycową", Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna 2004, 4, 6, 413-417

Producent: ethifarm Dystrybutor: imed POLAND Promocja: POLFA TARCHOMIN S.A.

NDI/35/07/04/2016

MPiP-05_2016.indd 4 26/05/16 18:35