

**Diagnoza
pielęgniarska
w procesie
pielęgnowania**

O istocie i jakości
pielęgnowania decydują
trzy zmienne: proces
pielęgnowania jako
struktura, teorie
pielęgniarstwa jako
treść i Primary Nursing
jako organizacja.

15

**Program
zindywidualizowanej,
ukierunkowanej na
rozwój opieki i oceny
noworodka (NIDCAP)**

Obecnie nie jest
postrzegane jako
sukces samo
przeżycie noworodka
ale zapobieganie,
szczególnie w stosunku
do wcześniaków
z ekstremalnie niską
masą urodzeniową,
poważnym problemom
oraz jak najlepsza jakość
ich życia.

18

**Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

- 2 **Serwis informacyjny**
- 4 Jak to jest z tym samorządem?
- 6 **Sprawozdania**
VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek
Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
- 10 **Rozstrzygnięcie konkursu**
Mamy piękny zawód
11 Zaczarowany świat życia pielęgniarskiego
12 Los tak sprawił
- 15 Diagnoza pielęgniarska w procesie pielęgnowania
- 18 Program zindywidualizowanej ukierunkowanej
na rozwój opieki i oceny noworodka (NIDCAP)
- 21 **Kącik biblioteczny**
- 22 **Okiem psychologa**
Dlaczego ona zawsze dostaje to, o co prosi?
Kilka słów o wsparciu.
- 26 **Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie**
Praktyczne wskazówki dotyczące żywienia
pacjentów krytycznie chorych w OIT
- 31 **Kącik emerytek**
Pożegnanie lata i powitanie złotej jesieni na wycieczce
na Suwalszczyznę i Litwę
- 32 **Podziękowania**

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

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

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, (42) 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

W dniach 20-21 października 2011 roku odbył się XXVII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, na którym wybrano następujące osoby do organów OIPiP w Łodzi na VI kadencję

Przewodnicząca

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi:

AGNIESZKA KAŁUŻNA

Członkowie Okręgowej Rady

Pielęgniarek i Położnych:

Bujas Zdzisław – pielęgniarz – p. łódzki
Chudecka Krystyna – pielęgniarka – p. wieluński
Cianciara Maria – pielęgniarka – p. łódzki
Dałek-Garus Ewa – pielęgniarka – p. kutnowski
Flamholz Iwona – pielęgniarka – p. tomaszowski
Gašiorowska Joanna – pielęgniarka – p. łódzki
Gotowicka Dorota – pielęgniarka – p. skierniewicki
Jakubowska Bożena – pielęgniarka – p. kutnowski
Józwiak Ewa – pielęgniarka – p. łódzki
Kałużny Radosław – pielęgniarz – p. łódzki
Kozaczek Leokadia – pielęgniarka – p. bełchatowski
Kulbat Anita – pielęgniarka – p. łódzki wschodni
Łuszczynska Bożena – pielęgniarka – p. radomszczański
Maciejek Anna – pielęgniarka – p. piotrkowski
Mikołajczyk Emilia – pielęgniarka – p. łączycy
Okulska Lucyna – pielęgniarka – p. łódzki
Olejniczak Mirosława – pielęgniarka – p. zgierski
Oleszkin Maria – pielęgniarka – p. skierniewicki
Pęciak Renata – pielęgniarka – p. wieluński
Redo Małgorzata – pielęgniarka – p. zgierski
Ruta Elżbieta – pielęgniarka – p. pabianicki
Rybińska Dorota – pielęgniarka – p. opoczyński
Sołdon Barbara – pielęgniarka – p. brzeziński
Staszewska Iwona – pielęgniarka – p. radomszczański
Stokwisz Beata – pielęgniarka – p. skierniewicki
Wójcik Ewa – pielęgniarka – p. łowicki
Zwolińska Danuta – pielęgniarka – p. rawski
Kępa Halina – położna – p. radomszczański
Kierus Beata – położna – p. kutnowski
Kowalczyk Maria – położna – p. łódzki
Krokocka Elżbieta – położna – p. skierniewicki
Łasek Krystyna – położna – p. piotrkowski
Olejnik Ewa – położna – p. łódzki
Pawłowska Bożena – położna – p. pabianicki

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

IRENA KRÓL

Zastępcy Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej:

Bierzanowska Małgorzata – położna
Krystek Anna – pielęgniarka
Mamińska Elżbieta – pielęgniarka
Procho Małgorzata – pielęgniarka
Sobkowicz Elżbieta – położna

Przewodnicząca

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

GRAŻYNA KOZAK

Członkowie Okręgowego Sądu

Pielęgniarek i Położnych

Durys Krystyna – położna
Dylikowska Teresa – pielęgniarka
Fijałkowska Danuta – pielęgniarka
Kołodziejczyk Danuta – pielęgniarka
Korczyńska Joanna – pielęgniarka
Kubicz Małgorzata – pielęgniarka
Lubowiecka Jolanta – położna
Nowak Agnieszka – pielęgniarka
Orzechowska Urszula – pielęgniarka
Zajac Danuta – pielęgniarka
Zaskórski Tomasz – pielęgniarz
Ziemkiewicz Edyta – pielęgniarka

Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej

HALINA DERENDARZ

Członkowie Okręgowej Komisji Rewizyjnej

Będkowska Magdalena – położna
Dominowska Jolanta – położna
Jaworska Alina – pielęgniarka
Jędrychowska Wiesława – pielęgniarka
Kaźmierczak Teresa – pielęgniarka
Miazek Magdalena – pielęgniarka
Młynek Dorota – pielęgniarka
Podpora Bożena – pielęgniarka
Polak Zofia – pielęgniarka

Delegaci na Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych:

Bujas Zdzisław – pielęgniarz
Cianciara Maria – pielęgniarka
Golenia Ewa – pielęgniarka
Jakubowska Bożena – pielęgniarka
Kałużna Agnieszka – pielęgniarka
Kasprzycka Iwona – pielęgniarka
Kaźmierczak Teresa – pielęgniarka
Kępa Halina – położna
Kołodziejczyk Danuta – pielęgniarka
Kowalczyk Maria – położna
Kozaczek Leokadia – pielęgniarka
Kubicz Małgorzata – pielęgniarka
Łuszczynska Bożena – pielęgniarka
Maciejek Anna – pielęgniarka
Nowak Ewa – pielęgniarka
Rybińska Dorota – pielęgniarka
Skiba Ewa – pielęgniarka
Żurawska Janina – pielęgniarka

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

ORPiP w dniu 4 października 2011 r.

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 3 pielęgniarkom.

▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie.

▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarki.

▶ Skreślono z rejestru pielęgniarek 5 pielęgniarek.

▶ Wdano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie.

▶ Podjęto 6 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek.

▶ Podjęto 1 decyzję dotyczącą skrócenia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat.

▶ Przyjęto sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

▶ Przyjęto sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Wyborczej.

▶ Podjęto uchwałę zatwierdzającą liczbę delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych.

▶ Rozpatrzono wnioski Dyrektora Biura OIPiP w Łodzi dotyczące organizacji pracy Biura.

▶ Podjęto uchwałę w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarcie ze względu na stan zdrowia.

▶ Podjęto dwie uchwały dotyczące wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

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

▶ Na wniosek Przewodniczącej Komisji Pielęgniarek Rodzinnych dopisano nowych członków do listy.

▶ Rozpatrzono negatywnie dwa wnioski dotyczące umorzenia składek członkowskich na rzecz samorządu.

▶ Przyznano jedną pomoc finansową na opłacenie pełnomocnika sądowego przed sądem pracy.

▶ Przyznano dofinansowania w:

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

▶ 4 osobom przyznano nagrodę finansową w wysokości 1500 zł po ukończeniu studiów magisterskich

na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie.

▶ 1 osobie odmówiono przyznania nagrody finansowej – brak oceny bardzo dobry w dyplomie.

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

Prezydium ORPiP w dniu 17 października 2011 r.

▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie.

▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 5 pielęgniarek i 2 położne.

▶ Skreślono z rejestru pielęgniarek 1 pielęgniarkę.

▶ Wydano pielęgniarcie duplikat prawa wykonywania zawodu.

▶ Podjęto 4 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

▶ Podjęto uchwałę w sprawie wytypowania kandydata do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.

▶ Przyznano honoraria dla autorów artykułów publikowanych w Biuletynie OIPiP w Łodzi.

▶ Przyznano dofinansowania w:
szkoleniu specjalizacyjnym: 1 osobie,
kursach kwalifikacyjnych: 8 członkom samorządu,
kursach specjalistycznych: 2 członkom samorządu,
studiach podyplomowych: 1 osobie,
w konferencjach, zjazdach: 6 osobom.

▶ Przyznano nagrodę finansową w wysokości 1500 zł po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie – 2 osobom.

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

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

oprac. mgr Anna Manes
Sekretarz ORPiP

JAK TO JEST z tym samorządem?

mgr ZOFIA KOMOROWSKA

Historia samorządu zawodowego sięga początków XX wieku. W Konstytucji z 17 marca 1921 roku pojawił się zapis, który mówił, że obok samorządu terytorialnego osobna ustawa powoła samorząd gospodarczy. Przez takowy samorząd rozumiano izby rolnicze, handlowe, przemysłowe, rzemieślnicze itd.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku w art. 17 mówi, że „w drodze ustawy można stworzyć samorzady zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.

Przez zawód zaufania publicznego należy rozumieć taki, którego przedstawiciele charakteryzują się nienaganną postawą moralną, ich praca ma ważne znaczenie dla społeczeństwa, ponoszą osobistą odpowiedzialność za skutki działań lub decyzji. Zawody zaufania publicznego mają swoje kodeksy etyczne, a ich członkowie są zobowiązani do ich przestrzegania. Do grupy tych zawodów, posiadających swój samorząd należą: pielęgniarki i położne, lekarze i lekarze stomatolodzy, lekarze weterynarii, aptekarze, diagnosty laboratoryjni, adwokaci, radcy prawni, notariusze, komornicy,

rzecznicy patentowi, biegli rewidenci, doradcy podatkowi, architekci, inżynierowie budownictwa, urbaniści, doradcy podatkowi, rzeczoznawcy majątkowi.

Członkowie zawodów zaufania publicznego (wolnych zawodów) przynależą do samorządów zawodowych obligatoryjnie, a możliwość wykonywania przez nich zawodu jest uzależniona od wpisania do rejestru prowadzonego przez Okręgową Izbę.

Działalność samorządów oparta jest na ustawach, które określają ich strukturę oraz ustalają organy samorządowe. Najogólniej ujmując, zakres działań jakie państwo przekazało samorządom zawodowym obejmuje:

- reprezentowanie interesów określonych zawodów wobec władzy państwowej (zgłaszanie wniosków i spostrzeżeń, opiniowanie projektów prawnych),
- nadzór nad należytym wykonywaniem zawodu,
- kształtowanie zasad deontologicznych i czuwanie nad etyką wykonywania zawodu,
- prowadzenie orzecznictwa w zakresie odpowiedzialności zawodowej,
- doskonalenie zawodowe,
- samopomoc koleżeńska.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych w ostatnim czasie odniósł

sukces w postaci przyjęcia znowelizowanych ustaw o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz o samorządzie pielęgniarek i położnych. Przyznać należy, że ustawy nie spełniają wszystkich oczekiwań środowiska, ale porządkują pewne zasady i zmiany, które pojawiły się w ciągu 20 lat istnienia samorządu zawodowego.

Najważniejsze z nich to:

1. W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej:

- uporządkowanie spraw związanych z kompetencjami pielęgniarek i położnych w zakresie samodzielnych świadczeń zdrowotnych,
- prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego czy świadczenia zdrowotnego niezgodnego ze swoim sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji,
- uznanie pielęgniarek i położnych za funkcjonariuszy publicznych co oznacza, że zgodnie z Kodeksem Karnym za ich znieważenie podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych grozi kara grzywny, ograniczenie wolności lub pozbawienie wolności do 1 roku,
- zabezpieczenie przed dyskryminacją pielęgniarek zatrudnionych w ramach umowy o pracę.

2. W ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych:

- uporządkowanie orzecznictwa dyscyplinarnego,
- precyzyjne określenie kadencyjności organów.

Niestety, w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej nie ma tak bardzo oczekiwanego umocnienia prawnego w zakresie systematycznego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Jest to sprawa bardzo ważna, albowiem niewątpliwie ma ona przełożenie na brak zainteresowania tymi zawodami wśród młodzieży.

W dniu 21 czerwca 1977 roku na Konferencji Ogólnej Międzynarodowej Organizacji Pracy w Genewie została przyjęta Konwencja nr 149 dotycząca zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego „Konwencja o personelu pielęgniarskim”. Przez Polskę została ona ratyfikowana 9 października 1980 roku Konwencja ta została przyjęta ze względu na bardzo ważną rolę, jaką odgrywa personel pielęgniarski współpracujący z innymi pracownikami ochrony zdrowia w polepszaniu zdrowotności i dobrobytu ludności. Konwencja nakłada na członka, który ratyfikuje niniejszą konwencję obowiązki w stosunku do personelu pielęgniarskiego zarówno w zakresie stworzenia warunków pracy, ale także warunków życia tego personelu. W art. 2 pkt. 2 mówi również o podjęciu niezbędnych kroków w celu zapewnienia personelowi pielęgniarskiemu warunków zatrudnienia i pracy, w tym również perspektyw zawodowych i wynagrodzenia, które umożliwiłyby przyciągnięcie personelu do podjęcia zawodu i pozostania w nim.

W rzeczywistości perspektywa zabezpieczenia świadczeń pielęgniarskich ogółowi społeczeństwa polskiego z roku na rok będzie coraz gorsza. Z raportu NRPiP na temat oceny zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020 wynika, że w zawodzie pracuje około 184 tys. pielęgniarek i 22 tys. położnych, co daje łączną sumę 206 tys. Prognozowane na rok 2011 potrzeby to 328-345 tys. pielęgniarek. Jest to deficyt na pozio-

mie 30 proc. Nie możemy się ludzi, że tę „dziurę” wypełnią opiekunowie medyczni, którzy po pierwsze nie mają kwalifikacji do wykonywania czynności pielęgniarskich, zaś po drugie jest ich w Polsce około 2 tys. i znajdują oni zatrudnienie głównie w domach opieki społecznej.

Dane z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi są jeszcze bardziej zatrważające. Na przestrzeni lat 2010-2013 wiek emerytalny osiągnie 1331 pielęgniarek, zaś w tym samym czasie studia licencyjne ukończy 328 pielęgniarek. Nie jest to równoznaczne z tym, że wszystkie te panie podejmą pracę w zawodzie. Deficyt wynosi 1008 pielęgniarek. Bez podjęcia działania ze strony państwa poprzez chociażby zachętę finansową, nie da się uzupełnić braku następców pokoleniowego pielęgniarek samą tylko promocją zawodu opierającą się na takich wartościach jak szlachetność i chęć pomocy drugiemu człowiekowi.

Brak działań państwa w zakresie systematycznego przeciwdziałania niedoborom kadrowym pielęgniarek i położnych będzie rodzić negatywne skutki dla bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa.

Problemy samorządu pielęgniarek i położnych wynikają z braku dialogu pomiędzy przedstawicielami zawodu a rządem. Bardzo często propozycje przedstawione przez profesjonalistów są pomijane, a w efekcie końcowym (ustawa, rozporządzenie) występują zapisy proponowane przez stronę rządową.

Przykładami mogą być zapisy dotyczące normowania pracy pielęgniarek i położnych, w tym również brak ustanowionych sankcji za nieprzestrzeganie realizacji rozporządzenia o minimalnych normach zatrudnienia oraz nierówność traktowania podmiotów publicznych i niepublicznych w ustawie o działalności leczniczej w zakresie omawianych norm zatrudnienia.

Kolejnym problemem, który wymaga podjęcia natychmiastowych działań jest sprawa dostępności do

pielęgniarskiej opieki długoterminowej oraz porozumienia ministra pracy i polityki społecznej z ministrem zdrowia w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej mieszkańcom domów pomocy społecznej. Rozwój medycyny powoduje, że wydłuża się średnia życia społeczeństwa, ale wzrasta tym samym zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Opieka długoterminowa jest działem świadczeń zdrowotnych, którym powinny zajmować się przede wszystkim pielęgniarki. Tymczasem usługi te kontraktowane są przez nie w minimalnej ilości za mało opłacalne stawki. Zatrudnienie pielęgniarek w domach pomocy społecznej w świetle obowiązujących przepisów nie jest konieczne. Mało kto zdaje sobie sprawę z tego, że nasze domy pomocy społecznej to w większości oddziały geriatryczne ludzi psycho – i somatyczne chorych. Ludzi, którzy wymagają bezwzględnie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.

Na zakończenie wspomnę jeszcze o bardzo istotnych problemach dla zawodu pielęgniarki i położnej dotyczącej pakietu socjalnego takich jak: roczny urlop zdrowotny, skrócenie wieku emerytalnego do 55 lat, brak w wykazie chorób zawodowych schorzeń wynikających z przeciążenia układu kostno-mięśniowego spowodowanych wykonywaniem zawodu. O tych problemach nikt tymczasem nie chce słuchać.

24 września odbyła się w Łodzi III Ogólnopolska Konferencja Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, na której omawiane były problemy poszczególnych samorządów w zakresie dialogu z rządem w przeprowadzaniu uczciwych konsultacji w tworzeniu prawa w dziedzinach życia społecznego, które reprezentowane są przez zawody zaufania publicznego. Łódzką Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych reprezentowało 15 przedstawicieli samorządu.

Poniżej przedstawiam treść stanowiska przyjętego przez uczestników III Ogólnopolskiej Konferencji Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.

Uchwała III Ogólnopolskiej Konferencji Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

Zebrani 24 września 2011 roku w Łodzi na ogólnopolskiej konferencji „Samorządna Rzeczpospolita” przedstawiciele samorządów zawodowych podkreślają, że konstrukcja ustroju państwowego RP musi stale opierać się na fundamencie pomocniczości jako podstawowej idei samorządności, zgodnie z którą władza państwowa powinna wykonywać swoje kompetencje tylko w niezbędnym zakresie, pozostawiając, tam gdzie jest to możliwe, uprawnienia po stronie samorządu terytorialnego i samorządów zawodowych.

Oczekujemy od demokratycznie wybranych władz Rzeczypospolitej traktowania obywateli – zatem i samorządów zawodowych ich skupiających – jako istotnego podmiotu dialogu społecznego oraz jako współpartnerów na drodze poszukiwania najwłaściwszych rozwiązań o charakterze prawnym.

Wyrażamy wspólnie poważne zaniepokojenie utrzymującą się od lat praktyką władzy ustawodawczej oraz kolejnych rządów, a w ich obrębie zwłaszcza ministerstw resortowych, prowadzącą do formalnego i praktycznego ograniczania społecznie ważkiej roli samorządu zawodowego w strukturze państwa. Jest to faktyczne zakwestionowanie dorobku demokratycznej opozycji lat osiemdziesiątych oraz idei ustrojowych „Solidarności”. To tym groźniejsze, że jest połączone z przyzwoleniem na obniżenie progu kwalifikacji koniecznych do wykonywania zawodu, oraz że odbywa się to często w sposób zawoalowany i pod populistycznymi hasłami. Przypominamy, że zawody zaufania publicznego wykonują misję niesienia pomocy w sytuacjach dotyczących zdrowia oraz interesów osobistych i majątkowych obywateli RP, co bez odpowiedniego przygotowania zawodowego nie jest możliwe.

Jesteśmy głęboko przekonani, że jedynie konsekwentne wspieranie przez organy państwa instytucji społeczeństwa obywatelskiego może przysłużyć się rozwojowi społecznemu i pomyślności obywateli Rzeczypospolitej, co jest szczególnie ważne w dobie kryzysu ekonomicznego oraz kryzysu instytucji europejskich.

Zwracamy się do członków naszych samorządów o udział w wyborach parlamentarnych i poparcie sił politycznych, które będą stać na straży samorządności zawodowej, a nie ją zwalczać.

VII Zjazd Polskiego Anestezjologicznego

W dniach 22-24 września 2011 roku odbył się VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, którego myślą przewodnią był temat „Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece – pasja czy zawód”, nad którym patronat naukowy objął prof. dr hab. n. med. Wojciech Maksymowicz, dziekan Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Patronatem medialnym było Wydawnictwo Lekarskie PZWL oraz Wirtualny Magazyn Pielęgniarki i Położnej, natomiast patronat honorowy objęły Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Warmii i Mazur. Zjazd odbył się w malowniczo położonym Hotelu Gołębiowski w Mikołajkach.

Wykład inauguracyjny poprowadził prof. dr hab. n. med. Tadeusz Szreter, honorowy członek PTAiIO a z aktualnym stanem pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki zapoznała uczestników zjazdu dr hab. Danuta Dyk – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Prezentowane wykłady podzielone były na cztery sesje.

Pierwsza sesja dotyczyła przede wszystkim leczenia żywieniowego u pacjentów krytycznie chorych. Jednym z prelegentów był prof. dr hab. n. med. Wojciech Gaszyński, który bardzo ciekawie przedstawił główne założenia, jakie powinny być uwzględnione w żywieniu enteralnym pacjentów hospitalizowanych w oddziałach intensywnej opieki.

Podczas drugiej sesji dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk w bardzo interesujący sposób omówiła tematykę

o Towarzystwa Pielęgniarek ych i Intensywnej Opieki

JOLANTA ŁOŚ

związaną z odpowiedzialnością prawną i zawodową pielęgniarek pracujących w anestezjologii i intensywnej opiece ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych uregulowań legislacyjnych.

Kolejna sesja wykładowa poświęcona była m.in. zagadnieniom związanym z opieką nad pacjentem hospitalizowanym w oddziale intensywnej terapii.

W czwartej sesji zjazdowej poruszona została tematyka dotycząca anestetyków stosowanych podczas prowadzenia znieczuleń, szczególnie interesującym wystąpieniem była prelekcja prof. UM dr hab. Waldemara

Machały, który przedstawił uczestnikom znaczenie propofolu w codziennej praktyce, a także przybliżył istotę znieczulenia TIVA i TCI oraz sedacji w warunkach sali operacyjnej i OIT-u.

Podczas VII zjazdu po raz pierwszy wręczone zostały wszystkim członkom PTPAiIO znaczki – przypinki, świadczące o przynależności do Towarzystwa. Uczestnicy zjazdu otrzymali również certyfikaty oraz 10 punktów edukacyjnych.

Strona merytoryczna zjazdu była przygotowana na bardzo wysokim poziomie a sesjom towarzyszyły wystawy sprzętu, farmaceutyków, warsztaty tematyczne oraz imprezy integracyjne.

Sceneria Mazur, możliwość skorzystania z atrakcji hotelu oraz piękna pogoda, dodatkowo przyczyniły się do tego, iż uczestnicy zjazdu oprócz ugruntowania wiedzy zawodowej i wymiany doświadczeń, mieli czas na odpoczynek i relaks.

Zachęcamy do uczestnictwa a także prezentowania swoich prac na następnych zjazdach PTPAiIO członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Jolanta Łoś
członek Komisji Kształcenia
i Doskonalenia Zawodowego
przy OIPiP w Łodzi



Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi we współpracy z Instytutem Medycyny Pracy planuje zorganizowanie konferencji finansowanych w ramach „Program Operacyjny – Kapitał Ludzki” o następującej tematyce:

► „Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego” ◀

która odbędzie się **25 listopada br. o godz. 9.00**. Kartę zgłoszenia opracowaną przez OIPiP (dostępna na stronie www.oipp.lodz.pl) należy przesłać do 14 listopada br. na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź). Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

► „Profilaktyka chorób alergicznych” ◀

która odbędzie się **9 grudnia br. o godz. 9.00**. Kartę zgłoszenia opracowaną przez OIPiP (dostępna na stronie www.oipp.lodz.pl) należy przesłać do 24 listopada br. na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź). Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Szczegółowe informacje dotyczące m.in. miejsc, w którym odbędą się konferencje oraz program konferencji, podane zostaną w odrębnym komunikacie, który zostanie umieszczony na stronie internetowej OIPiP (www.oipp.lodz.pl).

Wynajmę gabinety na Chojnach
tel. 508 213 619

ZPCH w Bukowcu okol./Andrespola
poszukuje pielęgniarki w pełnym wymiarze
godzin. Mile widziana grupa inwalidzka.

Kontakt: Małgorzata Kowalska
42/630 24 48
m.kowalska@intap.com.pl



VIGO-Ortho Polska to filia międzynarodowego koncernu ortopedycznego V!GO. Jesteśmy europejskim liderem w dziedzinie indywidualnego zaopatrzenia, w tym protez kończyn górnych i dolnych:

- protezy tymczasowe,
- protezy ostateczne-modularne.

Pacjentom oferujemy nowoczesne rozwiązania niezależnie od wieku. Projektujemy sprzęt zarówno dla osób młodych i aktywnych jak i starszych, wymagających indywidualnych rozwiązań.

Dodatkowo prowadzimy działalność edukacyjną i szkoleniową:

- Edukacja – prowadzimy bezpłatne spotkania z pacjentami po amputacjach kończyn. Uczymy sposobu bandażowania kikutu, ćwiczeń wzmacniających, hartowania. Działania te, prowadzone w domu przyspieszają proces protezowania!
- Szkolenia – chętnie dzielimy się swoją wiedzą i doświadczeniem. Prowadzimy szkolenia dla pielęgniarek z zakresu opieki nad pacjentem po amputacji na oddziale szpitalnym. Szkolenia są bezpłatne i kończą się uzyskaniem certyfikatu.

Zachęcamy do kontaktu z nami!

Więcej informacji:

Przedstawiciel Medyczny
tel. 501-734-050, k.jez@vigo-ortho.pl
oraz na www.vigo-ortho.pl

Szanowni Państwo

Miło nam poinformować, iż w Ksawerowie powstaje nowoczesny obiekt, w którym JOVIMED Ośrodek Opiekuńczo-Rehabilitacyjny sp. z o.o. prowadzić będzie prywatny Dom Seniora JOVIMED oraz uruchomi Centrum Rehabilitacji.

Dom Seniora JOVIMED zapewni komfortowe warunki pobytowe oraz kompleksową, całodobową opiekę wspartą przyjazną, rodzinną atmosferą i bogatym programem rekreacyjno-rehabilitacyjnym. Nasz Dom przeznaczony jest dla osób w podeszłym wieku, nie wymagających hospitalizacji. Oferujemy pobyty stałe i okresowe.

Centrum Rehabilitacji, dzięki komfortowym warunkom, profesjonalnej kadrze oraz urządzeniom najnowszej generacji, świadczyć będzie najwyższej jakości usługi zarówno Pensjonariuszom, jak i pacjentom z Ksawerowa i okolic.

Nasza wieloletnia inwestycja kierowana jest do klientów ceniących sobie zarówno komfort i usługi na najwyższym poziomie, jak i poszanowanie godności i podmiotowości człowieka bez względu na jego wiek i stan zdrowia. Mamy nadzieję, że nasza oferta wpisze się w zapotrzebowanie na wysokiej jakości usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne, a my sprostamy Państwa oczekiwaniom.

Otwarcie Domu Seniora JOVIMED i Centrum Rehabilitacji planowane jest na przełomie 2011 i 2012 roku. Jednocześnie zapraszamy Państwa do śledzenia postępów budowy i organizacji naszego ośrodka na stronie internetowej www.jovimed.pl

SERDECZNIE ZAPRASZAMY!

JOVIMED

Ośrodek Opiekuńczo-Rehabilitacyjny sp. z o. o.

ul. Zachodnia 37

95-054 Ksawerów

tel. 604 443 100; (42) 213 88 43

sekretariat@jovimed.pl

www.jovimed.pl



JOVIMED

OŚRODEK OPIEKUŃCZO-REHABILITACYJNY

Zapraszamy do powstającego Domu Seniora JOVIMED i Centrum Rehabilitacji w Ksawerowie

Planowane otwarcie – przełom 2011 i 2012 roku

CENTRUM REHABILITACJI: nowoczesny sprzęt, fachowy personel,
indywidualne podejście do pacjenta, usługi najwyższej jakości

DOM SENIORA JOVIMED: komfortowe warunki pobytu, profesjonalna opieka, bogaty
program rekreacyjno-rehabilitacyjny, przyjazna atmosfera, pobyty stałe i okresowe

**Przyjmujemy wnioski o umieszczenie na liście oczekujących
na przyjęcie do Domu Seniora JOVIMED**

Zamieszkać z nami i cieszyć się życiem!

Więcej informacji na **www.jovimed.pl**

oraz pod numerami telefonu

604 443 100 ; (42) 213 88 43



JOVIMED Ośrodek Opiekuńczo-Rehabilitacyjny sp. z o.o.; ul. Zachodnia 37; 95-054 Ksawerów

Mamy piękny zawód

Uważam że mamy piękny zawód: ciężki, trudny, bardzo odpowiedzialny i niestety ma on duży wpływ na środowisko rodzinne. Według mnie należy czuć do niego powołanie. Nasza praca wymaga odwagi, uśmiechu, empatii, ogromnej wiedzy oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach, towarzyszymy przecież choremu człowiekowi w jego cierpieniu, jesteśmy dla niego oparciem, niejednokrotnie zastępujemy jego rodzinę.

Są wśród nas takie, które swój zawód traktują jak każdy inny, ale nie brakuje takich, które kochają to, co robią, pracują z wielkim oddaniem. Chociażby fakt, że większość z nas pracuje w systemie zmianowym. Weźmy pod uwagę również to, że jesteśmy równocześnie matkami i żonami. Praca dwunastogodzinna, w weekendy, dyżury nocne, zła organizacja pracy, braki personelu powoduje, że pracujemy za dwie, a to nie pozostaje bez echa. Jesteśmy

zdeenerwowane, zmęczone, mniej się uśmiechamy, nic nam się nie chce, później wszystko to odbija się na środowisku domowym.

A ile to razy zostawiamy rodzinę przy świątecznym stole. Trochę jesteśmy sobie same winne, nie szanujemy się, my nie damy rady, ale co dalej w takiej sytuacji – nasuwa się pytanie.

Obecnie praca na jeden etat to wielki komfort. Kwestia wynagrodzenia od dawien dawna nie zmieniła się, doskonale wiemy, jak wygląda i pozostawia wiele do życzenia. W związku z powyższym wiele z nas pracuje jeszcze dodatkowo w innej placówce, kosztem rodziny, albowiem jesteśmy gościem w domu.

Doskonalenie zawodowe – oczywiście – nasza profesja tego wymaga, aby aktualizować zdobytą wiedzę, wiąże się to także z postępem w medycynie, nowościami w diagnostyce i leczeniu.

W przypadku pracy na dwóch etatach jest to trudne, poza tym uży-

skanie jakiegokolwiek oddelegowania z zakładu pracy jest dzisiaj „mrzonką”. Właściwie każdy kurs czy szkolenie robimy na własną rękę, a czy tak powinno to wyglądać? Współczesne czasy tego wymagają, zwiększa się zakres obowiązków, niemal do każdej wykonywanej przez nas czynności należy mieć przysłowiowy papierek. Sytuacje stresowe w pracy – jak sądzę – także nie są żadnej z nas obce. Nie dajmy się zwariować, sprawy zawodowe zostawiamy w pracy, nie przenosimy ich na grunt rodzinny. Ja w pielęgniarstwie pracuję jedenaście lat, choć bywały różne chwile, nie żałuję, widząc uśmiech na twarzy pacjenta „znów się udało” pokazuje blaski zawodu, które często pozostają w cieniu.

Dane osobowe Autorki
zastrzeżone do wiadomości Redakcji

”

Uważam że mamy piękny zawód: ciężki, trudny, bardzo odpowiedzialny i niestety ma on duży wpływ na środowisko rodzinne. Według mnie należy czuć do niego powołanie.

”

Zaczarowany świat życia pielęgniarskiego

Z pewnością każda z nas spoglądając wstecz ma różne wspomnienia. Nauczyłam się widzieć świat z jego smutkiem i złem, cierpieniem, radością i miłością, obowiązkiem i odpowiedzialnością i kochać go mimo wszystko. Jak powszednie życie każdego człowieka tak i nasze z pewnością nie zawsze układało się według naszych oczekiwań. Z perspektywy czasu łatwiej je ocenić i docenić. Moja córka kiedy była nastolatką często wciągała mnie w świat wspominek. Mamo opowiedz, jak to było kiedy poszłaś do pracy i twoja pani oddziałowa nakrzyczyła na ciebie. Mamo, a za twoich czasów był już prąd. I wszyscy zaczynają się śmiać. No opowiedz, mamo. Prosi córka. Zaczynam snuć opowieść. Swoje pierwsze doświadczenie, które pamiętam jakby to było dziś. Za oknem siarczysta zima, pada śnieg. Rozsiadamy się na łóżku. Miałam dwadzieścia lat. To dawno mamo. Oj tak. Ale we wspomnieniach znowu mam dwadzieścia lat i jakby to było teraz. Było piękne lato. Dopiero co ukończyłam szkołę. Był to mój drugi dzień w pracy i drugi dyżur. Poszłam zrobić zastrzyk jednemu panu i ten pan wyciągnął ze mnie, młodziutkiej, niedoświadczonej, z niepokładanymi wiadomościami informację, że zamiast środka uspakajającego dostaje zwykłą wodę do iniekcji. Już w tym momencie zorientowałam się, że jestem gapa. Na następny dzień w mojej pracy wybuchła awantura. Pani oddziałowa, śp. wspaniały człowiek, która w tamtym czasie mogła być w wieku mojej mamy,

powiedziała: Te młode nadają się tylko do basenów. Poszłam w ką, wypłakałam się. I stwierdziłam, jak do basenów to do basenów. Po pół godzinie woła mnie pani oddziałowa: Jadzia trzeba podłączyć kroplówkę. A ja na to: Ja dziś podaję baseny. Moja kochana pani oddziałowa: Ja ci dam baseny, jazda do kroplówek. I takie było moje wejście smoka w ten zaczarowany świat życia pielęgniarskiego. Długo śmiano się z tych basenów. A ja do dziś pamiętam o placebo. Byłam wtedy najmłodszą pielęgniarką w oddziale. Koleżanki niektóre przepracowały już pięć lat. O jakże to było dla mnie wtedy dużo. Byłam młoda, wolna, pełna energii, choć i dziś koleżanki mówią, że jestem nie do zdarcia, zafascynowana i weszłam w dorosłe życie. I dziś moje koleżanki z pracy często namawiają mnie na wspomnienia, twierdząc, bo ty tak umiesz opowiedzieć, rozbawić, można ciebie słuchać bez końca. Moja śp. mama mówiła, że już chyba na stałe wyprowadziłam się do szpitala. Były moje dyżury grafikowe, noce prywatne, płatne nadgodziny, bo brak było pielęgniarek. I tak udawało przeżyć się

**Świat pielęgniarstwa
wrasta głębokimi
korzeniami w nasze
życie domowe. Na
okrągło maglujemy
domowników, żeby
szanowali swoje zdrowie,
otaczamy ich opieką,
czasem aż przesadną.**

dwa lata w jednym roku w barwnej atmosferze życia szpitalnego. Ucząc się, zbierając doświadczenia i dobre rady starszych koleżanek. Każda dekada w pracy i w życiu rodzinnym to nowe wyzwanie. Potem przyszedł czas, kiedy urodziłam syna i moje beztrudne życie musiałam inaczej zorganizować. Dzielić je między pracę zawodową a rodzinę. Świat pielęgniarstwa wrasta głębokimi korzeniami w nasze życie domowe. Na okrągło maglujemy domowników, żeby szanowali swoje zdrowie, otaczamy ich opieką, czasem aż przesadną. Niekiedy stało się na rozstaju dróg z niemiłosiernym bólem głowy, jak pogodzić pracę a nasze życie prywatne. Jak sobie poradzić, kiedy tej rady i pomocy zaczynało brakować. Co zrobić, żeby doba miała czterdzieści osiem godzin. W chwili obecnej te momenty troski o najbliższych nie mają już tak ciemnych kolorów, nie są tak kanciaste, zaczęły się nawet uśmiechać. Zaczynamy nawet je pieścić i twierdzić, że mogło być gorzej. Czas płynie jak woda, ani się człowiek obejrzy, a już półwiecze dawno minęło i płynie swoją fregatą w słońcu, deszczu, we mgle, zbierając żniwo doświadczeń zawodowych i życiowych. Nabiera to wszystko kształtu, barwy, smaku, a nawet zapachu – jak dobre stare wino. Snuje się ta opowieść „Z tysiąca i jednej nocy”. I jak śpiewała Edith Piaf: „Non, je ne regrette – nie żałuję niczego”.

Konrad Wallenrod

Dane osobowe Autorki
zastrzeżone do wiadomości Redakcji

Los tak sprawił

Czasem nachodziła mnie myśl Co napisaniu książki, która opowiadałaby jak przebiegała moja praca zawodowa – ciężka i odpowiedzialna praca pielęgniarki. Ale to było marzeniem. Los tak sprawił, że kiedy na jednym z dyżurów otworzyłam Biuletyn i przeczytałam o organizowanym konkursie na pracę na ww. temat ucieszyłam się i pomyślałam – zaryzykuję i napiszę artykuł.

Pracę zawodową rozpoczęłam w 1982 roku w Łodzi. To jak patrzę z perspektywy lat – kawał życia człowieka. To prawie 29 lat mojej pracy przy łóżku chorego – bardziej lub mniej cierpiącego. Czas mi pokazał, że postawiłam sobie bardzo wysoką poprzeczkę zawodową. Wybrałam sobie chyba pracę na najcięższych oddziałach w szpitalu. 22 lata to praca na oddziale chorób wewnętrznych i 7 lat to oddział medycyny paliatywnej. Na tym drugim nadal pracuje. Kiedy podejmowałam decyzje o wyborze tego zawodu i chciałam rozpocząć naukę w liceum medycznym kończyłam 8 klasę. Jaką mogłam posiadać wtedy wiedzę o tym zawodzie? Pamiętam, że bardzo podobał mi się wygląd pielęgniarki przy łóżku chorego, ta biała garsonka i uroczy czeppek. Ja również tak chciałam wyglądać wykonując ten zawód w przyszłości.

Decyzję o wyborze szkoły podejmowałam sama. Moja mama nie zgadzała się z moim wyborem. Często powta-

rzała mi, że praca na nocną zmianę to praca nie dla kobiety, a przede wszystkim nie dla tak młodej dziewczyny jak ja. Zawsze słuchałam jej uwag, ale moja decyzja wyboru szkoły i zawodu była nieodwracalna.

Po skończeniu szkoły złożyłam dokumenty o przyjęcie do pracy do szpitala, który był wtedy najbliższy mojego miejsca zamieszkania, i tak rozpoczęłam pracę na oddziale chorób wewnętrznych. Bardzo mile pamiętam przyjęcie mnie przez panią przełożoną szpitala.

To były ciężkie chwile, których nigdy nie zapomnę. Lato, wielki upał, oddział bez żaluzji w oknach.

Ilość pacjentów na moim pierwszym dyżurze to prawie 70 osób w tym kilka łóżek z chorymi na korytarzu. Bardzo zapadła mi w pamięć moja oddziałowa, która była bardzo „groźna” i bardzo wymagająca. Rzadko widziałam na jej twarzy uśmiech. Dzisiaj mogę jej za taką postawę podziękować, bo to ona nauczyła mnie dyscypliny i odpowiedzialności w tym zawodzie. Pracę rozpoczęłam w systemie 12-godzinnym, bo tak najlepiej czasowo odpowiadał nam ten system pracy.

To był dla mnie bardzo ciężki okres w pracy, bo wszystkich zabiegów uczyłam się na sprzęcie wielorazowym. To ciężki okres zawodowy w mojej pracy. Personel, z którym miałam przyjemność pracować w tym okresie to osoby z różnymi osobowościami. Odpowie-





działne i mniej przejmujące się swoimi obowiązkami. Miłe, sympatyczne, ale i opryskliwe. Ciężko wchodzi się w zespół ludzi z takimi cechami charakteru. Często nawał pracy, brak personelu, wymogi przełożonych powodowały, że pojawiały się w moich oczach łzy. Musiałam wtedy uczyć się pokonywać trudy codzienności zawodowej. Doczekałam się tego, czego bałam się najbardziej w mojej pracy – mojego pierwszego zgonu pacjenta. To przeżycie, które pozostanie mi na zawsze w pamięci. Po przyjeździe do domu po tym dyżurze, nie mogłam zjeść żadnego posiłku, bardzo źle się czułam (był to dyżur nocny). W ciągu dnia wymiotowałam na myśl tego, czego byłam świadkiem. Czułam wtedy, że chyba nie nadaję się do tego zawodu, że nie pokonam swojej obecności przy śmierci człowieka. Częste rozmowy z oddziałową pomogły mi przetrwać ten ciężki okres w mojej pracy. Czas upływał, coraz bardziej wdrażałam się do zawodu.

Zaczęłam rozumieć, że w tym zawodzie chce pracować. Po dwóch latach mojej pracy, w trakcie pełnienia dyżuru pojawił się on – pracownik szpitala. Młody mężczyzna w zawodzie konserwatora.

Nasze spojrzenia spotkały się na dłużej jak przechodził korytarzem oddziału. Przystojny brunet. Chyba

od pierwszego spojrzenia wpadliśmy sobie w oko. Po upływie czasu poprosił mnie o spotkanie. Tak się zaczęła nasza znajomość. Uczucie rozwijało się coraz mocniej. Zrozumieliśmy, że jesteśmy przeznaczeni dla siebie. Po dwóch latach znajomości zawarliśmy związek małżeński. Mąż okazał się dobrym, uczciwym, wyrozumiałym, człowiekiem o dużej wrażliwości. Z boku przyglądał się, i można powiedzieć był świadkiem mojej ciężkiej pracy. Minęły setki dyżurów dziennych i nocnych, po których nie mogłam zasnąć z bólu nóg. Pojawiały się wtedy łzy mojej bezradności. To mój mąż tłumaczył mi wtedy o przejściu na lżejszy oddział. Wiadomo, że dyżury na internie to praca w szybkim tempie.

Zawsze, jak pamiętam, były braki kadrowe na naszym oddziale. Osoby, które przychodziły na nasz oddział do pracy nie wytrzymały nawału obowiązków. Kolejny problem w mojej pracy to dyżury nocne. Te dni po dyżurach to czas, jak ja określam w mojej ocenie, wymazany z życiorysu. Nigdy po nocach nie planowałam poważnych czynności. Po prostu nie miałam siły, byłam zmęczona, niewyspana, rozdrażniona. I kto mi pomagał – oczywiście mój mąż. Nigdy nie zwrócił mi uwagi, że cały dzień śpię, że nie ma obiadu na czas. Znał charakter mojej pracy. Takie zachowanie z jego strony cementowało nasze małżeństwo. Po upływie dwóch lat podjęliśmy decyzję o poczęciu dziecka, to było naszym pragnieniem. Pojawił się problem, zaszłam w ciążę, ale poroniłam ją. To dla mnie – dla nas było ogromnym przeżyciem. Lekarze tłumaczyli mi, że przyczyną poronienia był wpływ mojej ciężkiej pracy oraz stres z nią związany. To wydarzenie wpłynęło negatywnie na moją psychikę.

Musiałam sobie radzić z tym problemem, tak ważnym dla młodej kobiety. To mąż wspierał mnie w tych ciężkich chwilach.

Kiedy po upływie czasu zaszłam w ciążę okazało się, że jest ona zagrożona ze względu na charakter pracy.

**Ten zawód nauczył
mnie wielkiej
pokory i nadziei,
że moje dobro,
które skierowane
jest w kierunku
chorego zostanie
w przyszłości
skierowane ku
mojej osobie przez
drugiego człowieka.**

Przez całą ciążę byłam na zwolnieniu i leżałam. To ciężki czas, który wspominam.

Przyjmowałam leki oraz zastrzyki na podtrzymanie ciąży. Kto je podawał? Oczywiście nauczyłam mojego męża wykonywania tych zabiegów. Urodziłam cudownego syna. Z racji tego, że nie mogłam liczyć na pomoc rodziców, bo byli czynni zawodowo, zdana byłam na siebie i męża. Wykorzystałam urlop wychowawczy, ale nie w całości. Czułam, że mam potrzebę pójścia do pracy, do moich pacjentów. I zaczął się problem. Syn musiał iść do przedszkola w wieku 3 lat, a ja wrócić na trzy zmiany do pracy. To również ciężki okres w moim życiu. Wracałam bardzo zmęczona po nocnych dyżurach do domu. Oczy zamykały mi się w autobusie w drodze powrotnej do domu. Potem szybko szykowanie dziecka do przedszkola. Wtedy mogłam położyć się spokojnie spać. Pamiętam zimowy dzień, kiedy po dyżurze nocnym obudziłam się o 16.45 a powinnam odebrać syna o 15. Takie sytuacje zdarzały mi się często. Mijały lata, syn rozpoczął szkołę podstawową.

Jeśli chodzi o moją mamę, to nadal nie mogła się pogodzić z wyborem mojego zawodu. Chodziło nadal o nocne zmiany.

Z upływem lat coraz bardziej poznawałam swój zawód. Uczyłam się i poznawałam przebieg, leczenie oraz pielęgnowanie chorych na moim oddziale. Te doświadczenia przenosiłam na grunt prywatny. Łatwo mi było podejmować decyzję, kiedy ktoś bliski z rodziny zachorował. Kierowałam ich bezbłędnie do odpowiednich specjalistów oraz potrafiłam prawidłowo przypisać objawy odpowiedniej jednostce chorobowej. To duża umiejętność – tak mi się wydawało i tak wydaje mi się dzisiaj. Ale to wszystko zawdzięczam mojemu zawodowi oraz pogłębianej wiedzy w tym kierunku. Tak mijały spokojnie dalsze lata mojej pracy na internie.

Z roku na rok czułam się bardziej zmęczona pracą na tak ciężkim oddziale. Obserwując moje zmęczenie

po pracy mąż często prosił mnie żebym zmieniła oddział na lżejszy. Nie miałam odwagi, po prostu nie lubiłam zmian w pracy. Miałam nadzieję, że na internie będę pracowała do emerytury.

Chyba przeliczyłam się, bo pojawiły się duże żylaki na kończynach dolnych. Okres od wiosny do jesieni był dla mnie bardzo uciążliwy. Dokuczał mi wtedy silny ból kończyn dolnych. Na dyżurach i po nich był on ciężki do zniesienia. Nie pomagały leki. Pojawił się wtedy dla mnie – dla mojej psychiki ciężki okres. Nie mogłam poradzić sobie z emocjami wynikającymi ze zmęczenia. Byłam rozdrażniona. Chwilami nieprzyjemna dla domowników. Mąż radził sobie wtedy ze mną bardzo dobrze. Pielęgnował swoją pasję – muzykę. Często grał na instrumentach. Ale syn był za mały, żeby móc sobie poradzić z moim zachowaniem. Pewnego dnia, kiedy wchodząc do pokoju podniosłam głos na niego, powiedział do mnie: „Czy ty, mamuń, już mnie nie kochasz, bo tak zawsze krzyczysz jak przychodzisz z pracy na mnie”. Zrozumiałam wtedy, że muszę zacząć pracować nad swoim zachowaniem, swoimi emocjami, bo stracę rodzinę. Wytłumaczyłam synowi, że to moja bezsilność emocjonalna związana z pracą i obiecałam poprawę. Coraz częściej dojrzywałam do zmiany oddziału dla dobra rodziny. Przyszedł moment, że nastąpił remont naszego szpitala. Zaczęły powstawać nowe oddziały: kardiologia i oddział medycyny paliatywnej. Pojawił się również w tym czasie remont mojego oddziału i część personelu została oddelegowana na inne oddziały. Moja kandydatura padła na oddział medycyny paliatywnej. Ogarnął mnie strach, jak poradzę sobie z tak ciężko chorymi ludźmi. Choć był to jeden dyżur, dziś z perspektywy czasu wiem, że był to piękny dzień, który otworzył mi nową drogę zawodową w mojej pracy.

Zastałam cudowny zespół – oddziałowa, ordynator, lekarze i reszta personelu, którzy z wielkim poświę-

ceniem pracują z tymi chorymi. Ich ciepło pomagało mi również w pracy z tymi chorymi. Chociaż nie było to takie proste. Dlaczego? Bo pojawiała się ona na porządku dziennym – śmierć człowieka w różnym pokroju wiekowym. Często pojawiają się łzy w moich oczach, kiedy pomagam młodej osobie przejść na drugą stronę. Nauczyłam się nie przenosić tych emocji z pracy do domu.

Tę ulgę odczuli przede wszystkim moi domownicy. Praca z tym człowiekiem to wielkie poświęcenie ze strony pielęgniarki, tak mówią nam duchowni – kapelani, którzy przychodzą codziennie do chorych.

Często proszę Pana Boga, żeby zgon chorego nie nastąpił na moim dyżurze, bo to takie ciężkie zamykać życie człowieka do worka przeznaczanego do zgonu. Ja zawsze jestem w większości świadkiem dramatu rodzin, które są obecne przy tych chorych. Dyżury nocne z przebieganych na internie zamieniłam na dyżury, w których trzymałam chorego umierającego za rękę. Dziś wiem, że praca przy chorym umierającym nauczyła mnie wielkiej pokory do życia. Moim mottem życiowym jest: „Ważne być a nie ważne mieć” To już siódmy rok pracy na tym oddziale. Mimo tego, że wychodząc z domu w Wieczór Wigilijny pojawiają się w moich oczach łzy, że kiedy w Święta Wielkanocne czy w Boże Narodzenie nie ma mnie na obiedzie wśród rodziny – ten zawód nauczył mnie wielkiej pokory i nadziei, że moje dobro, które skierowane jest w kierunku chorego cierpiącego – umierającego zostanie w przyszłości skierowane ku mojej osobie przez drugiego człowieka. To wdzięczność pacjentów i ich rodzin za moją ciężką pracę, opiekę wsparcie psychiczne i ciepło, którym staram się obdarzyć chorych daje mi dalszą siłę do pracy w moim zawodzie.

Vanessa

Dane osobowe Autorki
zastrzeżone do wiadomości Redakcji

Diagnoza pielęgniarska w procesie pielęgnowania

mgr DANUTA KOZŁOWSKA

„Jeżeli nie potrafimy czegoś nazwać, to nie możemy tego także kontrolować, finansować, nie możemy o tym uczyć, tego badać ani także wnieść jako temat zawodowy i polityczny”.

Norma M. Lang

O istocie i jakości pielęgnowania decydują trzy zmienne: proces pielęgnowania jako struktura, teorie pielęgniarstwa jako treść i Primary Nursing jako organizacja.

W strukturze procesu pielęgnowania jest diagnoza pielęgniarska, która teoretycznie określa uwarunkowania pielęgnowania pacjenta. Pielęgniarki rozmawiając między sobą o pacjencie już stawiają jakieś diagnozy tyle tylko, że sobie tego nie uświadamiają i nie nazywają tego w ten sposób.

Diagnoza pielęgniarska jest krótką i precyzyjnie sformułowaną wypowiedzią opisującą stan pacjenta, jego zachowania zdrowotne, następstwa choroby, skutki jej leczenia dla aktywności codziennego życia podopiecznego. Wymienia potrzeby, których sam nie może zaspokoić, jego reakcje na fakt choroby i stan zagrożenia życia, uzasadnia, dlaczego pacjent wymaga lub nie wymaga opieki pielęgniarskiej.

Diagnoza pielęgniarska nie może stać się sposobem etykietowania pacjenta, bezrefleksyjnego i automatycznego przypisywania pacjenta do standardu – pasuje, nie pasuje.

Diagnoza pielęgniarska nie może być też pielęgnowaniem deficytów pacjenta, podejmowaniem decyzji z pominięciem woli pacjenta, bo w oddziale jest standard pielęgnowania pacjenta z daną jednostką chorobową.

Teoretycy pielęgniarstwa różnie definiują diagnozę pielęgniarską i tak Butrym Kawczyńska określa diagnozę pielęgniarską jako wnioski pielęgniarki z danych o pacjencie wskazujące jego stan bio-psycho-społeczny i duchowy wymagający lub nie wymagający pielęgnowania z uwzględnieniem genezy i prognozy tego stanu. Np.

- nadwaga, przy czym pacjent nie wie dlaczego tyje,
- niemożność pogodzenia się z aktualnym wyglądem własnego ciała z powodu utraty kończyny,
- brak motywacji do zmiany sposobu żywienia z powodu braku wiedzy o powikłaniach cukrzycy.

Carpenito definiuje diagnozę pielęgniarską jako rozpoznanie i określenie reakcji człowieka na aktualny lub potencjalny problem pielęgnacyjny, wobec którego pielęgniarka może podjąć interwencje znaczące dla utrzymania życia lub zredukowania, wyeliminowania bądź zapobiegania powikła-

niom („Pielęgniarstwo 2000”. 3.1993). Według autora interwencja może być:

- zależna – są to działania zgodne z kompetencjami pielęgniarki podejmowane na zlecenie lekarskie, pisemne i autoryzowane,
- niezależna – są to autonomiczne, samodzielne działania pielęgniarki oparte na wiedzy pielęgniarskiej i paramedycznej wykonywane dla dobra i na rzecz pacjenta wynikające z diagnozy pielęgniarskiej ukierunkowane na cel pielęgnowania.

Diagnoza pielęgniarska to też rozpoznanie stanu, niezaspokojonych potrzeb, problemów pielęgnacyjnych, które powstały w wyniku braku możliwości samodzielnego zaspokojenia biologicznych potrzeb chorego człowieka oraz możliwości/zdolności pacjenta do samoopieki i samokontroli.

Stan to to, co jest charakterystyczne w wyglądzie, powierzchowności człowieka, to to, co jest spostrzegane:

- z zewnątrz: zdenerwowanie, wychudzenie, nadwaga, brak kończyny, zaniedbanie higieniczne, brak zębów;
- subiektywnie: ból, kołatanie serca, uczucie pełności, pieczenie za mostkiem, niechęć do kogoś/czegoś;
- jako ilość czegoś w danym momencie: obfita wydzielina, skąpa diureza, masa ciała 80 kg, ciąża bliźniacza;

- jako miara czegoś: anuria, wielomocz, niedorozwój umysłowy, duży obrzęk K.D., rozległe oparzenie;

- jako określona kategoria: zdrowy, chory, alkoholik, rodzina 3-pokoleniowa;

- jako jeden ze składników sytuacji, w której ktoś się znajduje: obawa, depresja, apatia, druga doba po operacji, nieprzytomny;

- jako fakty towarzyszące leczeniu farmakologicznemu: uczulenie, niepokój po lekach, brak wrażliwości na lek.

Problem pielęgnacyjny to określone zagrożenie, dolegliwość, trudność, trudna sytuacja, w której znalazł się pacjent z powodu choroby, urazu, utraty sprawności funkcjonalnej, a która coś utrudnia, coś uniemożliwia, w czymś pacjentowi przeszkadza, zagraża i wymaga on opieki kompetentnej pielęgniarki, ponieważ sytuacje te uniemożliwiają samodzielne zaspokojenie potrzeb jego organizmu oraz upośledzają aktywność ruchową i sprawność funkcjonalną tego pacjenta.

Kompetencje zawodowe pielęgniarki to wiedza, umiejętności zawodowe, doświadczenie umożliwiające skuteczne i bezpieczne pielęgnowanie człowieka bez bezpośredniego nadzoru (wg Kózki).

W rozwiązaniu problemu pielęgnacyjnego może pomóc pielęgniarka, która jest przygotowana do realizowania skutecznej i bezpiecznej opieki, pomocy, edukacji terapeutycznej, asystowania, wspierania, mobilizowania.

Problemy pielęgnacyjne pacjenta w trakcie rehabilitacji w późnym okresie po zabiegu kardiochirurgicznym z literatury (Magazyn Pielęgniarki i Położnej 7/8. 2008. 44-45):

- niepokój i zagubienie związane ze zmianą specyfiki i miejsca hospitalizacji,

- ból w okolicy rany mostka spowodowany toczącym się procesem zapalnym,

- obawa przed wykonaniem ćwiczeń rehabilitacyjnych spowodowana bólem rany mostka,

- ból kończyn dolnych związany z zastoje krwi żyłnej, wynikający z ograniczenia aktywności ruchowej i osłabienia pompy mięśniowej,

- kaszel i zaleganie wydzieliny spowodowane spłycającym oddechem oraz nieprawidłowym odkrztuszaniem.

- brak wiedzy chorego i jego rodziny na temat pożądanych zachowań zdrowotnych w nowej sytuacji zdrowotnej,

- niepokój związany z wymaganym zwiększaniem wysiłku fizycznego (MPiP).

Problemem pielęgnacyjnym nie są objawy choroby, urazu czy gwałtownego wypadku. Są to problemy zdrowotne, czyli trudności związane z kategorią zdrowia i są domeną lekarza. Np.: ból brzucha, duszność, kaszel, wysoka temperatura, niedowład kończyny, zaparcia, niepokój, bezsenność, wysokie ciśnienie krwi, wymioty.

Ból, wymioty, zaparcia, wysokie ciśnienie w czymś przeszkadzają pacjentowi, coś uniemożliwiają, coś utrudniają, czegoś nie zapewniają, a pielęgniarka może pielęgnowaniem coś ułatwić, coś umożliwić, coś zapewnić, w czymś przeszkodzić, przed czymś zabezpieczyć i ochronić. To coś pielęgniarka musi rozpoznać.

Problemy pielęgnacyjne pacjenta po resekcji tarczycy z literatury: chrypka, duszność, tężyżka, zagrożenie życia w wyniku przełomu tarczycowego, ból, zakażenia, krwotok, wymioty. (Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 3. 2010. 21).

To nie są problemy pielęgnacyjne tylko problemy zdrowotne.

Wymienione problemy zdrowotne powodują, że pacjent nie może zaspokoić potrzeb swojego organizmu, traci samodzielność, staje się zależny od drugiej osoby, traci zdolność pełnienia ról społecznych i zawodowych.

Problemy zdrowotne powodują to, że pojawiają się problemy pielęgnacyjne i one są częścią diagnozy pielęgnarskiej, pielęgniarka musi je dostrzec, np.:

- ograniczenie aktywności pana XZ z powodu bólu kolana,

- osłabienie z powodu duszności i niechęć do wstawania z łóżka,

- złe samopoczucie z powodu przewlekłego zaparcia,

- niechęć do spożywania posiłku z powodu niesmaku w ustach,

- brak samodzielności z powodu niedowładu kończyny górnej,

- niesmak w jamie ustnej z powodu wymiotów.

Problem pielęgnacyjny musi być rozwiązany zarówno przez pacjenta, z jego udziałem i chęcią pomocy sobie, jak również przez pielęgniarkę, która dobiera środki, metody i sposoby pracy z pacjentem, a więc realizuje opiekę pielęgnarską zgodnie z wyznaczonym celem pielęgnowania.

Cel pielęgnowania to przewidywany, pożądany, skuteczny i bezpieczny kierunek pracy pielęgniarki z pacjentem i jego rodziną w danej jednostce chorobowej, urazie lub po wypadku = domniemana skuteczność, np.:

- łagodzenie skutków męczącego kaszlu,

- zniesienie duszności i uspokojenie pacjenta.

Problemem pielęgnacyjnym nie jest również rozpoznanie lekarskie np. zapalenie płuc, ale wszystko to, co z zapaleniem płuc się wiąże i coś, co utrudnia pacjentowi życie w tej sytuacji zdrowotnej, np. trudności w oddychaniu mogą być przyczyną zachłyśnięcia, duszność utrudnia przyjmowanie posiłków, ograniczenie aktywności fizycznej z powodu duszności i osłabienia, niepokój z powodu podawania tlenu, suchość w jamie ustnej z powodu oddychania przez usta, niesmak z powodu odkrztuszania wydzieliny, konieczność pozostawania w łóżku.

Diagnoza pielęgnarska to też rozpoznanie potrzeb organizmu, których w związku z chorobą, urazem, wypadkiem pacjent nie może zaspokoić samodzielnie lub ma to utrudnione.

Potrzeba jest to stan napięcia organizmu człowieka niezbędny do

zachowania zdrowia, utrzymania życia, podtrzymania gatunku ludzkiego, szczęścia osobistego i zawodowego.

Są takie same w stanie zdrowia i w stanie choroby; mogą być inaczej zaspokajane, stąd wybór przez pielęgniarkę środków, metod i sprzętu szczególnie w chorobie człowieka.

W zdrowiu człowiek zaspokaja je sam, a w chorobie wymaga zastąpienia lub pomocy.

Według A. Masłowa potrzeby dzielą się na potrzeby: z niedostatku = biologiczne gwarantujące egzystencję organizmu istoty ludzkiej i potrzeby z rozwoju istoty ludzkiej, psychospołeczne i duchowe gwarantujące świadomy byt w społeczeństwie, świadomość siebie w społeczeństwie, świadome decyzje i wybory, zainteresowanie świadomym bytem, aktywny udział w bycie czyli otaczającej, skomplikowanej rzeczywistości.

Potrzeby z niedostatku = biologiczne: żywienia i przyjmowania płynów,

ruchu, wypoczynku i snu, wydalania (nie fizjologiczne), czystości, oddychania, termoregulacji, seksualna, bezpieczeństwa.

Potrzeby z rozwoju = psychospołeczne: miłości, przynależności, czułości – przytulenie, dotyk, gest, przywieranie, uznania, akceptacji, zainteresowań, intelektualne, samorealizacji.

Pacjent z chorobą zwyrodnieniową stawów nie może samodzielnie zaspokoić potrzeb swojego organizmu: bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, ruchu, żywienia i przyjmowania płynów, czystości osobistej (i najbliższego otoczenia), wydalania, psychospołecznych = z rozwoju.

Pacjent z chorobą wrzodową żołądka ma utrudnione samodzielne zaspokajanie potrzeb z niedostatku: bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, żywienia dietetycznego i przyjmowania płynów, wypoczynku i snu, wydalania oraz psychospołecznych = z rozwoju.

Cierpienie zaczyna się wówczas, gdy człowiek uświadamia sobie swoją niezdolność do samodzielnego zaspokajania potrzeb organizmu w chorobie, która go ogranicza, coś utrudnia, uniemożliwia, przeszkadza, uzależnia od innych. I to jest problem natury zawodowej do rozwiązania przez pielęgniarkę – jak pomóc, jak zabezpieczyć, co zrobić, czego nauczyć, jak wspierać w odzyskiwaniu samodzielności funkcjonalnej i niezależności na miarę możliwości pacjenta.

A to już zależy do profesjonalizmu pielęgniarki, od tego jak mocno kocha ludzi, od jej twórczego działania, bez rutyny, uczciwie, zgodnie z kanonami zawodu i dobrą relacją terapeutyczną pielęgniarka – pacjent.

Literatura u Autorki

Danuta Kozłowska
mgr pielęgniarstwa
nauczyciel akademicki



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

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

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

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

DOKSZTAŁCAJĄCE DLA PIELEŃNIAREK, POŁOŻNYCH I PRACOWNIKÓW BRANŻY MEDYCZNEJ

Trening komunikacji z pacjentem

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

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**

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

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

www.erudio.com.pl

Program zindywidualizowanej, ukierunkowanej na rozwój opieki i oceny noworodka (NIDCAP)

WIOLETTA CEDROWSKA-ADAMUS

Obecnie nie jest postrzegane jako sukces samo przeżycie noworodka ale zapobieganie, szczególnie w stosunku do wcześniaków z ekstremalnie niską masą urodzeniową, poważnym problemom oraz jak najlepsza jakość ich życia.

Lepszy nadzór płodu w czasie ciąży oraz porodu, rozwój technologii medycznych, nowoczesna farmakoterapia oraz pogłębiające się zrozumienie patofizjologii organizmu przedwczesnie narodzonych dzieci pozwalają rosnącej liczbie maluchów na opuszczenie murów szpitala. Jednak mimo znaczącego postępu w opiece perinatalnej nie spada ilość, zarówno w Polsce jak i innych krajach, ciąż zakończonych przed upływem 37 tygodni. W ciągu ostatnich lat zmieniła się granica wieku płodowego, powyżej której możliwe jest przeżycie przedwześnie urodzonego dziecka (z 28 tygodnia ciąży w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku do 22 tygodni współcześnie). Ponadto około 25 proc. wcześniaków rodzi się z masą ciała mniejszą niż wynikałoby to z ich wieku. Najniższa przeżywalność obserwowana jest w grupie noworodków urodzonych pomiędzy 22 a 24 tygodniem ciąży, z masą ciała 400-749 g. Te najmniejsze dzieci znajdują się też w grupie narażonej w dużym stopniu na wystąpienie problemów w rozwoju psycho-motorycznym i społecznym. Do spotykanych powikłań wcześniactwa w pierwszych miesiącach życia należą: dysplazja oskrzelowo-płucna (BPD), krwawienia dokomorowe (IVH), prze-

trwały przewód tętniczy (PDA), retinopatia (ROP), martwicze zapalenie jelit (NEC). Wśród zaburzeń w późniejszych latach (nierzadko zauważanych w okresie wczesnoszkolnym) występować mogą nieprawidłowości rozwoju psycho-ruchowego o różnym stopniu nasilenia, trudności w mówieniu, dysleksja, zespół nadaktywności i niedoborów uwagi, problemy społeczne, zaburzenia lękowe czy skłonność do depresji.

Obecnie nie jest postrzegane jako sukces samo przeżycie noworodka ale zapobieganie, szczególnie w stosunku do wcześniaków z ekstremalnie niską masą urodzeniową, poważnym problemom oraz jak najlepsza jakość ich życia. Trendy te znajdują odzwierciedlenie w takich ideach jak humanizacja procesu leczenia noworodków czy programy wczesnej interwencji rozwojowej. Najbardziej znany i najlepiej udokumentowany wśród nich jest program zindywidualizowanej, ukierunkowanej na rozwój, opieki i oceny noworodka – NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Opracowany przez psycholog dr H. Als i współpracowników ze szkoły Brazeltona w Bostonie na początku lat osiemdziesiątych XX wieku, w ko-

lejnych latach zalecony do codziennej praktyki w oddziałach intensywnej terapii przez Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Neonatologicznych (National Association of Neonatal Nurses – NANN). Jego celem jest wspieranie rozwoju fizycznego, psychicznego i emocjonalnego noworodków z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzeń rozwojowych. Podstawy teoretyczne programu uwzględniają fakt dojrzewania układu nerwowego/mózgu wcześniaka w środowisku znacznie różniącym się od tego, do którego jest przystosowany na danym etapie. Jak pokazują wyniki badań, pomiędzy 24 a 40 tygodniem ciąży odbywa się dynamiczne kształtowanie mózgu, szczególnie w obrębie kory. Jest to związane m.in. z szybkim powiększaniem masy mózgu, która w 26. tygodniu życia wewnątrzmacicznego wynosi zaledwie około 75 g, podczas gdy u donoszonego noworodka około 400 gramów. Podstawowe struktury receptorów zmysłów powstają we wczesnych tygodniach ciąży, jednak ich funkcjonalne doskonalenie następuje w ostatnich szesnastu – dwudziestu (np. odczuwanie smaku 12-14 tydzień, rozróżnianie dźwięków 24-35 tydzień, widzenie 30 tydzień – 24 miesiąc). Proces ten nie

zostaje przyspieszony przez wcześniejsze narodziny, inaczej niż przypadku nerek, przewodu pokarmowego czy płuc. Noworodek, również wcześniak, posiada w pełni kompetentny pod względem anatomicznym i funkcjonalnym system zdolny do odbierania bodźców bólowych, nie potrafi natomiast bronić się przed nadmierną impulsacją bólową. Niedojrzałość fizjologiczna powoduje obniżenie progu bólowego oraz większą ilość receptorów opioidowych (co może być wykorzystywane do hamowania stymulacji nocyceptywnej).

Środowisko Oddziału Intensywnej Terapii Neonatologicznej

Formowanie układu neurologicznego płodu, noworodka czy niemowlęcia to nie tylko doskonalenie narządów zmysłu ale też ruchu, związków socjalnych i emocji oraz umiejętności przyswajania wiedzy. Przedwczesny poród powoduje opuszczenie bezpiecznego, z ograniczoną ilością bodźców sensorycznych, środowiska macicy matki. Ponadto na niedojrzałość wielonarządową często nakładają się problemy zdrowotne małego pacjenta oraz związana z ich terapią

duża liczba zabiegów leczniczych, diagnostycznych czy pielęgnacyjnych. Stwarza to sytuację „podwójnego uderzenia” w zakresie ryzyka nieprawidłowego dalszego rozwoju. Rutynowe postępowanie w OION, zorientowane na zadania i realizację procedur, dla wielu przedwcześnie urodzonych dzieci oznacza całkowitą separację od matki/rodziców, brak nieprzerwanych okresów głębokiego snu (brak możliwości ustalenia rytmu okołodobowego), ekspozycję na nadmierne natężenie światła i dźwięków, powtarzające się doświadczanie stresujących czy bolesnych zabiegów. Jak potwierdzają badania naukowe ekologia środowiska oddziału intensywnej terapii ma silny wpływ na rozwój neurosensoryczny oraz na aktualny stan kliniczny dziecka – nadmierna stymulacja powodować może np. nawracające epizody bezdechów, desaturacji, zaburzeń rytmu serca. Zgodnie z modelem opieki zaproponowanym przez dr Als priorytetem w organizacji pracy z najmłodszymi podopiecznymi jest zapewnienie im optymalnych warunków, zbliżonych ilością i jakością bodźców, do istniejących wewnątrzmacicznie. Dzieci urodzone z ciąży trwającej krócej niż 37 tygodni są w rzeczywistości płodami „oczekującymi” ściśle określonego

otoczenia, aby w pełni wykorzystać swój potencjał rozwojowy. Do jego elementów należy ciało matki oraz jej grupa społeczna (ojciec dziecka, inni członkowie rodziny, przyjaciele). Płodowe noworodki przygotowane są na doświadczanie wpływu płynu owodniowego, delikatnego, ograniczającego dotyku ściany macicy, dźwięków i światła o niewielkim natężeniu. Przedwczesne narodziny powodują też zaburzenie rytmów okołodobowych, do których przystosowany jest płód (tradycyjny oddział intensywnej terapii pracuje z podobnym natężeniem 24 godziny na dobę). Wymienione problemy sprawiają często, że nawet klinicznie zdrowe wcześniaki borykają się nierzadko z późniejszymi trudnościami, do których należeć mogą deficyt uwagi, niski próg tolerancji na bodźce, słabe kompetencje językowe. Do elementów prawidłowej modyfikacji środowiska OION należą: przekazywanie raportów z dala od dziecka, ściszenie sygnałów alarmowych i telefonów, delikatne zamykanie inkubatorów, nie stawianie przedmiotów na inkubatorze, ciche rozmowy w pobliżu dziecka. Ochrona przed nadmiernym oświetleniem to stosowanie osłon na inkubatory, oczy, indywidualne źródła światła. Ochrona przed nadmierną stymulacją: *minimal handling* (definiowane jako ograniczenie ilości interwencji przy ich maksymalnej celowości i skuteczności), zgrupowanie zabiegów, ograniczenie ich ilości, umożliwienie dziecku powrotu do równowagi po każdej interwencji. Zapewnienie prawidłowej pozycji, sprzyjającej poczuciu bezpieczeństwa: ułożenie po zabiegach w „gniazdku”, ułożenie w pozycji na brzuszku lub na boku z zachowaniem pośrodkowej linii ciała, umożliwienie ssania lub chwytania przedmiotów, okrycie miękkimi pieluszkami/kocykiem, muzykoterapia, pozwolenie dziecku na 2-3 godzinny głęboki sen.



Kangurowanie

Rodzice noworodka leczonego w OION

Rozpoczęcie interakcji pomiędzy rodzicami a nienarodzonym dzieckiem odbywa się zazwyczaj od momentu pierwszych odczuwanych przez matkę ruchów płodu. Powstawanie więzi emocjonalnej jest procesem zachodzącym w czasie trwania ciąży, kontynuowanym po porodzie. Noworodek traci jedność fizyczną z matką, ale nadal w naturalny sposób pozostaje od niej zależny w zaspokajaniu fizjologicznych potrzeb:



karmienia, ssania bezpieczeństwa, ciepła i opieki. Fizyczna i psychiczna dostępność matki jest niezbędnym warunkiem ich zaspokojenia. Poród przedwczesny i separacja rodziców od dziecka w poważny sposób zakłóca tworzenie prawidłowych relacji w rodzinie. Rodzice noworodków leczonych w OION odczuwają lęk o życie dziecka, zaniepokojenie dotyczące jego przyszłości, często diagnozowany jest u nich stres pourazowy (gdzie jako traumę postrzegane jest oddzielenie fizyczne i emocjonalne od synka/córeczki oraz wszystko to co związane jest z hospitalizacją).

Matki wcześniaków doświadczają ambiwalentnych uczuć: frustracji, gniewu, utraty kontroli, winy, wstydu, straty, nadziei. Jednym z najczęściej wskazywanych przez rodziców problemów jest niemożność uchronienia

własnego dziecka przed cierpieniem. Kobiety czują się oceniane krytycznie, pouczane i nadzorowane. Podkreślają frustrację związaną z brakiem możliwości realizacji matczynej opieki. Duża część rodziców ma trudności w zaakceptowaniu aparatury oddziału oraz wyglądu noworodka – przez czas ciąży wyobrażali sobie „idealne” niemowlę w domowym otoczeniu.

Omówione czynniki wpływają negatywnie na wzajemne relacje w rodzinie oraz panujące w niej emocje i więzi. Od nich zaś w decydujący sposób zależy jakość opieki rodzi-

Zasłanianie twarzy

cielskiej oraz rozwój intelektualny i psychomotoryczny niemowlęcia.

Prawidłową opiekę zainicjowaną w oddziale intensywnej terapii ułatwia dostęp do stałych, jednolitych informacji, otwarty, efektywny styl komunikowania, edukacja dostosowana do indywidualnych potrzeb rodziny.

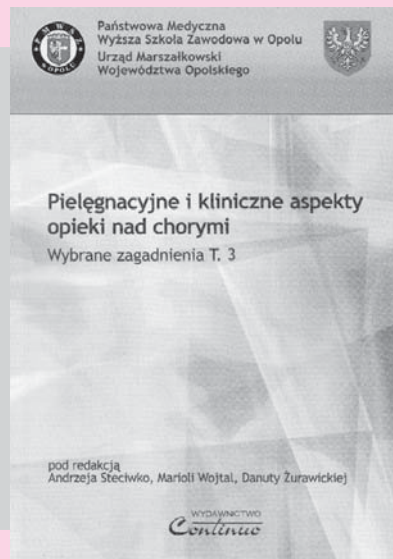
Kluczowe znaczenie ma również prawidłowa ochrona noworodka przed stresem/bólem (*minimal pain*), udział rodziców w czynnościach pielęgnacyjnych, częsty kontakt z dzieckiem „skóra do skóry” (*kangurowanie*) oraz udzielane rodzinie wsparcie emocjonalne i duchowe.

NIDCAP

Jak zaobserwował i opisał dr T. Berry Brazelton językiem, którym noworodki komunikują się z opiekunami jest język ich ciała. Noworodek odbiera świat poprzez zmysły. Jego zachowanie jest odzwierciedleniem aktualnego doświadczenia. NIDCAP jest programem wczesnej interwencji opierającym się na systematycznej obserwacji zachowań przedwcześnie urodzonego dziecka. Obserwacje te opisują szczegółowo zachowanie, wygląd, silne strony, problemy i stan kliniczny noworodka. Do monitorowanych elementów należą: status fizjologiczny (wzór oddechu, akcja serca, ciśnienie krwi, saturacja, zabarwienie skóry), stan czuwania i fazy snu, motoryka (napięcie mięśniowe, pozycja ciała), gotowość do interakcji z otoczeniem (odpowiedź na stymulację), możliwość samoregulacji (wyciszenie się po zadziałaniu czynników o negatywnym charakterze). Do zachowań najmłodszych dzieci świadczących o dyskomforcie/zmęczeniu zaliczyć można np.: kwilenie, płacz, czkawkę, ulewianie, zmianę koloru skóry, zaciskanie powiek, odwracanie się. Również kichanie, drżenia kończyn, oddawanie stolca, wzrost wysiłku oddechowego, wysuwanie języka, podkurczanie/prostowanie kończyn, zaciskanie palców (piąstek), zasłanianie twarzy należą do wskaźników stresu u wcześniaka. O gotowości do zabawy, interakcji mówią np.: otwieranie oczu, rozglądanie się wokół, próby ufksovania wzroku na obiekcie/twarzy, prawidłowo napięte kończyny, dowolne ruchy, oddech właściwy dla danego dziecka, zaróżowiona skóra, ruch ręką w stronę ust, szukanie możliwości ssana. Na podstawie wyników obserwacji behawioralnych planowane są działania zespołu terapeutycznego mające na celu taką modyfikację rodzaju opieki oraz środowiska OION by były jak najbardziej dostosowane do indywidualnych potrzeb danego dziecka i uwzględniały jemu właściwy próg tolerancji na stymulację. W oma-

wianym modelu rodzice stanowią jedną z najważniejszych części opieki. Udzielane jest im wsparcie i pomoc w zrozumieniu sygnałów wysyłanych przez dziecko. Noworodek postrzegany jest jako aktywny uczestnik w jego/jej staraniach w osiągnięciu równowagi. W pracy oddziału metodą NIDCAP szczególnie istotna jest jakość relacji interpersonalnych pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego, dawcami opieki a noworodkiem oraz pomiędzy dzieckiem i rodzicami. NIDCAP jest procesem wielodyscyplinarnym, angażującym nie tylko medycynę czy pielęgniarstwo ale też rodzinę i system organizacyjny. Wymaga współpracy, autonomii poszczególnych podmiotów opieki, konsekwentnego planowania działań. Jego podstawowym założeniem jest zmiana podejścia ze zorientowanego na realizację procedur, zadań (tradycyjnie) na realizację celów. W okresie ostatnich dwudziestu lat przeprowadzono wiele randomizowanych badań potwierdzających pozytywne efekty NIDCAP. Należą do nich m.in.: większe przyrosty masy ciała, krótszy czas trwania mechanicznej wentylacji, krótszy okres tlenoterapii, mniejsza częstotliwość występowania BPD, szybsza gotowość do jedzenia przez smoczek/piers, krótszy okres hospitalizacji, wyczerlenie rodziców na potrzeby rozwojowe dziecka (w tym większe zaangażowanie w opiekę nad niemowlęciem ojców). W Europie znajduje się sześć ośrodków szkoleniowych NIDCAP: we Francji, Holandii, Szwecji, Wielkiej Brytanii oraz Belgii. Szkolenia mające na celu wprowadzenie zmiany w systemie opieki prowadzone są w konkretnym ośrodku, uwzględniając jego specyfikę i kulturę organizacji. Więcej informacji na temat procesu certyfikacji i szkoleń na oficjalnej stronie NIDCAP Federation International: www.nidcap.org.

Wioletta Cedrowska-Adamus
Klinika Neonatologii ICZMP
uczestnik szkolenia w Londynie
na temat NIDCAP



Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia Tom. III

Andrzej Steciwko, Mariola Wojtal, Danuta Żurawicka

Wydawnictwo Continuo
Wrocław 2010
ISBN 978-83-62182-07-7

Autorzy po raz kolejny przedstawiają szeroki wachlarz zagadnień, który ma sprzyjać refleksji i ciągłym poszukiwaniom lepszych rozwiązań na „dziś i na jutro” medycyny, pielęgniarstwa i położnictwa. W trzecim tomie serii aspektów pielęgnowania autorzy omówili m.in.:

- wpływ spożycia alkoholu przez ciężarne na rozwój płodu i zdrowie noworodka,
- choroby przyzębia a ciąża, antykoncepcja wśród studentów,
- noworodek donoszony – postępowanie po porodzie,
- retinopatia wcześniaków – trudny problem kliniczny – standardy postępowania,
- nietrzymanie moczu,
- żywienie pozajelitowe u dzieci,
- problemy pielęgnacyjne i psychologiczne przewlekłe chorych neurologicznie,
- opieka pielęgniarska nad chorym ze wszczepionym kardiowerterem – defibrylatorem,
- wpływ leczenia erytropoetyną na jakość życia osób hemodializowanych,
- powikłania późne cukrzycy typu 2 – rola pielęgniarki w ich zapobieganiu i leczeniu,
- praca zespołu ratownictwa medycznego w niesieniu pomocy osobom dorosłym, które doznały urazu w wypadku drogowym,
- aspekty pomocy medycznej udzielanej ofiarom przemocy,
- opieka duchowa nad pacjentem umierającym i jego rodziną.

Oddając kolejną publikację autorzy mają nadzieję, iż ułatwi ona realizację zainteresowań na płaszczyźnie zawodowej, pomoże w poszukiwaniu prawidłowych postaw oraz zapewni zdrowe funkcjonowanie i jak najlepszą jakość życia Państwa podopiecznych.

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Dlaczego ona zawsze dostaje to, Kilka słów o wsparciu

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Renia i Zosia są koleżankami. Łączą je jedynie wiek (niedawno obie przekroczyły magiczną pięćdziesiątkę) i wspólna praca w biurze. Lista różnic jest zdecydowanie dłuższa – zaczyna się na wyglądzie, a kończy na podejściu do siebie, świata i innych ludzi.

Renia jest zamkniętą w sobie i mocno rozgoryczoną kobietą, która wyraźnie przejawia oznaki kryzysu wieku średniego. Ma mało satysfakcjonujące małżeństwo (z mężem nie rozwiodła się z kilku powodów: bo ślub kościelny, bo „co ludzie powiedzą”, no i wreszcie – „dzieci muszą mieć ojca”). Jest zaniedbana (nie tylko z powodu słabej kondycji finansowej), nie lubi wyróżniać się z tłumu i nie umie upominać się o swoje. Przeżywa mnóstwo rozczarowań (na każdym polu swojego życia – prywatnym, zawodowym etc.), a swoją gorycz wylewa na dorastające dzieci (wiadomo – dzieci kochają bezwarunkowo i nie odejdą obrażone). Nie ma znajomych ani przyjaciół. Wszystkie spotkania towarzyskie, na których musi się pojawić, przeżywa na kilka dni wcześniej, w efekcie czego w trakcie spotkania jest spięta i sprawia wrażenie bardzo chłodnej i zdystansowanej do ludzi. Często przeżywa różne problemy, z którymi tak naprawdę zostaje sama. Przeżywa je długo w sobie, co wzmacnia w niej poczucie klęski. Ma żal do różnych ludzi, że nie myślą o niej, że nie proponują pomocy, że są skoncentrowani na sobie.

Zosia jest energiczną kobietą. Dbą o siebie, lubi ładnie się ubrać, bywa u kosmetyczki. Ma udane życie rodzinne (świetnie poradziła sobie z etapem „pustego gniazda”), dużo dobrych znajomych i przyjaciół, satysfakcjonującą pracę, w której czuje się doceniana przez szefostwo i kolegów, wiele zainteresowań, na które nie szczędzi czasu. Swoje ostatnie urodziny obchodziła hucznie z licznymi znajomymi uważając, że życie kobiety zaczyna się po 50-tce. Kiedy ma jakiś problem, zawsze znajdzie się koło niej ktoś, kto pomoże, ale też Zosia rzadko ma problemy. Jeśli coś układa się nie tak, jak powinno, podchodzi do sprawy zadaniowo i szuka rozwiązania. Można śmiało powiedzieć, że zawsze dostaje to, po co wyciąga rękę.

Nie trzeba głębokich analiz tych charakterystyk, aby stwierdzić, że Renia jest pozbawiona wsparcia społecznego (rozumianego najogólniej jako sieć powiązań społecznych pozwalających jednostce na zaspokajanie jej potrzeb), zaś Zosia otrzymuje go dużo i we właściwych momentach. To właśnie owo wsparcie jest w dużej mierze odpowiedzialne za samopoczucie naszych bohaterek i ich podejście do życia. Spróbujmy poszukać odpowiedzi na pytanie, dlaczego niektórzy ludzie, tak jak Zosia otrzymują dużo wsparcia, podczas gdy inni, jak np. Renia, nie otrzymują go prawie wcale? Czy można to zmienić?

Już pobieżna charakterystyka Reny i Zosi pozwala stwierdzić, że kobiety różnią się między sobą w zakresie pewnych cech osobowości. Pierwsza jest introwertykiem, zaś druga – ekstrawertykiem. Stąd różnice w liczbie znajomych i w jakości relacji, jakie łączą je z innymi ludźmi. Czy podążając tym tropem można odkryć przyczynę, dlaczego niektórzy dostają zawsze to, o co proszą, podczas gdy innym to się nie udaje? Odpowiedź na to pytanie brzmi „tak”, bowiem jedna z koncepcji zajmujących się problematyką wsparcia społecznego i poszukująca powiązań pomiędzy osobowością a owym wsparciem widzi tu pewne zależności, które można rozpatrywać na różnych płaszczyznach. I tak osobowość może decydować o łatwości

, o co prosi?

nawiązywania kontaktów – wiadomo przecież, że wraz z nasileniem ekstrawersji dużo prościej jest znaleźć sobie nowych znajomych, niż w przypadku nasilenia cech typowych dla introwertyków. Ale nie jest to jedyny mechanizm łączący osobowość ze wsparciem społecznym, bo przecież trzeba zauważyć, że osobowość determinuje przebieg interakcji w związkach już istniejących. Ponownie łatwiej w tym względzie jest ekstrawertykom, którzy mają jakby naturalną zdolność do organizowania spotkań i imprez, na które lubią przychodzić inni. To jednak nadal nie wyczerpuje zależności zachodzących między interesującymi nas pojęciami, bowiem najważ-

Wsparcie pociąga za sobą rozmaite korzystne dla zdrowia konsekwencje – obniża napięcie stresowe pojawiające się w chwili zagrożenia, osłabia negatywne skutki stresu, i dlatego działa jak bufor.

niejszym mechanizmem z punktu widzenia naszych aktualnych zainteresowań wydaje się być fakt, że to właśnie osobowość decyduje o ocenie zasobów związanych ze wsparciem i o tym, jak osoba ocenia poziom wsparcia spostrzeganego. Okazuje się bowiem, że dla samopoczucia osoby najważniejsze jest nie to, ile otrzymuje pomocy (wsparcie otrzymane), ale to, jak ją ocenia (wsparcie spostrzegane). Można więc otrzymać relatywnie mało wsparcia, ale być przekonanym, że znajduje się w epicentrum pomocy i odwrotnie – otrzymać bardzo dużo pomocy, ale nisko ją ocenić. W tym przypadku zdecydowanie lepsze samopoczucie będzie odczuwała osoba oceniająca wyżej otrzymane wsparcie. Lepsze samopoczucie można wytłumaczyć w tym przypadku buforowym działaniem wsparcia. Otóż zgodnie z założeniami hipotezy buforowej wsparcie pociąga za sobą rozmaite korzystne dla zdrowia konsekwencje – obniża napięcie stresowe pojawiające się w chwili zagrożenia, osłabia negatywne skutki stresu, i dlatego działa jak bufor. Dzięki niemu również uruchamia się mechanizm zmiany percepcji stresu, np. dotychczasowa ocena konkretnego wydarzenia typu strata i zagrożenie może być przekształcona pod wpływem wsparcia (np. informacyjnego) na ocenę typu wyzwanie. Osoby w kryzysie mogą też pod wpływem wsparcia zmienić ocenę swoich kompetencji, a uzyskując wgląd we własne możliwości – zwiększając poczucie zaradności i zmieniając wtórną ocenę poznawczą stresu. Aby więc wsparcie pełniło funkcję buforową trzeba dać otoczeniu do zrozumienia, że jest się w potrzebie, ku temu zaś potrzebne są określone właściwości osobowości typowe dla ekstrawersji.

Dlaczego? Otóż to, co odróżnia ekstrawertyków od introwertyków, to m.in. poziom lęku i impulsywności, który decyduje o wrażliwości na kary i nagrody. Te zmienne znajdują odzwierciedlenie w percepcji świata, tworzeniu jego reprezentacji poznawczych i w realnych zachowaniach w świecie

Aby wsparcie pełniło funkcję buforową trzeba dać otoczeniu do zrozumienia, że jest się w potrzebie, ku temu zaś potrzebne są określone właściwości osobowości typowe dla ekstrawersji.

społecznym, dlatego też decydują o sposobach spostrzegania wsparcia. Ekstrawertycy są przede wszystkim wrażliwi na nagrody (otrzymanie pomocy jest właśnie taką formą nagrody), widzą świat w optymistycznych odcieniach, dlatego prowokują otoczenie do udzielania sobie wsparcia. A skoro proszą – otrzymują. Stąd czasami niektórzy mają tyle szczęścia, że dostają zawsze to, o co proszą! Introwertycy zaś wrażliwi na kary (a taką jest ewentualność nie otrzymania pomocy) w obawie przed odmową nie dają swojemu otoczeniu szans na udzielenie sobie pomocy. W zamian za to są bardziej ostrożni i wymagający w doborze partnerów, a jeśli trafią na właściwych – mogą otrzymać silniejsze wsparcie niż ekstrawertycy.

Czy osobowość jest jedynym możliwym wyjaśnieniem, dla którego bohaterki tak różnie percypują otrzymywane wsparcie? Otóż nie. Przyjrzyjmy się jeszcze raz bliżej naszym bohaterkom, tym razem cofniemy się do ich doświadczeń wczesnodziecięcych, które mogły zdecydować o tym, jak kobiety obecnie radzą sobie w życiu.

Renia jest pierwszym dzieckiem. Po niej pojawiły się w rodzinie kolejne, tak więc szybko musiała stać się samodzielna i pomagać mamie w obowiązkach związanych z prowadzeniem domu i opieką nad młodszym rodzeństwem. Można powiedzieć,

że przejawiała oznaki „bohatera rodzinnego”, choć w jej rodzinie nikt nie miał problemu z uzależnieniem. Mama zajmowała się prowadzeniem gospodarstwa domowego, toteż ciężar finansowego utrzymania rodziny spoczywał na tacie, który w związku z tym całe dnie przebywał w pracy. Renia przez długi czas bała się swojego ojca, bo kiedy już był w domu, był tak zmęczony, że wymagał od innych (a głównie od najstarszej córki) absolutnej perfekcji, aby niczego nie musiała poprawiać. Nie czuła pomocy i wsparcia ze strony mamy, która, pewnie jak wszystkie kobiety z jej pokolenia, uważała, że dziecko powinno być karne, a nie przytulane.

Zosia jest najmłodszym dzieckiem. Od zawsze była otoczona zainteresowaniem starszych od siebie osób – czuła ich miłość i troskę. Ponieważ była ostatnim dzieckiem w rodzinie, uwaga mamy i taty była skoncentrowana na niej. Często była chwalona przez rodzinę, nauczycielki.

Według Bowlbego i jego zwolenników tak różne doświadczenia dziecięce mogą być odpowiedzialne za aktualne problemy Reni, gdyż właśnie poziom spostrzeganego wsparcia w dorosłym życiu (a raczej tendencja do oceniania spostrzeganego wsparcia) zależy od stylu przywiązania (*attachment style*), jaki wykształca się w okresie dzieciństwa. Tak się składa, że doświadczenie owej więzi z osobami znaczącymi w tym właśnie okresie ma wpływ na ukształtowanie się struktur poznawczych lub modeli działania, które są uaktywniane, gdy rozpoczyna się proces oceny spostrzeganego wsparcia w dorosłym życiu. Aby jednak dokładnie zrozumieć tę koncepcję, trzeba bliżej przyjrzeć się słowu kluczowemu dla tej koncepcji. Jest nim termin „osoba znacząca”. Kim ona jest? Jest to ktoś, kto spełnia kilka warunków: jest to osoba w jakiś sposób wyróżniona, z powodu większej częstotliwości kontaktów mających dla nas duże znaczenie, z kręgu ludzi obecnych w naszym życiu. To jednocześnie ktoś, kto umożliwia za-

spokajanie potrzeb, łączy nas z nią szczególna więź emocjonalna oparta na wyjątkowej bliskości emocjonalnej, obopólnym zaufaniu, dzięki czemu zachowania w trakcie interakcji stają się możliwe do przewidzenia i gwarantuje to poczucie bezpieczeństwa. Wreszcie, osoba znacząca stanowi wzór do naśladowania na tyle silny, że niejednokrotnie zdarza się, że staje się ona autorytetem.

Aby konkretna jednostka stała się dla niemowlęcia osobą znaczącą, potrzebne są powtarzające się w pierwszych sześciu miesiącach życia doświadczenia emocjonalnej bliskości z tą osobą, które kumulują się, aby zostać w ostateczności skojarzone z figurą przywiązania. Dziecko zaczyna celowo dążyć do bliskości

z tą osobą i dostosowuje swoje plany do jej przewidywalnych zachowań. To dlatego każde dziecko dysponuje szeregiem zachowań – typu uśmiech, płacz czy przywieranie w chwili przeżycia- które mają mu tę bliskość zapewnić. Teoria Bowlbego bazuje na założeniach psychoanalitycznych; niemowlę może przeżyć tylko wtedy, gdy dorośli zapewniają mu opiekę, a deprywacja kontaktów z matką (lub kimś, kto występuje w roli osoby znaczącej) w pierwszych trzech latach życia wiąże się nie tylko z podwyższonym ryzykiem wystąpienia chorób psychicznych i somatycznych, ale może także decydować o tym, jak zachowujemy się w dorosłym życiu. Zaburzenie tej więzi (czyli niewłaściwie przebiegający proces budowania

Tab. 1. Charakterystyka wzorców przywiązania i związanych z nimi regulacją emocji i osobowości. Źródło: oprac. własne na podst. Brzezińska

Wzorzec przywiązania	Sposób regulacji emocji	Charakterystyka osobowości
Bezpieczny <ul style="list-style-type: none"> osoba znacząca (figura przywiązania) stanowi „bezpieczną bazę” dziecko swobodnie eksploruje otoczenie i ma z nim dobry kontakt swobodnie zwraca się po wsparcie do opiekuna 	<ul style="list-style-type: none"> zdolność do regulacji emocji umiejętność skutecznego obniżania napięcia umiejętność rozróżniania stanów emocjonalnych i odpowiadającej im ekspresji emocji 	<ul style="list-style-type: none"> przekonanie o własnej wartości pozytywna atrybucja wydarzeń i intencji innych ludzi
Ambiwalentny <ul style="list-style-type: none"> niepewność w kontakcie z figurą przywiązania silny lęk przed rozłąką niepewność w eksploracji zmiennie nastroje 	<ul style="list-style-type: none"> dostosowywanie własnej emocjonalności do otoczenia brak umiejętności brania odpowiedzialności za regulację własnych emocji 	<ul style="list-style-type: none"> niepewność co do własnej wartości niskie poczucie koherencji sprzeczna atrybucja wydarzeń i intencji innych ludzi
Unikający <ul style="list-style-type: none"> pozorna niezależność od figury przywiązania - unikanie bliskiego z nią kontaktu dziecko nie szuka wsparcia od figury przywiązania w chwilach napięcia 	<ul style="list-style-type: none"> hamowanie złości prezentowanie fałszywego afektu trudności w rozpoznawaniu własnych emocji 	<ul style="list-style-type: none"> niskie poczucie własnej wartości negatywna atrybucja wydarzeń i intencji innych ludzi

Tab. 2. Typy przywiązania wg Cobb'a; źródło: opr. własne na podst. Cieślak, Eliaz

Typ przywiązania wg Cobba	Harris	Charakterystyka typu przywiązania
Bezpieczne	Ja OK. – Ty OK.	<ul style="list-style-type: none"> • pozytywny obraz siebie i innych • tendencja do kontaktowania się z innymi
Zaabsorbowane	Ja nie OK. – Ty OK.	<ul style="list-style-type: none"> • pozytywny obraz innych i negatywny siebie • przekonanie, że nie jest się wystarczająco wartościowym
Dystansujące	Ja OK. – Ty nie OK.	<ul style="list-style-type: none"> • negatywny obraz innych i pozytywny siebie
Bojaźliwe	Ja nie OK. – Ty nie OK.	<ul style="list-style-type: none"> • negatywny obraz siebie i innych • tendencja do manipulacji

przywiązania) skutkuje lękiem, który rzutuje na całe nasze dorosłe życie.

Proces budowania przywiązania jest samosterującym mechanizmem behawioralnym. Tak rozumiana relacja przywiązania pełni trzy funkcje. Przede wszystkim pozwala na utrzymanie bliskości i objawia się protestem ze strony dziecka, gdy dojdzie do separacji z ważną osobą i dążeniem do uzyskania ponownej bliskości (fizycznej i emocjonalnej). Ponadto przywiązanie daje podstawy do stworzenia bezpiecznej przystani (*safe haven*), dzięki której dziecko ma możliwość znalezienia bezpieczeństwa i pocieszenia ze strony znaczącej osoby w każdej sytuacji, gdy doświadcza lęku. I wreszcie przywiązanie powinno być podstawą do stworzenia bazy pewności (*secure base*), jeśli dziecko nią dysponuje, widać ją w sytuacji eksploatacji otoczenia, wówczas przywiązanie daje dziecku poczucie pewności siebie i ma ono odwagę na poznawanie

świata poprzez fizyczne oddalanie się od osoby znaczącej.

Pewność co do tego, czy opiekun jest dostępny, zależy od tego, czy jest on spostrzegany jako wrażliwy na sygnały wysyłane przez dziecko wyrażające potrzebę bliskości (pytanie 1) oraz od tego, czy osoba wysyłająca takie sygnały spostrzega siebie jako osobę wartą zainteresowania ze strony opiekuna (pytanie 2). Tak więc przekonania na temat siebie i innych odgrywają istotną rolę w procesie kształtowania przywiązania i to one decydują o wzorcu przywiązania, którym odpowiadają odmienne typy osobowości i sposoby regulacji emocji. W zależności od rodzaju odpowiedzi na pytanie, czy opiekun jest wrażliwy na sygnały (tak, nie, w pewnych okolicznościach), można wyróżnić trzy style przywiązania, które skrótkowo przedstawia tabela 1.

Przedstawiona tu teoria została zmodyfikowana przez Cobb'a i inn.

(1997). Autorzy ci wyróżnili cztery style przywiązania w oparciu o ocenę siebie (która może być pozytywna lub negatywna) i ocenę innych (również może przyjąć znak dodatni, wówczas jest pozytywna lub ujemny – negatywna). Widać tu podobieństwo do koncepcji: Ja OK. – Ty OK. Biorąc pod uwagę zależności, jakie mogą zachodzić pomiędzy tymi ocenami (siebie samego i innych), można mówić o różnych typach przywiązania. Przedstawia je tabela 2.

W przypadku Renaty wyraźnie dominuje spostrzeganie świata typowe dla opcji: Ja nie OK – Ty OK. Konsekwencją tego podejścia do innych ludzi i siebie samej jest tendencja do eliminacji siebie (co oczywiście pozostaje w sferze nieświadomych zachowań). Wiąże się z tym negowanie własnych potrzeb i stawianie innych ponad siebie. Kobieta ta daje innym przyzwolenie, aby traktowali ją niesprawiedliwie, źle etc. (np. nie upomina się o podwyżkę, choć inne koleżanki, nawet jeśli nie mają na swoim koncie zasług takich jak ona, robią to często). Jeśli Renia trafi na osobę reprezentującą podejście Ja OK. – Ty nie OK. może być narażona na wykorzystanie i związane z tym poczuciem goryczy. Jest przekonana, że nikt jej nie docenia.

Zosia reprezentuje podejście: Ja OK. – Ty OK. a to oznacza, że stawia znak równości pomiędzy swoimi potrzebami a potrzebami innych i cechuje ją tendencja do podejmowania współpracy szczególnie w sytuacjach konfliktowych. To dlatego ludzie tak dobrze czują się w jej towarzystwie, są przez nią szanowani i traktowani jak równorzędni partnerzy. Jeśli uważa, że na coś zasługuje lub czegoś potrzebuje (np. pomocy), wyciąga po to rękę. I najczęściej to dostaje.

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog, Zakład Pedagogiki
w Pielęgniarstwie, Uniwersytet
Medyczny, Łódź

Główne zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentami krytycznie chorymi i z zespołem ciężkiej sepsy

mgr JOANNA ZIELEWSKA

Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego OIT bierze czynny udział w żywieniu klinicznym podczas ciągłej realizacji procesu pielęgnowania, prowadzeniu obserwacji pielęgniarskich, stawianiu diagnozy pielęgniarskiej, planowaniu, realizowaniu i ocenie podjętych działań pielęgniarskich zmierzających do przywrócenia zdrowia pacjenta.

Jednym ze stanów krytycznych u pacjentów przebywających w oddziale intensywnej terapii jest sepsa. Sepsa stanowi jedno z największych wyzwań dla medycyny XXI wieku, jest również wielkim wyzwaniem dla współczesnego pielęgniarstwa.

Słowo „sepsa” pochodzi od greckiej nazwy *sepsís*, która oznacza gnicie, czyli degradację i psucie się żywej materii, a jego wprowadzenie do nomenklatury medycznej przypisuje się Hipokratesowi. Ciężka sepsa (połączona z dysfunkcją narządów) stanowi główną przyczynę śmierci (30-60 proc.) na oddziałach intensywnej terapii innych niż kardiologiczne. Należy przypuszczać, że w przyszłości wzrośnie liczba rozpoznawanych przypadków ciężkiej sepsy z powodu starzenia się populacji, częstszego stosowania inwazyjnych procedur terapeutyczno-diagnostycznych, zwiększenia liczby pacjentów z upośledzonym systemem odpornościowym, wzrostu ilości anty-

biotykoopornych mikroorganizmów, a także dzięki wcześniejszemu stawianiu diagnozy [3].

Leczenie i pielęgnowanie pacjentów krytycznie chorych i zespołem ciężkiej sepsy są procesami złożonymi, a zapobieganie zaburzeniom stanu odżywienia i leczenie niedożywienia stanowią bardzo ważną część tych procesów. Celem wsparcia żywieniowego jest ocena zapotrzebowania na substancje odżywcze, podawanie odpowiednich dawek energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody w postaci zwykłych produktów odżywczych, płynnych diet doustnych lub sztucznego odżywiania, monitorowanie stanu klinicznego pacjenta i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia [4]. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego OIT bierze czynny udział w żywieniu klinicznym podczas ciągłej realizacji procesu pielęgnowania, prowadzeniu

obserwacji pielęgniarskich, stawianiu diagnozy pielęgniarskiej, planowaniu, realizowaniu i ocenie podjętych działań pielęgniarskich zmierzających do przywrócenia zdrowia pacjenta. U krytycznie chorych pacjentów, na skutek reakcji organizmu na stres, czyli ciężką chorobę, uraz, ciężkie zakażenie, oparzenie, dochodzi do zmian metabolicznych w organizmie. Rozwinęły się one na przestrzeni rozwoju ewolucyjnego człowieka, kiedy to w sytuacjach krytycznych (uraz, ciężkie zakażenie) zapotrzebowanie energetyczne organizmu nie mogło być zaspokojone poprzez przyjmowanie pokarmów, bo dochodziło do przerwania dobrowolnego ich przyjmowania. Zatem aby pokryć zapotrzebowanie na energię i pozyskać substraty do procesów naprawczych, organizm „nauczył się” wykorzystywać własne zasoby. Odpowiedź metaboliczna charakteryzuje się m.in. katabolizmem głównie w tkankach obwodowych:

mięśniach, skórze, tkance tłuszczowej. O ile w pierwszym okresie jest ona niezbędna dla przeżycia, o tyle, jeśli przechodzi w stan długotrwały (a z takim mamy do czynienia u pacjentów krytycznie chorych) powoduje spustoszenie w organizmie. Na przestrzeni tygodni obserwujemy jak chory „topnieje w łóżku”. Leczenie żywieniowe u krytycznie chorych pacjentów może zmniejszyć ujemny bilans energetyczny i białkowy, a specjalne substraty mogą pomóc poprawić niektóre zmiany metaboliczne i końcowy wynik leczenia [2].

Żywnienie krytycznie chorych i zespołem ciężkiej sepsy

Żywnienie chorych i jego wpływ na wyniki leczenia, nie powinny być traktowane jako problem marginalny, ponieważ niedożywienie odbija się wielokierunkowo na narządach decydujących o przeżyciu chorego znajdującego się w stanie krytycznym. Żywnienie enteralne jest preferowane i możliwe do zastosowania u większości chorych w OIT, co potwierdzają główne towarzystwa naukowe zajmujące się żywieniem chorych – The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), Canadian Critical and Practices Guidelines Committee i European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Jako zalety żywienia dojelitowego wymienia się: zachowanie integralności śluzówki jelit, co zabezpiecza przed translokacją bakterii do krążenia systemowego, zapobieganie atrofii kosmków jelitowych, a nawet pobudzanie ich wzrostu, regenerację enzymów nabłonka jelita, wytwarzanie hormonów jelitowych, immunoglobulin i innych związków syntetyzowanych w jelicie [6].

U pacjentów krytycznie chorych żywnienie jest podawane przez zgłębnik założony do żołądka lub dwunastnicy, lub gastrostomię czy jejunostomię. Wybór rodzaju dostępu do przewodu pokarmowego zależy od schorzenia,

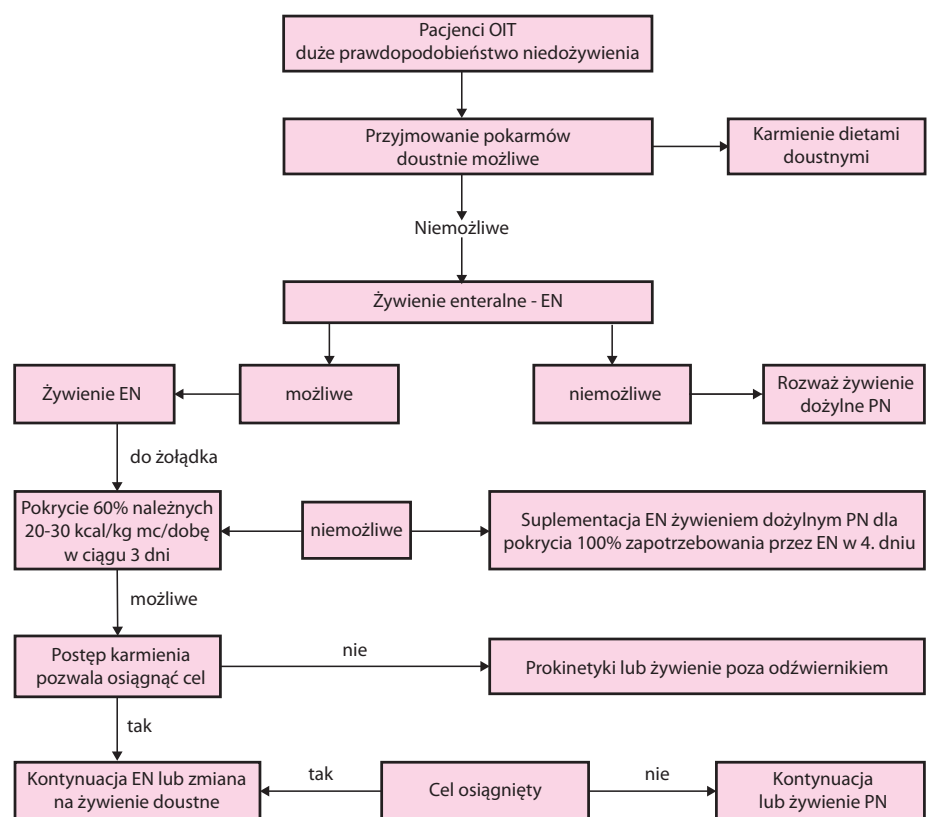
zapotrzebowania energetycznego danego chorego oraz przewidywanego czasu żywienia. Przy stosowaniu diet przemysłowych preferowane jest założenie bardzo cienkiego zgłębnika na przewodnicy do żołądka lub poniżej odźwiernika. W USK Nr 1 w Łodzi używamy zgłębników Bengmark Flo-care® Ch10, wykonanych z miękkiego poliuretanu, który dopasowuje się do kształtu przewodu pokarmowego, nie twardnieje przy dłuższym stosowaniu (do 6 tygodni). Podziałka umożliwia kontrolowanie długości wprowadzonego zgłębnika, koniec dalszy zgłębnika wyposażony jest w dwa duże i dwa małe boczne otwory minimalizujące ryzyko zatkania, łącznik na końcu bliższym umożliwia połączenie z zestawem do podaży diety. Zgłębnik nosowo-jelitowy posiada specjalną, opatentowaną spiralę Bengmark®, która powoduje, że zgłębnik sam przemieszcza się przez odźwiernik do jelita, zgłębnik kontrastuje w promieniach RTG, co pozwala na kon-

trolę jego położenia. Należy wymienić go co 6 tygodni. W OIT USK Nr 1 w Łodzi zgłębnik zakłada lekarz, najczęściej w laryngoskopii, ponieważ mimo uszczelnienia rurki intubacyjnej, łatwo jest wprowadzić zgłębnik do drzewa oskrzelowego.

W drugiej kolejności preferowane jest założenie zgłębników silikonowych, które są bardziej miękkie od zgłębników wykonanych z PCW, nie twardnieją podczas używania i dzięki temu są mniej traumatyczne dla chorego.

Do zadań pielęgniarki należy utrzymanie prawidłowego położenia zgłębnika i jego drożności. Standard kontroli zalegania treści żołądkowej i położenia zgłębnika wg Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego i Dojelitowego (PTŻPiD) zaleca kontrolę położenia zgłębnika u ludzi dorosłych co 8 godzin [4], kontrolowanie zalegania treści pokarmowej w żołądku co 4 godziny lub raz na dobę [6]. Po podaniu każdej porcji

Ryc. 1. Schemat żywienia enteralnego (EN) wspomaganego żywnieniem parenteralnym (PN) wg prof. Z. Rybickiego



żywienia zgłębnik należy przepłukać. Jeżeli pacjent ma założony PEG, gastrostomię lub jejunostomię, należy co najmniej raz dziennie kontrolować umocowanie, wygląd skóry wokół przetoki. Najczęstszym powikłaniem PEG jest miejscowe zakażenie rany, stwierdzane u około 15 proc. chorych. Często obserwuje się niewielkie (<5 mm) zaczerwienienie wokół zewnętrznego otworu kanału stomii, które jest spowodowane ruchami i niekoniecznie stanowi objaw zakażenia rany. W trakcie pierwszych zmian opatrunku należy dokładnie oglądać ranę, zwracając uwagę na ewentualne objawy infekcji.

Większość zakażeń okołostomijnych można łatwo wyleczyć poprzez stosowanie środków antyseptycznych i codzienną zmianę opatrunków w warunkach jałowych. W przypadku uporczywych zakażeń miejscowych pobiera się wymaz do badania mikrobiologicznego i dodatkowo wdraża leczenie antybiotykiem [9].

Dojelitowe leczenie żywieniowe opiera się na zastosowaniu zbilansowanych diet przemysłowych, które cechują się ściśle określoną liczbą składników pokarmowych i znaną wartością energetyczną, płynną konsystencją, określoną wartością osmolarną (250-400mOsm/l), bezpieczeństwem bakteriologicznym.

Na szczególną uwagę zasługuje dieta modulująca funkcję układu immunologicznego o nazwie Oxepa (Abbot Nutrition), zalecana dla krytycznie chorych, z sepsą, ALI, ARDS. Wzbogacona jest w omega-3 kwasy tłuszczowe (kwas eikozapentaenowy EPA, dokozaheksaenowy DHA, gamma-linolenowy) oraz zespół witamin o działaniu antyoksydacyjnym (A, C, E).

W badaniach klinicznych u pacjentów z ciężką sepsą, w obserwacji 28-dniowej w grupie otrzymującej dietę Oxepa wykazano w porównaniu do grupy z dietą standardową znaczącą absolutną redukcję śmiertelności o 19,4 proc., poprawę wymiany gazowej w płucach, krótszy okres sztucz-

nej wentylacji, krótszy okres pobytu w OIT [5]. Doboru właściwej diety dla chorego dokonuje lekarz, jednak należy podkreślić rolę pielęgniarek jako członków zespołu terapeutycznego w planowaniu leczenia żywieniowego.

Pielęgniarka w OIT w sposób ciągły prowadzi obserwację stanu klinicznego pacjenta oraz reakcję organizmu pacjenta na wprowadzoną dietę. Zapobiega wystąpieniu powikłań żywienia enteralnego, a w przypadku ich pojawienia się, jest w stanie szybko je rozpoznać, poinformować lekarza i wdrożyć prawidłowe postępowanie.

Ponadto pielęgniarki dysponują wiedzą na temat dostępności produktów żywieniowych w szpitalu, co nie jest bez znaczenia w planowaniu leczenia żywieniowego. W OIT USK Nr 1 w Łodzi w leczeniu żywieniowym stosowanych jest około 10 diet przemysłowych, w tym Oxepa u krytycznie chorych i chorych z sepsą. Najczęściej stosowanym sposobem podawania żywienia jest żywienie ciągłe, dietę podaje się do 20 h bez przerwy. Żywienie do żołądka powinno się rozpocząć od objętości 20-25 ml/h, jeśli jest dobrze tolerowane przez chorego, można zwiększyć szybkość podawania o 20 ml co 8-12 godz., aż do zaplanowanej dobowej objętości. Żywienie dojelitowe wymaga mniejszych dawek, 10 ml/h, zwiększanych o 10-20 ml co 24 godziny [2, 6]. Zastosowanie pompy żywieniowej gwarantuje równomierną podaż diety, co znacznie trudniej jest uzyskać przy stosowaniu metody grawitacyjnej. W jednym i drugim przypadku należy pamiętać o wymianie aparatu do żywienia raz na dobę, aby minimalizować ryzyko zakażenia, ważne jest również monitorowanie zużycia aparatów w oddziale, aby zapobiec brakom sprzętu i związanym z tym kłopotom z żywieniem chorych. W sytuacji, gdy żywienie drogą przewodu pokarmowego jest niemożliwe, lub gdy żywieniem enteralnym nie można zapewnić 60 proc. podaży kalorii w ciągu 3 dni, wskazana jest suplementacja żywienia parenteralnego.

Żywienie dożylnie może być prowadzone drogą żył centralnych lub, jeśli nie przekracza okresu 14 dni, drogą naczyń obwodowych, przy użyciu specjalnych preparatów – peripheral [6]. Mieszaniny żywieniowe peripheral charakteryzują się mniejszą osmolarnością – około 800-900 mOsm/l w stosunku do mieszanin podawanych drogą cewnika centralnego – około 1000-1500 mOsm/l. Jeśli pielęgniarka asystuje przy inplantacji cewnika centralnego, ważne jest, aby zwrócić uwagę na liczbę kanałów cewnika.

U krytycznie chorych konieczne jest założenie wkłucia minimum trzykanałowego, z uwagi na dużą liczbę i różnorodność podawanych leków, z których część wymaga podania do osobnego kanału. Mieszaniny gotowe stosowane do żywienia pozajelitowego składają się z kilku komór zawierających aminokwasy, glukozę, tłuszcze, lub tylko glukozę i aminokwasy, oraz Na, K, Ca, Mg, Cl, Zn. Składniki komór należy wymieszać, zgodnie z zaleceniem producenta. Gotowa mieszanina żywieniowa powinna być oznaczona etykietą zawierającą imię i nazwisko pacjenta, datę i godzinę przygotowania mieszaniny, suplementy, które zostały dodane. Przygotowana mieszanina jest stabilna przez okres 24 godzin, po upływie tego czasu żywienie należy odłączyć i zniszczyć, nawet jeśli nie wchłonęło się w całości. Mieszaniny do żywienia pozajelitowego powinny być podawane do osobnego kanału cewnika centralnego, przy użyciu infuzyjnych pomp objętościowych, lub pomp perystaltycznych, które zapewniają precyzyjną regulację szybkości wlewu.

Każdy rodzaj leczenia żywieniowego niezależnie od drogi podania może spowodować powikłania, jeżeli prowadzony jest w sposób niewłaściwy, z pominięciem obowiązujących zasad. Dlatego też, u wszystkich krytycznie chorych konieczne jest prowadzenie bilansu płynów, monitorowanie równowagi wodno-elektrolitowej, kwasowo-zasadowej, regularna ocena bilansu azotowego, monitorowanie

parametrów biochemicznych krwi, prowadzenie profilu glikemii, rzadziej ocena laboratoryjna zasobów witamin (najczęściej wykorzystuje się pomiary ilości 25-hydroksywitaminy D, witaminy B₁₂ i stężenia kwasu foliowego w osoczu lub krwinkach czerwonych), kontrolowanie zalegań, wypróżnień, obserwacja pod kątem występowania wzdęć, wymiotów. Wymienione działania pozwalają określić tolerancję wdrożonego wsparcia żywieniowego i uniknąć powikłań metabolicznych [2,4,6].

W celu maksymalnej kontroli i utrzymania stężenia glukozy we krwi na poziomie <150mg% [1] w OIT USK Nr 1 w Łodzi od niedawna stosowany jest system Space Glucose Control (SGC).

SGC to system wspomagania decyzji w celu optymalizacji terapii insulinowej dla krytycznie chorych pacjentów w ściśle monitorowanym środowisku np. oddziałach intensywnej terapii lub salach operacyjnych. Na podstawie danych poziomu glukozy pacjenta oraz opcjonalnego żywienia węglowodanowego pochodzącego z pomp do żywienia dojelitowego i pozajelitowego system podaje sugerowaną szybkość dozowania insuliny. Następnie specjalista medyczny decyduje o możliwości zastosowania sugerowanej szybkości dozowania insuliny.

Urządzenie automatycznie zbiera informacje z pompy insulinowej oraz pomp do żywienia (np. historię oraz bieżący stan infuzji) oraz dodatkowe dane dotyczące posiłków i pomiarów poziomu glukozy we krwi, wyświetla bieżące szybkości podawania oraz zapewnia interfejs użytkownika do terapii SGC. Na wyświetlaczu widoczne są parametry istotne dla terapii oraz jej przebieg. Wszystkie dane są wprowadzane na ekranie dotykowym. Urządzenie wykonuje monitorowanie alarmu oraz czasu do kolejnego pomiaru poziomu glukozy we krwi.

Urządzenie rozpoczyna nowe obliczenia szybkości dozowania insuliny używając algorytmu SGC w module SGC. Użytkownik odpowiada za ob-

sługę pompy insulinowej. Musi on potwierdzić sugerowaną szybkość dozowania insuliny i dokonać wszystkich ustawień istotnych dla terapii (np. rozpoczęcie, zatrzymanie, ustalenie szybkości).

Ustawienia można wybrać na ekranie dotykowym urządzenia lub panelu sterowania pompy.

Udział pielęgniarki w prawidłowym żywieniu krytycznie chorych jest tylko jednym z elementów pielęgnowania w OIT. Pacjenci w stanach zagrożenia zdrowia i życia mają wiele problemów, którym stawić czoła muszą pielęgniarki. Do głównych zadań realizowanych w procesie pielęgnowania należą:

1. Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia wstrząsu septycznego: monitorowanie HR, IBP (MAP≥65mmHG), OCŻ, SaO₂, diureza godzinowa, stan świadomości, zabarwienie powłok skórnych, temperatura, zaburzenia oddychania [1].

2. Przeciwdziałanie zaburzeniom perfuzji tkanek prowadzącym do zmian narządowych: uzyskanie dostępu naczyniowego, ocena reakcji na prowadzoną płynoterapię, ścisłe przestrzeganie podawania zleconych leków.

Szczególną uwagę należy poświęcić podawanemu w sepsie ludzkiemu aktywowanemu białku C (Xigris). Chodzi przede wszystkim o prawidłowe przygotowanie leku i podawanie zgodnie z przewidzianym dla danego pacjenta protokołem [1,7].

3. Podjęcie działań w ostrej niewydolności oddechowej, ARDS: kontrola ustawień parametrów wentylacji, reagowanie na pojawiające się alarmy respiratora, udział w przygotowaniu i ułożeniu, w razie konieczności, pacjenta w pozycji prone. Trzeba tu wspomnieć o zaangażowaniu do tej procedury odpowiedniej liczby członków zespołu terapeutycznego. Właściwe przydzielenie zadań pozwala uniknąć powikłań w postaci przypadkowego rozintubowania chorego, usunięcia cewników naczyniowych, spowodowania urazów czy odleżyn.

Ważne jest, aby pamiętać, że u pacjenta ułożonego w pozycji na brzuchu

upośledzone jest opróżnianie żołądka, wzrasta niebezpieczeństwo wystąpienia wymiotów, dlatego przed ułożeniem konieczna jest kontrola zalegania i zatrzymanie żywienia. Ponadto zadaniem pielęgniarki jest prowadzenie fizykoterapii oddechowej, dbanie o utrzymanie drożności dróg oddechowych, udział we wdrażaniu protokołu odstawienia wentylacji mechanicznej. Na zlecenie lekarza podajemy także leki uspokajające (oceniając stopień sedacji w skali Ramsey'a), które pozwalają na zmniejszenie zapotrzebowania chorego na tlen, przez co ułatwiają procedurę odzwyczajania od respiratora.

4. Przygotowanie chorego do terapii nerkozastępczej, udział w implantacji cewnika dializacyjnego, obserwacja chorego podczas dializy.

5. Zapobieganie i kontrola zakażeń w przebiegu ciężkiej sepsy: pobieranie materiału do badań mikrobiologicznych wg ustalonego schematu, zapobieganie zakażeniom cewników wewnątrznaczyniowych (stosowanie filtrów infuzyjnych, podkładek antybakteryjnych pod cewniki, specjalistycznych opatrunków), zapobieganie zakażeniom układu oddechowego (profilaktyka VAP, stosowanie zamkniętych systemów odsysania), zapobieganie zakażeniom układu moczowego (stosowanie systemów zamkniętych do DZM z zastawkami antyrefluksowymi, stosowanie cewników Foley'a wykonanych w 100 proc. z silikonu, pokrytych hydrożelem z jonami srebra, w OIT USK Nr 1 w Łodzi stosowane są cewniki Dover Silver (Kendall), czas utrzymania w pęcherzu moczowym to 30 dni), zapobieganie zakażeniom ran.

6. Podjęcie działań zmierzających do obniżenia temperatury w razie gorączki: ścisłe przestrzeganie zleconej antybiotykoterapii, stosowanie fizycznych metod chłodzenia, pamiętając przy tym o ochronie skóry. Musimy pamiętać o kontrolowaniu poziomu sedacji, aby zniwelować nieprzyjemne doznania związane ze stosowaniem zimnych okładów.

7. Zapobieganie zakrzepowemu zapaleniu żył głębokich: uniesienie kończyn dolnych 30-40° powyżej tułowia, stosowanie pończoch elastycznych o zmiennym stopniu ucisku, masaże ról pneumatycznych, monitorowanie parametrów biochemicznych układu krzepnięcia, podawanie heparyny małocząsteczkowej

8. Zmodyfikowanie procedur pielęgnacyjnych i leczniczych u chorego z zaburzeniami krzepnięcia: unikanie inwazyjnych procedur terapeutycznych i diagnostycznych, zabiegi pielęgnacyjne należy wykonywać ostrożnie, przy użyciu delikatnych myjek, unikając podrażnień. Niezbędne jest częste wykonywanie toalety jamy ustnej aby nie dopuścić do wysychania śluzówki i dodatkowych urazów. Toaletę wykonujemy przy pomocy miękkich gąbeczek, bez użycia szczoteczki. Ważne jest także w miarę bezurazowe odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych i tylko w razie koniecznej potrzeby najlepiej przy pomocy zamkniętych układów. Zawsze w warunkach aseptycznych.

9. Zapobieganie powstawaniu i leczenie ewentualnych odleżyn: zmiana pozycji, stosowanie materacy przeciwodleżynowych, stosowanie specjalistycznych opatrunków do leczenia odleżyn

10. Ochrona psychiki chorego: zachowanie rytmu okołodobowego, informowanie o wykonywanych czynnościach nawet gdy chory jest nieprzytomny, odtwarzanie ulubionej muzyki, ograniczenie hałasu urządzeń, umieszczanie zdjęć rodziny w zasięgu wzroku, należy zwrócić baczną uwagę na głośność i tematykę rozmów prowadzonych przez personel w obecności pacjentów!

11. Utrzymanie higieny skóry, włosów, błon śluzowych

12. Udzielanie wsparcia emocjonalnego rodzinie i bliskim chorego: wielokrotne przekazywanie informacji, jeśli zachodzi taka potrzeba. Pielęgniarka może udzielić informacji najbliższej rodzinie na temat stanu ogólnego pacjenta, istniejących prob-

lemów pielęgnacyjnych. O wynikach badań diagnostycznych, rokowaniu, leczeniu informuje lekarz. Niezwykle istotny jest sposób komunikowania się z rodziną i bliskimi chorego. W przypadku krytycznie chorych pacjentów, gdy rokowanie jest bardzo złe, udzielając wsparcia emocjonalnego należy unikać sformułowań sugerujących, że chory wróci do zdrowia. Stosowne jest przedstawienie stanu jako krytycznego, nie odbierając jednak nadziei na jego poprawę. Ważne jest również zaangażowanie innych specjalistów np. psychologa, a także duchownych, oraz ułatwianie kontaktu z chorym.

Pielęgowanie i współdziałanie w leczeniu żywieniowym pacjentów krytycznie chorych, z zespołem ciężkiej sepsy wymaga od pielęgniarki kwalifikacji, kompetencji i profesjonalizmu. Jest to proces, w którym następuje indywidualizacja opieki nad pacjentem, przy czym pielęgniarka musi wykazywać dużą samodzielność w planowaniu, realizacji i ocenie podejmowanych działań.

Niniejsza praca ukazuje najważniejsze zadania, jednakże każdy proces pielęgowania powinien uwzględniać indywidualne problemy chorego i jego rodziny. Holistyczne podejście do pacjenta jest kluczem do podniesienia jakości opieki pielęgniarskiej i realizowania jej na najwyższym poziomie.

Literatura:

1. Dellinger R.P., Levy M.M., Carlet J.M., et al. International Surviving Sepsis Campaign Management Guidelines Committee Crit. Care Med. 2008.
2. Korta T., Łyszkowska M., red. Podstawy żywienia klinicznego. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2007.
3. Kubler A. Sepsa – definicja i epidemiologia. Med. Sci. Rev. 2005.
4. Pertkiewicz M., Korta T. Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2005.

5. Pontes-Arruda A., DeMichele S., Seth A., Singer P. The Use of an Inflammation-Modulating Diet in Patients With Acute Lung Injury or Acute Respiratory Distress Syndrome: A Meta-analysis of Outcome Data Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 2008.

6. Rybicki Z. Intensywna Terapia Dorosłych. Wyd. Makmed Lublin 2009.

7. Wierzbica M. Sepsa – problemy leczniczo-pielęgnacyjne, zalecenia przy podawaniu rekombinowanego aktywowanego białka C w leczeniu wstrząsu septycznego i ciężkiej sepsy. W: IV Zjazd: Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece

8. Wołowicka L. Anestezjologia i Intensywna Opieka Wyd. Lek. PZWL warszawa 2008.

9. Wytyczne ESPEN dotyczące sztucznego żywienia dojelitowego – przeszkońska endoskopowa gastrostomia (PEG) Medycyna Praktyczna Chirurgia 2006.

Skróty używane w pracy:

ARDS – zespół ostrej niewydolności oddechowej

HR – tętno

IBP – pomiar ciśnienia tętniczego metodą inwazyjną

MAP – średnie ciśnienie tętnicze krwi

OCŻ – ośrodkowe ciśnienie żyłne

VAP – zapalenie płuc związane z zastosowaniem wentylacji mechanicznej

Od Autorki:

Praca jest zatwierdzona przez
Komitet Naukowy VII Zjazdu
Pielęgniarek Anestezjologicznych
i Intensywnej Opieki

mgr pielęgniarstwa
Joanna Zielewska

Oddział Kliniczny Anestezjologii
i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki
Szpital Kliniczny Nr 1 w Łodzi.

Pożegnanie lata i powitanie złotej jesieni na wycieczce na Suwalszczyznę i Litwę

ZDZISŁAWA KULESZA

Pierwszy dzień

W dniu 23 września wyruszamy na trzydniową wycieczkę do Augustowa, Wilna, Trok, Sejn i Suwałk. Jedziemy przez Głowno, Łowicz, Nowy Dwór Mazowiecki, Ostrołękę, Łomżę do Augustowa. Oglądamy piękne krajobrazy, urozmaicony teren pełen pagórków i jezior. Zajeżdżamy do Sejn po zaopatrzenie na wieczorne ognisko, idziemy do Bazyliki, koleżanki kupują regionalne wypieki, jedziemy do Augustowa, wrócimy do Sejn w trzecim dniu wycieczki. Legenda głosi, że Augustów swoje powstanie zawdzięcza pierwszej schadzce Zygmunta Augusta i Barbary Radziwiłłówny. Prawa miejskie król nadał 17 maja 1887 roku w Wilnie. Historia grodu jest bardzo bogata w burzliwe zdarzenia, jakie dotknęły te tereny. Obecnie jest największym ośrodkiem turystycznym w województwie białostockim. Dojeżdżamy do Kanału Augustowskiego, gdzie czeka na nas statek pasażerski „Serwy”. W czasie rejsu, który trwa 1 godzinę i 45 minut pan kapitan opowiada nam historię powstania żeglugi, oglądamy krajobrazy i budowle przy kanale. W dniu 9 czerwca 1999 roku tym statkiem płynął papież Jan Paweł II. W małym pomieszczeniu zgromadzono zdjęcia i pamiątki z tej podróży.

W Studzieniczej zwiedzamy Sanktuarium Matki Bożej Studzieniczańskiej, w gablotach piękne wrota dziękczynne. Droga krzyżowa z dużymi głazami a przy pomniku Papieża napis „Byłem tu wiele razy, ale jako Papież po raz pierwszy i chyba ostatni” (Jan Paweł II z podróży 9 czerwca 1999 roku).

Jedziemy do Ogródek do Zajazdu Morena na obiadokolację, potem do ośrodka Hołny Meyera na zakwaterowanie. Po rozlokowaniu się w pokojach wychodzimy do parku, w którym przy ognisku pieczemy kielbaskę i śpiewamy piosenki biesiadne.

Drugi dzień

Jedziemy na Litwę do Trok. Po drodze zmienia się krajobraz, widzimy pola i łąki, małe parterowe domki kryte eternitem. W Trokach na wyspie pośród czarującego jeziora stoi imponujący zamek z czerwonej cegły. Wybudowany na wodzie jeziora Galwe, kiedyś połączono trzy wyspy w jedną. Był on twierdzą obronną, po bitwie pod Grunwaldem stał się rezydencją księcia litewskiego Witolda. Po odbudowie od 1962 roku działa jako muzeum. Oglądamy komnatę księcia i księżnej oraz skarbiec, gdzie

zgromadzono 9 tysięcy monet. W sali tronowej, gdzie Witold witał gości, myśliwskie trofea, cybuchy, fajki z morskiej piany, wosku i bursztynu. W następnych salach pieczęcie, piękna porcelana z Miśni z XIX wieku, figurki z białego marmuru, meble i różne malowane ozdoby. W Trokach od 600 lat mieszka wspólnota karaimska, którą sprowadził książę. Obecnie jest ich 70, mają parterowe domki z trzema oknami od frontu. Są pochodzenia tureckiego, uznają Pięć ksiąg Starego Testamentu, odrzucają Talmud. Mężczyźni i kobiety modlą się osobno. Przy jeziorze usytuowane są restauracje i bary oraz kramy z pamiątkami, dużo ozdób z bursztynu. Zjadamy miejscowy smakołyk *kibiny* – są to pierogi z mięsem i cebulką.

Jedziemy do Wilna, które pod względem krajobrazowym można zaliczyć do najpiękniejszych miast świata, położone wśród falujących wzgórz tonie w zieleni u zbiegu dwóch rzek Wilii i Wilejki.

Cmentarz na Rossie założony w 1769 roku jest pamiątką po wielu naszych wybitnych rodakach, którzy tu spoczywają. Pierwszy nagrobek „Matka i serce syna” to grób Józefa Piłsudskiego i jego matki. Leżą na nim żywe kwiaty, do których dokładają róże nasze koleżanki, palą się znicze. 84-letnia Irena Boląc śpiewnie

po polsku deklamuje patriotyczne wiersze, koleżanki nagradzają ją za te deklamacje. Wchodzimy wyżej na cmentarz po krętych i wyboistych drózkach, oglądamy groby żony – Marii Piłsudskiej i brata Adama, Włodzimierza Syrokomli, prof. Joachima Lelewela, Euzebiusza Słowackiego – ojca poety. Podziwiamy dwie piękne rzeźby z brązu – anioł żeński i męski. Nagrobki stare, zmurszałe przypominają o przemijalności życia ludzkiego. Jedziemy do śródmieścia Wilna, by podziwiać zgromadzone tam liczne kościoły (40) tego wielowyznaniowego miasta. Zachwycił nas kościół pw. Piotra i Pawła bogactwem rzeźb figuralnych i pięknem białych stiuków. Bogatą historię ma również Katedra Wileńska wznosząca się na rozległym placu u podnóża Góry Zamkowej. Oglądamy Pałac Prezydencki, dawniej biskupi, obecnie rezydencja prezydenta, Uniwersytet z XVI wieku Filozofijos Fakultatas (był im. Stefana Batorego), kształci 23 tysiące studentów. Starówka ukazuje nam dzieje sławnych Polaków. Tu mieszkał Adam Mickiewicz, August Bècu, Juliusz Słowacki, Józef Ignacy Kraszewski. Oglądamy piękną gotyką budowlę – Kościół św. Anny, Kościół św. Bernardyna, barokowy Kościół św. Kazimierza.

Ostra Brama stanowi jeden z najcenniejszych zabytków architektury Wilna z początków XVI wieku. Grubość murów bramy, które tworzą czworobok, wynosi od 2 do 2,6 metra. Elewację zewnętrzną wieńczą gzyms i attyka, która zdobi ornament okuciowy oraz dwa gryfy trzymające tarczę z Pogonią – herbem Litwy. Od wewnętrznej strony mieści się kaplica, w której najpiękniejszy klejnot słynący cudami obraz Matki Boskiej Ostrobramskiej jest skarbem całego świata katolickiego. Wyrazami wdzięczności NMP za doznane łaski są liczne wota złote, srebrne umieszczone w kaplicy. Zwiedzający wyciszają się tu a wierni od wieków wymawiają słowa „Matko Miłosierdzia – pod Twoją Obronę uciekamy się”. Pełni wrażeń i zmęczeniu wracamy do Hołny Mejera na obiadokolację i nocleg.

Trzeci dzień

Po śniadaniu jedziemy do Sejn, które są jednym z najstarszych miast w województwie podlaskim. Leżą nad rzeką Sejną (dziś Marycha) a założył je w 1593 roku Jerzy Grodziński a w 1602 roku przekazał je dominikanom, którzy przyczynili się do rozwoju regionu. Zwiedzamy Bazylikę, w której

znajduje się unikatowa na skalę europejską figura szafkowa Madonny z XV wieku. Zachowało się tylko pięć takich rzeźb w Europie. Sejny liczą około 6 tysięcy mieszkańców. W Wigierskim Parku Narodowym zwiedzamy Kościół Pokamedulski związany z pobytem w 1999 roku Jana Pawła II oraz jezioro Wigury ze Szlakiem Wodnym Czarnej Hańczy. Jedziemy do Suwałk, gdzie 23 maja 1842 roku urodziła się Maria Konopnicka – poetka, tłumaczka, publicystka i wybitna autorka utworów literatury dziecięcej. Opowiada nam pani przewodniczka w Muzeum M. Konopnickiej, gdzie zgromadzono wiele pamiątek, publikacji, książek, fotografii. Obecnie w muzeum prezentowane są dwie wystawy poświęcone wybitnym suwalczanom – Marii Konopnickiej i Alfredowi Wieruszowi-Kowalskiemu, którzy w mieście nad Czarną Hańczą „zacerpnęli pierwszą ośnowę życia”, a po latach zyskali najwyższe uznanie w dziedzinie literatury i sztuki. W drodze powrotnej zjedamy obiad i późnym wieczorem jesteśmy w Łodzi.

Wycieczka była bardzo interesująca, poznaliśmy piękne zakątki naszego kraju i Litwy, a ci co je znali wspominali a wszystko było opromienione słońcem i barwami odchodzącego lata i przybyłej właśnie jesieni.

Podziękowania

Pragnę złożyć gorące podziękowania dla pani kierownik Zespołu pielęgniarskiego Oddziału Neurologii III Szpitala Miejskiego im. K. Jonschera w Łodzi – mgr Emilii Mierzejewskiej – oraz wszystkim pielęgniarkom za profesjonalną opiekę, troskę, uśmiech i życzliwość oraz pełne zaangażowanie w opiece nad chorym człowiekiem.

wdzięczna pacjentka
Cecylia Grad