

Biuletyn

OIPiP w Łodzi

Czerwiec 2007

Sprawozdanie z konferencji

„Pielęgniarka w domu pomocy społecznej”

W dniach 25 – 26 kwietnia 2007 roku w Warszawie w hotelu „Felix” z inicjatywy Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyła się konferencja nt. „Pielęgniarka w domu pomocy społecznej”. Jej uczestnikami były głównie pielęgniarki pracujące od wielu lat w domach pomocy społecznej na terenie całej Polski i to zarówno na stanowiskach kierowniczych, jak i odcinkowych.

Wśród gości zaproszonych można było spotkać znane osoby ze świata polityki, bezpośrednio lub pośrednio związane z funkcjonowaniem domów pomocy społecznej na terenie naszego kraju. Byli to m.in. senator Mieczysław Augustyn, Minister Pracy i Polityki Społecznej – pan Bogdan Socha, dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej – pani Krystyna Wyrwicka.

Konferencję rozpoczęło wystąpienie pana senatora Mieczysława Augustyna, który krótko przedstawił to, jak zmieniła się kwestia zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej od momentu wprowadzenia w życie reformy samorządowej do dnia dzisiejszego. Początkowo uznawano, że w DPS-ach nie powinno zatrudniać się pielęgniarek, bo to są domy a nie ZOZ-y. To wtedy pojawiło się pojęcie „odmedyczniania” tych instytucji. Dziś najczęściej już nie wraca się do powyższego stwierdzenia, bo oczywiście życie dokonało właściwej weryfikacji. Mieszkańcy DPS-ów nie są zwykłymi, potrafiącymi zadbać o własne potrzeby ludźmi. Najczęściej są to schorowane osoby w podeszłym wieku, wymagające wszechstronnej pomocy, opieki i pielęgnacji. Dom jako instytucja ma obowiązek zapewnić swoim podopiecznym m.in. opiekę medyczną i aby była ona efektywna, potrzebuje do tego odpowiedniej ilości właściwie przygotowanego personelu, czyli m.in. pielęgniarek. To one są fachowo przygotowane do prawidłowego podawania leków, nadzorowania stanu zdrowia podopiecznych, przygotowania wizyt lekarskich czy wykonywania czynności czysto pielęgniarских typu np. podłączenie kroplówek dożylnych, zmiana opatrunków czy wykonanie lewatywy.

Dziś prawie nikt nie przeczy, że pielęgniarka w domu pomocy społecznej jest potrzebna. Pojawił się natomiast nowy problem – kto ma zapłacić za jej pracę, bardzo ciężką przecież, wyczerpującą fizycznie i psychicznie. Jak do tej pory pracodawcami pielęgniarek z DPS-ów są dyrektorzy tychże placówek, a to niestety mocno obciąża ich finanse, a tym samym znacznie zawyża koszt miesięcznego utrzymania jednego mieszkańca.

Podopieczni domów pomocy społecznej będąc obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej mają prawo do świadczeń gwarantowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Tymczasem w chwili, gdy trafiają do DPS-u na skutek braku właściwych uregulowań w omawianej kwestii tracą jakby to prawo, ponieważ Fundusz Zdrowia nie chce płacić za pracę wykonywaną na rzecz mieszkańców przez pielęgniarki zatrudnione w tych placówkach. Należy tu dodać, że pielęgniarka środowiskowa niestety nie jest w stanie fizycznie i czasowo zabezpieczyć wszystkich potrzeb mieszkańców DPS-u, dlatego też właściwym jest zatrudnienie pielęgniarki w domu pomocy społecznej.

Senator Augustyn zaproponował następujące rozwiązanie. Należy w domach pomocy społecznej stworzyć zespoły opieki zdrowotnej, które miałyby przede wszystkim na uwadze pracę na rzecz zdrowia mieszkańców i byłyby finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Taki zespół stacjonowałby w DPS-ie i przez całą dobę mógłby docierać do podopiecznych. Propozycja pana senatora spotkała się z powszechną akceptacją uczestniczek konferencji.

Niestety, nie spotkała się z taką akceptacją ze strony polityków, m.in. pana ministra Sochy i dyrektora Wyrwickiej. Według pana ministra do wykonania konkretnych zadań

medycznych w DPS-ach powinna stawać oddelegowana pielęgniarka zatrudniona przez ZOZ, a konstruowanie nowych tworów w już istniejących instytucjach nie ma sensu. Nasuwa tu się tylko jedno bardzo istotne pytanie: który pracodawca zatrudni pracownika po to, by płacić mu pensję i nie mieć z jego pracy żadnych korzyści, bo on świadczy swoje usługi w innej firmie? Być może nurtujący nas wszystkich problem udałoby się szybciej rozwiązać, gdyby wreszcie zostały ukończone prace nad ustawą pielęgnacyjną. Kiedy to jednak nastąpi? Nie wiadomo.

Te wszystkie kwestie wywołały na sali bardzo gorącą dyskusję, z której wyniknęło jedynie, że problem obecności pielęgniarek w DPS-ach jest nadal nieuregulowaną sprawą, a finansowanie ich płac to też nie wiadomo czyja działka, bo jak można było zaobserwować oba ministerstwa jedynie przerzucają na siebie nawzajem odpowiedzialność. Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że jest to sprawa do rozwiązania przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej i vice versa.

Można tu zadać pytanie, kto na tym najbardziej cierpi? Oczywiście mieszkańcy domów pomocy społecznej, bo koszt ich miesięcznego utrzymania jest nienaturalnie zawyżony, ludzie oczekujący na miejsce w DPS-ie, bo ze względu na tenże wysoki koszt utrzymania, mogą nie otrzymać szansy pokonania bariery finansowej na drodze do otrzymania miejsca w DPS-ie i wreszcie same pielęgniarki z powodu ich zbyt niskich pensji. Tak więc, wszyscy ci ludzie mają prawo powiedzieć: że się domagam to nie traf, pilnuję przecież własnych spraw.

Pośród tej gorącej dyskusji znalazło się również miejsce na omówienie różnych kwestii bezpośrednio związanych z podopiecznymi domów pomocy społecznej. Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – Elżbieta Buczkowska – oraz sekretarz Maria Marczak – rzeczowo omówiły jak przedstawia się w większości przypadków stan zdrowia mieszkańców DPS i jaki jest udział pielęgniarki w ocenie stopnia wydolności czynnościowej i umysłowej mieszkańców przy pomocy testów oceny geriatrycznej. Ponadto poruszono tak palący już dziś problem, gwałtownie starzejącego się społeczeństwa polskiego, który ciągle narasta a który wydaje się być pomijanym przez ludzi kształtującym polską rzeczywistość i zobligowanych przez piastowane stanowiska państwowe do rozwiązywania podobnych problemów.

W czasie konferencji uczestnicy mieli również możliwość wysłuchania prelekcji na temat propozycji dokumentacji medycznej, jaka powinna być prowadzona w domach pomocy społecznej. Jak przekazała prelegentka prawdopodobnie już niedługo zostanie wprowadzona elektroniczna dokumentacja medyczna, również w DPS-ach.

Kolejnym punktem konferencji było spotkanie z radcą prawnym panią Moniką Wacikowską, ekspertem z Departamentu Prawnego w Głównym Inspektoracie Pracy. Tematem wiodącym było omówienie problematyki związanej z czasem pracy w powiązaniu z kodeksem pracy.

Ponadto dzięki przedstawicielkom firm: „Pro Medica 24” i „Toruńskie Zakłady Opatrunkowe” – sponsorom konferencji – mogliśmy zapoznać się z ofertami produktów proponowanych przez te firmy.

Na koniec należy wspomnieć o tym, że dzięki organizatorom konferencji mieliśmy możliwość przynajmniej na chwilę zapomnieć o nękających nas problemach. Takie wytchnienie dało nam uczestnictwo w spektaklu wystawionym przez Teatr Powszechny w Warszawie pt. „Miarka za miarkę” wg Wiliama Szekspira. Mogliśmy podziwiać w nim aktorów znanych nam z ekranów kin czy telewizji, takich jak: Mariusz Benoit, Dominika Ostalowska, Rafał Królikowski i wielu innych, z tą różnicą, że teraz znajdowali się oni, w sensie dosłownym, jedynie na wyciągnięcie ręki.

Reasumując należy powiedzieć, że poruszenie problemu obecności pielęgniarek w domu pomocy społecznej było jak najbardziej trafnym posunięciem. Konferencja nie przyniosła gotowych rozwiązań, wyprowadziła jednak na światło dzienne wiele spraw, które

pozostawały do tej pory, co najwyżej w strefie cienia. Pokazała, w jakiej kondycji znajduje się obecnie polskie społeczeństwo, i jak będzie się ona kształtować w niedalekiej przyszłości. Postawiła konkretne pytania dotyczące potrzeb zdrowotnych mieszkańców DPS-ów i tego jak należy je zaspakajać z uwzględnieniem obecności fachowego personelu uprawnionego do realizacji powyższych świadczeń. Ujawniła również jak niedoskonałe są aktualne rozwiązania systemowe związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarstwa na terenie DPS-ów a właściwie brak takich rozwiązań. Dzięki konferencji mogliśmy również zapoznać się z propozycjami rozwiązań zarysowanych problemów oraz postawami poszczególnych polityków związanych z interesującym nas tematem. Ponadto ci ostatni mieli też możliwość zapoznania się ze spojrzeniem pielęgniarek od wielu lat ciężko i wytrwale pracujących w domach pomocy społecznej na nurtujące nas pytania.

Chcemy wierzyć, że podjęty trud konferencji nie pozostanie bezowocny, ale że przyniesie w niedalekiej przyszłości konkretne uregulowania prawne podnoszące standard życia podopiecznych DPS-ów także w kwestii medycznej oraz regulujące w stopniu zadawalającym pozycję zawodową i finansową pielęgniarek w domach pomocy społecznej.

Ewa Dobieszek - położna, DPS w Pabianicach
Anna Nowakowska - pielęgniarstwo, DPS przy ul. Paradnej 36 w Łodzi
Małgorzata Siemieńczuk - pielęgniarstwo, DPS w Wiśniowej Górze
Jolanta Zelent - pielęgniarstwo, DPS w Tomaszowie Mazowieckim

Skarbnik OIPiP w Łodzi przypomina

1. Każdy członek OIPiP w Łodzi ma możliwość skorzystania jeden raz w roku kalendarzowym z:
 - a) dofinansowania do kształcenia podyplomowego,
 - b) dofinansowania uczestnictwa w zjazdach, sympozach, seminariach, konferencjach itp.,
 - c) otrzymać zapomogę bezzwrotną.
2. Z wyżej wymienionych dofinansowań mogą skorzystać członkowie OIPiP w Łodzi, którzy regularnie przez minimum dwa lata opłacają składkę członkowską.
3. Miesięczna składka członkowska winna być opłacana z jednego, głównego źródła dochodu.
4. Miesięczna składka dla osób prowadzących indywidualną praktykę wynosi 0,5 procenta średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał ubiegłego roku i wynosi w 2007 roku 14,10 gr.
5. Koszty dojazdów zwracane są na podstawie biletów, a wypadku ich braku wg stawek przejazdu:
 - a) pociągiem osobowym II klasą,
 - b) średniej ceny biletu przejazdem autobusem.

Anna Manes
Skarbnik OIPiP w Łodzi

SERWIS INFORMACYJNY

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia

Prezydium ORPiP w dniu 25 kwietnia 2007 roku

- ⇒ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarsza i rejestru położnych – 6 pielęgniarkom i 1 położnej.
- ⇒ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu – 7 pielęgniarkom i 1 położnej.
- ⇒ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek i 1 położną.
- ⇒ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ⇒ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 1 praktykę pielęgniarki, zgodnie z wnioskiem.
- ⇒ Podjęto decyzję o wszczęciu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej do wykonywania zawodu przez położną oraz powołano Komisję Lekarską do oceny tej niezdolności.
- ⇒ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - konferencji: 5 osobom,
 - kursie doształcającym: 11 osobom,
 - kursie kwalifikacyjnym: 8 osobom,
 - szkoleniu specjalizacyjnym: 2 osobom.
- ⇒ Przyznano zapomogi bezzwrotne po 1500 zł: 1 osobie.
- ⇒ Zatwierdzono:
 - koszty udziału przedstawicieli OIPiP w:
 - IX Ogólnopolskiej Konferencji Psychoonkologicznej w Gdańsku w dniach 1 – 2 czerwca 2007 roku dwóm członkom Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej.
 - Konferencji „Odpowiedzialność zawodowa najwyższą wartością praktyki pielęgniarek i położnych” w Warszawie w dniach 28 – 29 maja 2007 roku 2 przedstawicielom Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.
 - honoraria dla 8 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 4/2007,
 - koszty warsztatów nt. „Radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjenta” dla członków Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej, pielęgniarek pracujących chorych terminalnie w hospicjach domowych.

Kalendarium kwietnia 2007 roku

3 kwietnia

- spotkanie pełnomocników domów pomocy społecznej
- spotkanie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
- spotkanie Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych

5 kwietnia

- uroczystość wręczenia Honoris Causa w USK nr 2 im. WAM w Łodzi (uczestniczy A. Tasak)

11 kwietnia

- posiedzenie Rady Społecznej USK nr 2 im. WAM w Łodzi (uczestniczy A. Tasak)
- spotkanie Komisji Położnej

17 kwietnia

- spotkanie pełnomocników leczenia otwartego i leczenia stacjonarnego
- spotkanie Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej,
- spotkanie Komisji Pielęgniarek Rodzinnych,
- spotkanie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

18 kwietnia

- posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia Rady Miejskiej w Urzędzie Miasta Łodzi (uczestniczy A. Tasak)

20 kwietnia

- pierwszy termin zebrania wyborczego w ZOZ Łódź- Polesie (uczestniczy A. Tasak)

23 kwietnia

- spotkanie w sprawie środków unijnych w Urzędzie Miasta Łodzi (uczestniczy A. Tasak)

25 kwietnia

- posiedzenie Prezydium ORPiP
- spotkanie Komisji ds. Warunków Pracy i Zatrudnienia

26 kwietnia

- spotkanie Komisji Pielęgniarek Epidemiologicznych

Informacje z działalności komisji problemowych ORPiP w kwietniu 2007 roku

Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia

1. Omówienie nowego opracowania zawartości strony internetowej Komisji – podział zadań.

Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej

1. Omówienie trudności jakie mogą wystąpić w trakcie realizacji zmiany zawartej w Rozporządzeniu Ministra z dnia 21.03.2007 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą oraz wydanych przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi i Stację Sanitarno-Epidemiologiczną zaleceń dotyczących postępowania z kartami uodpornienia w celu przekazania ich lekarzom POZ.

2. Przekazanie informacji nt. szkoleń kierowanych do pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

1. Zredagowano plan konferencji nt. „Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej”

2. Omówiono projekt konferencji „Etyka zawsze i wszędzie”.

Komisja Położnych

1. Przekazano informacje nt. konferencji i bieżących szkoleń dla położnych w bieżącym roku.

2. Omówienie problemów występujących w pracy położnej rodzinnej.

Komisja Pielęgniarek Epidemiologicznych

1. Omówiono tematykę z X Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych.

2. Analiza wyników badań bakteriologicznych z powierzchni szpitalnych.

Komisja Pielęgniarek Psychiatrycznych

1. Dalsze prace nad planem tematów specjalizacji z pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Komisja Pielęgniarek Rodzinnych

1. Dalsze omawianie jednostek sprawozdawczych wykorzystywanych w kodach świadczeń obowiązujących w NFZ.

2. Analiza druków sprawozdawczych w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 20.10.2005 roku.

Informacje ze spotkań pełnomocników ORPiP w kwietniu 2007 roku

Spotkania pełnomocników odbywają się w stałych terminach w Biurze OIPIP. W kwietniu w spotkaniu pełnomocników reprezentowanych było odpowiednio 46 zakładów spośród 85 uprawnionych, a pełnomocnicy DPS reprezentowali 14 zakładów. Podczas spotkania:

1. Poinformowano o wolnych miejscach na kursach organizowanych przez OIPIP:
 - kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie „Opieki długoterminowej” rozpoczynającym się w dniu 13.04.2007 roku,
 - kursie specjalistycznym dla pielęgniarek „Podstawy opieki paliatywnej” termin 13.09 – 19.10.2007 roku,
 - symposium nt. „Etyki zawodowej” w listopadzie br.

Zwrócono uwagę, iż na wnioskach na kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne musi być informacja o stażach zawodowych oraz potwierdzenie odprowadzania składek na Izbę.

2. Przekazano informacje nt. studiów „pomostowych” Uniwersytetu Medycznego w roku akademickim 2007/2008: zasady finansowania, liczba miejsc.

3. Omówienie zasad przeprowadzenia wyborów na kolejną kadencję samorządu. Wszystkie niezbędne dokumenty dotyczące wyborów znajdują się na stronie internetowej Izby www.oipp.lodz.pl

Ponadto na spotkaniu pełnomocników DPS:

1. Informacja na temat postępów w pracach związanych z umożliwieniem finansowania ze środków NFZ opieki medycznej nad mieszkańcami DPS. Zwrócono uwagę na zasady i warunki kontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego.

Przekazano informacje o wnioskach Międzyresortowego Zespołu w sprawie zasad zatrudniania i wynagradzania pracowników ochrony zdrowia.

2. Poinformowano o możliwości kierowania pytań do prawnika i udzielania odpowiedzi na łamach Biuletynu.

3. Uzgodniono, iż na spotkaniu w czerwcu przekazane zostaną informacje z konferencji nt. „Pielęgniarka w domu pomocy społecznej”, która odbędzie się w kwietniu, do udziału w której ORPiP skierowała 4 pełnomocników dps.

Pełnomocnicy otrzymali kserokopie (materiały):

- Informator OIPIP Nr 3/2007, Nr 4/2007,
- zaproszenie do uczestnictwa w VIII ogólnopolskiej konferencji dla pielęgniarek i położnych nt. „Wybrane problemy zdrowotne wieku rozwojowego”,
- informacji dyrekcji III Szpitala Miejskiego im. dr. K. Jonschera w Łodzi dotycząca zatrudnienia pielęgniarek na oddział: chorób wewnętrznych anestezjologii i intensywnej terapii, bloku operacyjnego – instrumentariuszki.

Pułapka współzależnienia

W naszym społeczeństwie jest niezliczona ilość osób, które na swych partnerów życiowych wybierają zwykle osoby nie potrafiące lub też nie chcące samodzielnie iść przez życie. Z owym brakiem umiejętności radzenia sobie i prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie wiąże się szereg problemów natury psychologicznej tak dla osoby pełniącej w związku rolę przewodnika życiowego jak i dla jej partnera, przy czym chciałabym dodać, iż nie chodzi tu tylko o stosunki czysto partnerskie, ale także o wzajemne relacje między dzieckiem a rodzicem, przyjacielem czy rodzeństwem.

adania nad problemem współzależnienia rozpoczęto stosunkowo niedawno. W 1975 roku Santon Peele i Archie Brodski napisali książkę pt. „Miłość i uzależnienie”, która zapoczątkowała powiększającą się wciąż serię popularnych książek poruszających ten problem.

Współzależnienie jest upośledzeniem dojrzałości spowodowanym urazem z okresu dzieciństwa. Osoby współzależnione (OW) nie są dojrzałe w takim stopniu, że przeszkadza im to w życiu. Współzależnienie jest ściśle określonym procesem cechującym się charakterystycznym obrazem symptomów. Proces ten może obejmować całe ciało lub jakkolwiek jego część. Łańcuch symptomów charakteryzujący współzależnienie nazywamy symptomami rdzennymi lub pierwotnymi. Określają one stopień w jakim OW nie są w stanie nawiązać zdrowych stosunków z samym sobą.

Współzależnienie wciąga w swego rodzaju wir, z którego OW bardzo ciężko jest się wydostać. Żyjąc z osobą uzależnioną (OU) od jakiegokolwiek SPA nieświadomie ulegamy obsesji dotyczącej środka, od którego dana osoba jest uzależniona, niezależnie od tego czy jest to alkohol, leki, narkotyki czy np. hazard. Całe życie osoby uzależnionej koncentruje się wokół danego czynnika uzależniającego. OU myśli np. o piciu, planuje dzień pod tym kątem, myśli nad sposobami zdobycia pieniędzy na picie, nad miejsce, gdzie może swobodnie napić się alkoholu czy przyjąć narkotyki. Jest to swego rodzaju krążenie wokół danego SPA. Taki sposób myślenia nie dotyczy jednak tylko OU. Osoby najbliższe alkoholikowi, narkomanowi czy hazardziście nie pozostają bowiem bezczynne. Próbuje zatrzymać uzależnienie, pomóc osobie uzależnionej. Jest to przecież normalny, zdrowy i ludzki odruch. Jeżeli widzimy, że ktoś się pograża, że niszczy siebie próbujemy go powstrzymać przez tłumaczenie, przekonywanie, lży aż w końcu przez manipulowanie i kłamstwo. Takie działania w normalnym świecie dają przeważnie pozytywny efekt. Jednak nie w przypadku osoby uzależnionej. Dlaczego? Odpowiedź jest prosta, otóż dlatego, że świat osoby uzależnionej nie jest światem ani normalnym ani realnym. Jest on zmacony podwójnie, bo po pierwsze, jak już wcześniej wspomniałam, jego reakcja na dany SPA nie jest normalna a po drugie, świat ten jest zmacony przez system iluzji i zaprzeczeń, który wysokim murem odgradza OU od rzeczywistości. OU żyje bardziej w świecie życzeń niż rzeczywistości, bardziej w świecie iluzji niż faktów. Dlatego właśnie próby wywarcia jakiegokolwiek presji na OU, próby umawiania się co do przyszłości, wskazywanie faktów i rzeczowa argumentacja nie mają w świecie OU racji bytu. Powstrzymując np. alkoholika przed piciem czy narkomana przed przyjęciem narkotyku, argumentując, dyskutując sami nie wiedząc kiedy zaczynamy ulegać jego wyjaśnieniom i również nie wiedząc kiedy zaczynamy krążyć razem z naszą OU po orbicie, której centrum stanowi dana substancja psychoaktywna. W tym właśnie momencie stajemy się podatni na obsesję dotyczącą danego SPA. Zaczynamy koncentrować swoje życie na np. alkoholu czy narkotyku nie przyjmując go. Myślimy ciągle o nim, myślimy o tym czy nasz mąż czy syn dziś się napije czy nie, myślimy o tym ,co jeszcze możemy zrobić, aby się nie napił czy nie przyjął narkotyku, jak się mamy zachować, gdy przyjdzie pijany lub naćpany. W tym właśnie momencie przekraczamy granicę, po której nasze życie przestaje być zależne od nas a zaczyna być zależne od danej SPA, od której bliska nam osoba jest

uzależniona. Po przekroczeniu tej granicy współmałżonkowie, rodzice i inne najbliższe osoby stają się osobami współuzależnionymi.

Każdy z nas z pewnością wypowiadał się kiedyś o swoim znajomym, koledze, członku rodziny z pełną ignorancją i z niezrozumieniem dla stylu życia, jaki dana osoba prowadzi. Wiele osób patrzy krytycznym okiem na swych sąsiadów i dziwi się często, dlaczego taka osoba ma takiego a nie innego partnera w życiu, dlaczego 43-letnia kobieta wciąż jest sama i mieszka z rodzicami mimo że stać ją posiadanie własnego mieszkania lub dlaczego matka czy ojciec narkomana z wieloletnim stażem nie wyrzucili go jeszcze z domu. Być może dzięki temu, co mam Państwu dziś do przekazania, zrozumiecie Państwo te osoby i być może zechcecie im pomóc choćby poprzez zwyczajną na ludzką rozmowę nie oceniającą i nie krytykującą ich decyzji życiowych. Jak już wcześniej wspomniałam OW charakteryzuje szereg symptomów rdzennych i pierwotnych. Oto przykłady tych właśnie symptomów:

1. Trudność w doznawaniu poczucia własnej wartości, czyli trudność w zaakceptowaniu samego siebie.

Kiedy osoba współuzależniona tkwi w związku wzajemnego uzależnienia przestaje troszczyć się o siebie i pozytywnie siebie oceniać. Większość OW nie potrafi tego robić w związku z poczuciem niższości i poczuciem obowiązku niesienia pomocy partnerowi, dziecku lub rodzinie, która z racji tego, iż potrzebuje pomocy jest ważniejsza niż OW. Chcę również dodać, iż niesiona pomoc przez OW jest bezgraniczna i nie mieszcząca się w żadnych ramach tzw. zdrowego egoizmu.

Przyczyną braku poczucia własnej wartości są zazwyczaj doświadczenia z dzieciństwa. OW zwykle brakowało właściwych więzi z ich opiekunami. Małe dzieci odczuwają miłość, jeśli doświadczają troski, opieki, które są komunikatem „jesteś dla mnie kimś ważnym, liczysz się w moim życiu, jesteś kochany”. Kiedy dzieci nie odbierają takich komunikatów, nie odczuwają wystarczającej silnej więzi z opiekunami, nie doświadczają troski, mają poważny problem z samooceną i poczuciem własnej wartości. OW jako dzieci często przeżyły dominujący lęk, ponieważ miały problem lub wręcz nie odczuwały bliskości ze swym opiekunem. Odczuwali poczucie pustki, była to pustka braku troski ze strony rodziców. Ponieważ ów brak troski odbierali jako skutek nie dostrzegania ich wartości nie potrafili być sobą i polubić siebie. Głębokie osamotnienie w dzieciństwie jest naznaczone bólem, lękiem, gniewem, wstydem i poczuciem pustki. Ponieważ dzieci nie mają gdzie wyrazić tych odczuć magazynują je we własnym wnętrzu i uwalniają wiele lat później. Wiele z tych dzieci usiłowało nawiązać pewne ograniczone lub krótkotrwałe więzi z jakąś osobą, które przynosiły im ulgę w poczuciu osamotnienia. Niestety mogło to przynieść późniejsze problemy, ponieważ nauczyło je, że to co przynosi ulgę jest związane z inną osobą a nie z poznaniem, polubieniem i zaakceptowaniem samego siebie. OW poprzez owe doświadczenia z dzieciństwa pragną się z kimś związać, należeć do kogoś, czuć się bezpiecznym przez związek z kimś, kto w ich mniemaniu rozwieje ich poczucie niedostateczności. Stąd właśnie wynika zdolność do zaakceptowania czyichś wad i problemów i to że OW tkwi często w nieudanym związku. Łączy się to ściśle ze strachem przed kolejnym porzuceniem i ponownym poczuciem pustki.

2. Wadliwe umiejscowienie roli kierowniczej.

OW pozwalają innym kierować sobą akceptując rolę, jaką inni im wyznaczają po to, aby czuć się zaspokojonymi, zaakceptowanymi przez otoczenie. W tym momencie znów pojawia się problem lęku przed porzuceniem. OW boi się, że jeśli nie spełni oczekiwań lub potrzeb środowiska lub też najbliższej osoby zostanie odrzucona.

3. Oburzenie.

OW odczuwają niezdolność lub upośledzoną zdolność ochrony swojej osobowości. Nieświadomie używają oburzenia jako tej właśnie obrony i odzyskania szacunku do samych siebie.

Kiedy ludzie są tyranizowani, gdy matka lub żona jest bita i poniżana doświadcza dość intensywnie dwu uczuć: obniżenia szacunku do samych siebie oraz przemożnej potrzeby znalezienia jakiegoś sposobu na powstrzymanie skierowanej na siebie agresji. W zdrowych dawkach gniew daje ludziom siłę do zrobienia tego co niezbędne w danej sytuacji, aby chronić samego siebie. OW ponawia jednak ów gniew połączony z obsesyjną chęcią wzięcia odwetu na napastniku i tym samym wkracza w fazę oburzenia, na której działania OW kończą się. Faza oburzenia jest jakby samousprawiedliwieniem się OW. Wiem, że to co się dzieje jest złe, wiem że powinnam zareagować, jednak strach nie pozwala na to. Poczucie oburzenia daje pozorne tylko poczucie własnej wartości i pełni również pozorną tylko barierę ochronną. Odgrywa ono kluczową rolę w sposobie, w jakim życie człowieka współzależnionego jest krępowane przez obwinianie innych o swoją własną niezdolność do budowania sobie zdrowych barier ochronnych.

4. Upośledzona duchowość.

OW albo czynią kogoś swoim najwyższym autorytetem albo starają się być najwyższym autorytetem dla innych. Przeważnie czynią to nieświadomie a wynika to z upośledzonej umiejętności lub jej braku w określeniu ról i kontaktów z najbliższymi. Łączy się to ściśle z umiejętnością powierzania obowiązków i egzekwowania ich od partnera. Taka sytuacja często ma miejsce w przypadku związku OW z osobą uzależnioną od SPA. Omówię tę sytuację na przykładzie matki dziecka uzależnionego od narkotyków. W pierwszym etapie matka przejmuje rolę najwyższego autorytetu. Początkowo stara się stosować zakazy (np. wychodzenia z domu). W późniejszym etapie w przypadku braku efektu funkcję najwyższego autorytetu przejmuje dziecko. OW ma zbyt mało pewności siebie, nie jest pewna swoich decyzji, metod, jakie stosuje w celu ratowania dziecka. Przyjmuje przeważnie rolę osoby niekompetentnej i wierzy w obietnice i zapewnienia dziecka. Patrząc na tę sytuację z boku wydaje się ona irracjonalna, ale takie zachowania ściśle związane są z brakiem poczucia własnej wartości i pewności siebie, o czym mówiłam omawiając pierwszy symptom współzależnienia.

5. Uzależnienia i schorzenia umysłowe lub fizyczne.

Zdolność stawiania czoła rzeczywistości związana jest ściśle ze zdolnością nawiązania zdrowych stosunków ze sobą samym. Oznacza to miłość własną, zdrowy egoizm, ochranianie siebie. OW często nie potrafią nawiązać prawidłowych relacji z sobą samym i osiągnąć poczucia wewnętrznej harmonii. Ból i dyskomfort odczuwany notorycznie prowadzą do chęci szybkiego pozbycia się go często poprzez jakiś rodzaj uzależnienia. Jestem przekonana o tym, iż wielu z Państwa zna szereg osób, o których mówi się: pamiętasz, jaka ona lub jaki on był fajny chłopak. Nie pił nie palił. Co się z nim stało? Wynika to z tego, że zwykle osoba pogrążona w jakimś nałogu jest również współzależniona i odwrotnie - osoba współzależniona jest pogrążona w procesie nałogowym lub obsesyjno-przymusowym. Przeżywając często ból porażki w nawiązaniu zdrowych kontaktów z samym sobą i z partnerem, dzieckiem czy rodzicem OW dąży do zbliżenia się z tą osobą poprzez popadanie ten sam lub inny rodzaj nałogu.

6. Trudności w nawiązywaniu bliskiego kontaktu z partnerem.

Przez bliski kontakt z drugą osobą rozumiemy dzielenie się prawdą o sobie i przyjmowanie przekazywanej nam przez innych prawdy o nich samych bez prób osądzania i modyfikowania tych prawd przez którąś ze stron. OW nie mogą osiągnąć zdrowej bliskości z drugim człowiekiem, ponieważ zakłada ona dzielenie się całą prawdą o sobie, przy czym nie zawsze ta prawda jest powodem do dumy. OW często w obawie przed odrzuceniem zatajają pewne fakty ze swojego życia, dostosowują się do potrzeb partnera zapominając o swoich własnych. Bez umiejętności nawiązywania bliskich kontaktów OW nie potrafią wyzwolić się ze swojego nieprawdziwego sposobu postrzegania świata, samych siebie i otaczającej rzeczywistości i tym samym wciąż mają problemy w nawiązywaniu zdrowych stosunków z innymi.

Obecność i życie z wymienionymi wyżej symptomami jest dramatyczne w skutkach nie tylko dla OW, ale również dla samej OU, ponieważ żyjąc już nie we własnym świecie, ale w świecie stworzonym przez OU doświadczamy cierpienia, tracimy siłę do walki o normalność i tym samym wspomagamy chorobę naszego alkoholika lub narkomana.

Co zrobić aby pomóc sobie samemu, aby uświadomić OW fakt istnienia choroby współzależnienia? Każdy kto żyje w związku z OU powinien ustosunkować się do następujących stwierdzeń:

- rozwiązywanie jego/jej problemów lub łagodzenie jego/jej cierpienia jest rzeczą najważniejszą w moim życiu, niezależnie od tego, ile mnie to emocjonalnie kosztuje,
- chronię go/ją przed konsekwencjami jego/jej postępowania, kłamie, aby go/ją osłonić , ukrywam jego/jej złe postęпки, nigdy nie pozwalam o nim/niej źle mówić,
- próbuję ze wszystkich sił nakłonić go/ją by postępował wedle moich wskazówek (przejmowanie odpowiedzialności za kogoś),
- nie zwracam uwagi na własne odczucia i potrzeby, zajmują mnie tylko jego/jej uczucia i potrzeby,
- jestem gotowy/gotowa zrobić wszystko byle tylko mnie nie porzucił/porzuciła,
- doświadczam znacznie więcej namietności w burzliwym i dramatycznym związku,
- jestem perfekcjonistą i za wszystko co się nie udaje winię siebie,
- jestem w środku wściekły/wściekła, czuje się niedoceniana/niedoceniany i wykorzystany/wykorzystana,
- udaję, że wszystko w porządku, choć wcale tak nie jest,
- najważniejsze w moim życiu jest to, żeby mnie kochał i to pragnienie nadaje mojemu życiu kształt.

Jeżeli osoba ustosunkowująca się do tych stwierdzeń choćby na 3 z nich odpowiedziała pozytywnie, jest w pułapce. Oznacza to, że przestała kierować swoim życiem ,a jej stosunki z bliskimi ludźmi przestały być satysfakcjonujące. OW doświadczą cierpienia i chaosu toteż oczywiste jest, że potrzebuje pomocy ponieważ współzależnienie obejmuje takie zjawiska jak:

- cierpienie i chaos emocjonalny,
- zaburzenia psychosomatyczne z nerwicą włącznie,
- zażywanie leków uspokajających, nasennych, picie alkoholu dla uśmierzenia bólu, napięcia i niepokoju,
- system iluzji i zaprzeczeń, który przeszkadza OW zobaczyć trzeźwo realny wymiar problemu – wirując z OU w chorym świecie iluzji sami nasiąkamy myśleniem pełnym zaprzeczeń (nie, on nie jest alkoholikiem, narkomanem), oskarżeń wobec innych (gdyby miał inna matkę), usprawiedliwień (to dlatego, że ma takich kolegów),
- konserwacja układu partnerskiego (rodzinnego), która podtrzymuje trwanie w uzależnieniu i co za tym idzie dalszemu staniu w tym samym miejscu.

Współzależnienie wiąże się z postawą przyzwolenia, które przejawia się w zwalnianiu OU z odpowiedzialności za jego życie przez branie tego życia w swoje ręce. OW na przemian oskarża lub zbawia swojego partnera, zatrzymuje go, odciąga myśli za niego, planuje za

niego, podejmuje za niego decyzje życiowe i co jest w tym wszystkim najgorsze traktuje to i uważa za rzecz normalną. OW jest pełna nadmiernej odpowiedzialności za swojego uzależnionego partnera tak, jak jest się odpowiedzialnym za dziecko. Wiele kobiet żyjących w związku wzajemnego uzależnienia twierdzi, że „życie z OU to tak jak posiadanie krnąbrnego dziecka”.

Kluczem w sprawie zmiany postawy życiowej OW jest słowo KRYZYS. Należy zrozumieć swoją rolę w związku z OU, swoje przyzwalanie i swoje współuczestniczenie. To wcale nie jest proste ponieważ OW broni się przed zobaczeniem tego wszystkiego, jak i przed uświadomieniem sobie tego, że potrzebuje sojuszników w próbie wyrwania się z wiru współuzależnienia.

OW często jest przekonana o tym, że najlepiej poradzi sobie sama, zupełnie tak samo jak osoba uzależniona, z którą jesteśmy w związku. Nasz alkoholik, narkoman, hazardzista czy lekoman też na początku swego uzależnienia twierdził z pewnością, że sam sobie da radę. Widzimy więc tutaj, jak zwodne jest to przekonanie.

Bardzo ważne jest, aby pomóc OW w uświadomieniu sobie tego że:

- nie musi dłużej uciekać od choroby, że musi zacząć uczyć się o faktach dotyczących uzależnienia i współuzależnienia,
- nie musi dłużej obwiniać uzależnionego partnera za swoje życie. OW musi zacząć żyć obok swego uzależnionego partnera (jeżeli w ogóle chce z nim żyć) koncentrując się na własnych działaniach, bo to właśnie dzięki nim może się podnieść,
- nie musi dłużej kontrolować przyjmowania SPA. Powinna dowiedzieć się o miejsca, w których OU otrzyma profesjonalną pomoc i nakłaniać go do rozpoczęcia tam leczenia,
- nie musi dłużej przychodzić z pomocą OU. Musi natomiast zacząć pozwalać OU na cierpienie i ponoszenie odpowiedzialności za wszystkie następstwa uzależnienia,
- nie musi dłużej krążyć wokół powodów przyjmowania SPA. Powinna skierować swoją uwagę na siebie i w miarę możliwości powracać do wzorów normalnego życia,
- nie musi dłużej grozić. Powinna natomiast zacząć mówić to co myśli i robić to co mówi - konsekwencja,
- nie musi dłużej przyjmować lub wyłudzać obietnic, należy przestać się z nimi liczyć w swoim realnym świecie a szczególnie nie opierać na nich żadnych swoich planów,
- nie musi dłużej ukrywać faktu że szuka pomocy, należy zacząć otwarcie mówić o tym swemu uzależnionemu partnerowi,
- nie musi dłużej gderać i wygłaszać kazań, należy rzeczowo i spokojnie informować o każdym niewłaściwym postępowaniu i traktować OU jak osobę dorosłą,
- nie musi dłużej znosić ataków na siebie, należy zacząć ochraniać siebie i dzieci, poszukać sojuszników, odrzucić tajemnicę,
- nie musi dłużej być marionetką, należy w końcu zacząć istnieć osobno.

W dzisiejszej rzeczywistości jest już wiele instytucji niosących pomoc OW. Uczestnictwo w programach terapeutycznych polega na spotkaniach grupowych bądź indywidualnej pracy ze specjalistą.

Jednak praca nad sobą i problemem nie kończy się jednak w chwili opuszczenia murów instytucji niosącej nam pomoc. Bardzo ważna jest również psychologiczna praca nad sobą, której cele i droga określone są w następujących punktach zwanych 12 krokami do zdrowienia:

1. Przyznaj otwarcie, że jest to problem, którego nie jesteś sam w stanie rozwiązać. Uznaj prawdę, że w trudnej sprawie potrzebujesz pomocy.
2. Określ prawdziwe powody Twoich trudności.
3. Zwróć uwagę, że Twoje trudności tkwią raczej w relacjach z innymi ludźmi a nie po prostu w innych ludziach. To oznacza, że zmiana może rozpocząć się od Ciebie a nie od innych.
4. Przestań obwiniać innych za swoje problemy.

5. Przestań nieustannie krytykować się za błędy i cierpieć z powodu wiecznego poczucia winy. Po prostu zmieniaj to, co zmienić jesteś w stanie biorąc pod uwagę swoje aktualne siły i ograniczenia.
6. Pozbądź się manipulacji, słownych gier, gderania, pomstowania i awantur. Znajdź inne źródła psychicznego ożywienia.
7. Gdy czegoś potrzebujesz zdobądź się na szczerą prośbę, jasne wymagania lub rzeczową informację.
8. Naucz się pełniej odczuwać i bardziej konstruktywnie wyrażać swoje uczucia.
9. Podążaj w kierunku pogłębienia swoich uczuć, potrzeb, wartości.
10. Naucz się lepiej określać granice swojego ja w kontaktach z innymi ludźmi pamiętając, że masz prawo bronić się przed inwazją.
11. Naucz się prawdziwej bliskości z innymi ludźmi po to by przyjmować od nich troskę, informację, pomoc i więź. Naucz się lepiej dzielić sobą z innymi.
12. Zaakceptuj zmienność swoich relacji z drugim człowiekiem. Pozwól im pulsować, rozwijać się, zanikać. Niech będą odbiciem prawdy.

Literatura u autora

Justyna Dudaczyk
Oddział Detoksykacyjny od Narkotyków
i Innych Środków Psychoaktywnych
SP Psychiatryczny ZOZ w Łodzi
Szpitala im. J. Babińskiego w Łodzi

Próchnica u dzieci

Do problemów zdrowotnych rozpowszechnionych masowo wśród dzieci należy próchnica zębów. Próchnica zębów jest chorobą społeczną.

Proces patologiczny jest umiejscowiony, dochodzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu tkanek twardych zęba, powstania w nim ubytku, a w dalszym etapie do zmian patologicznych w miazdze zęba.

Na powstawanie próchnicy ma wpływ wiele czynników. Do powstania próchnicy konieczne jest współistnienie podstawowych czynników etiologicznych, jakimi są:

- płytka nazębna i zawarte w niej drobnoustroje,
- obecność w jamie ustnej węglowodanów będących substratem dla enzymatycznych przemian bakteryjnych,
- nieprawidłowa budowa tkanek zęba, zwiększona ich podatność na odwapnienie spowodowana niedostateczną lub nieprawidłową mineralizacją,
- czas i częstotliwość współdziałania czynników patologicznych na tkanki zęba.

Próchnica zębów znana była już bardzo dawno, np. jej frekwencja w neolicie wynosiła 2,94 procent, w epoce brązu 21,87 procent, w epoce żelaza 40,67 procent, a w okresie panowania rzymskiego 85 procent, spadek zanotowano w średniowieczu – do 50,4 procent. Tłumaczy się to zmianą warunków bytowania na prymitywniejsze. Wyniki badań przeglądowych wskazują, że na próchnicę choruje ponad 90 procent dzieci. Próchnicę zaawansowaną (zmiany rozległe – ponad 3 zęby próchnicze) stwierdza się u ponad 60 procent dzieci 12-letnich.

Próchnica i jej następstwa są głównymi przyczynami wczesnej utraty uzębienia. Próchnica zębów obejmuje w Polsce całą populację, uwarunkowaną m.in. wadliwymi zachowaniami zdrowotnymi.

Zjawisko próchnicy u dzieci jest specyficzne, a to ze względu na zęby mleczne. Przebieg jej odbywa się w nich szybciej niż w zębach stałych. Ubytki przednich mlecznych zębów są mniej częste niż w zębach tylnych. Ubytki na powierzchniach żujących w zębach trzonowych częściej dotyczą drugich zębów trzonowych niż pierwszych. Wpływ na to ma duża ilość bruzd i szczelin. Ubytki na powierzchniach stycznych w zębach trzonowych mlecznych występują po wyrżnięciu drugich zębów trzonowych mlecznych.

Cechami próchnicy są ostry przebieg oraz znaczne i szybkie podminowanie szkliwa. Do powstawania próchnicy w zębach mlecznych przyczyniają się: zbieżność koron w kierunku powierzchni żującej, budowa anatomiczna i histologiczna, głębokie bruzdy, wypukłe korony, szybkie rozprzestrzenianie się wzdłuż granicy szkliwno-zębinowej i w głąb zębiny, znamieny wałek szkliwny, większe przestrzenie przyzmatyczne i większa liczba linii Retziusa w szkliwie, większe przestrzenie międzykuliste i ziarnistości Tomesa, szerokie kanaliki zębinowe, w zębinie, duże komory miazgi, wydadne rogi miazgi, cieńsze warstwy ochraniające miazgę, cieńsza warstwa zębiny, apryzmatyczna warstwa szkliwa, słabo zmineralizowane tkanki twarde, budowa chemiczna, występowanie płaszczyzny i brak punktów stycznych, duże przestrzenie międzypryzmatyczne.

Szczególnie charakterystyczne dla dzieci są postacie próchnicy wczesnej, okrężnej, kwitnącej i butelkowej.

Próchnica wczesna (caries praecox) powstaje kilka miesięcy po wyrżnięciu się zębów mlecznych, w zębach trzonowych i siecznych. Ubytki pokryte są ciemną, miękką zębiną. Proces prowadzi do zniszczenia korony zęba i powikłań. Zęby stają się podobne do gumy i odłamują się.

W zębach trzonowych atakowana jest cała powierzchnia żująca, w stycznych obszary przyszyjkowe, głównie wargowe. Wpływ na powstawanie próchnicy wczesnej uzależniony jest wcześniactwem, nieprawidłowym odżywianiem w czasie ciąży, ciąża mnoga, nadmierna

ilość słodzonych płynów podawana dziecku, jak również smoczków z cukrem i miodem, zasypianie dziecka z butelką oraz sposób karmienia: naturalny bądź sztuczny.

Próchnica okrężna (*caries circularis*) zwana inaczej odontoklazją lub amelozą dziecięcą. Charakteryzuje ją pojawienie się brunatnej plamy w początkowym okresie. Rozprzestrzenia się w postaci pierścienia i zajmuje następujące powierzchnie: wargową, styczne i podniebienie. Proces niszczy szkliwo oprócz najbardziej odpornego szkliwa na brzegu siecznym. Dochodzi do odłamania koron.

Natomiast próchnica kwitnąca (*caries florida*) obejmuje wiele zębów równocześnie i może występować na wszystkich powierzchniach. Niszczy tkanki twarde i powoduje powikłania ze strony miazgi zębowej i odłamanie zęba.

Kolejnym przykładem próchnicy dziecięcej jest próchnica butelkowa, która powstaje w najwcześniejszym okresie życia dziecka. Głównym czynnikiem wywołującym tę odmianę próchnicy jest karmienie za pomocą butelki oraz słodkie napoje. Proces rozpoczyna się na policzkowych powierzchniach zęba i zajmuje wszystkie powierzchnie.

Nie należy także zapominać, że próchnica u dzieci nie obejmuje tylko zębów mlecznych, ale także zęby stałe świeżo wyrżnięte. W okresie wzrostu i kształtowania się korzenia twarde tkanki są jeszcze niedostatecznie zmineralizowane, a ich dojrzewanie trwa przez pewien okres po wyrżnięciu.

Niedojrzałość twardych tkanek stwarza korzystne warunki do rozwoju i szybkiego przebiegu próchnicy. Przebieg próchnicy u dzieci w młodych zębach jest zazwyczaj ostry. Zapadalność na nią zwiększa się wraz z wiekiem. Podatne do powstawania próchnicy są zęby trzonowe i przedtrzonowe. Jak można leczyć próchnicę w zębach mlecznych a jak w zębach stałych? W zębach mlecznych skutecznym sposobem jest wygładzenie w przypadku próchnicy początkowej i powierzchownej, charakteryzujące się szlifowaniem, które zmniejsza retencję płytki bakteryjnej. Ponadto powoduje on, że ognisko z rowkowego zostaje zmienione na szeroko otwarte, trójkątne na przekroju, kątem ostrym zwrócone do dna. Szlifowanie wykonuje się kamieniami karborundowymi lub diamentowymi. Po tym konieczne jest zastosowanie zabiegów remineralizacji lub impregnacyjnych. Do profilaktyki zalicza się również lakierowanie lakierami z fluorem na powierzchniach gładkich zębów i profilaktyczne uszczelnianie bruzd pierwszych zębów trzonowych i przedtrzonowych w wieku 6 – 8 lat. Również upowszechniona została profilaktyka enologenna (podanie tabletek ze związkami fluoru) u dzieci w okresie od 6 miesiąca życia do co najmniej 14 roku życia.

Natomiast impregnacja to przesylenie tkanek zęba ciałami chemicznymi, które mają właściwości bakteriobójcze, mineralizują lub wiążą części organiczne zęba w związki bardziej odporne. Do tego procesu nadają się rozległe obejmujące całe powierzchnie ogniska próchnicy, które w razie preparowania mogą doprowadzić do odłamania korony. Zabieg ten nie jest trwały. Preparaty stosowane przy zabiegu, jak związki srebra, silikonowe, chlorek cynku, związki fluoru mogą uszkodzić błonę śluzową, dlatego zalecana jest precyzja i dokładność. Fluorek sodu zwiększa odporność zębów na próchnicę oraz sprawia, że szkliwo zostaje uodpornione na kwasy powstające z cukrów na skutek działania bakterii. Wspomaga remineralizację zębów i hamuje produkcję kwasów wytwarzanych przez bakterie.

Preparowanie to kolejna metoda, której celem jest wypreparowanie i zabezpieczenie ubytku, by doszło do zahamowania próchnicy, by należycie została dokonana ochrona żywej miazgi, a ząb został przywrócony do fizjologicznej czynności.

W zębach dziecięcych występuje też próchnica wtórna (*caries secundaria*). Występuje ona najczęściej na powierzchniach żujących i powierzchniach stycznych naokoło lub pod założonym wypełnieniem. Może ona wystąpić w formie próchnicy szkliwa. Niekiedy może wystąpić na skutek odłamania części wypełnienia.

Próchnicy zębów i chorobom przyzębienia można w dużym stopniu zapobiegać. W wielu krajach dzięki konsekwentnej profilaktyce dzieci w niektórych grupach nie mają

próchnicy. Grupami populacji przede wszystkim potrzebującymi zidentyfikowania działaniem profilaktycznym są kobiety ciężarne, dzieci od 1 do 7 lat oraz młodzież. Edukację zdrowotną dla dzieci, kobiet ciężarnych prowadzi co najmniej 50 procent placówek opieki zdrowotnej (Narodowy Program Zdrowia 1996 – 2005, MZiOS Warszawa 1996). Powstaniu ubytków można jednak zapobiec. Codzienne szczotkowanie zębów, dostarczanie im wystarczającej ilości fluorków, umiarkowanie w podjadaniu między zasadniczymi posiłkami oraz regularne kontrolne badania stomatologiczne stanowią cztery podstawowe zadania, które należy podjąć, aby zachować zdrowe zęby. Szczotkowanie zębów umożliwia usunięcie płytki i jest skutecznym sposobem zapobiegania próchnicy zębów, najlepiej szczotkować zęby bezpośrednio po śniadaniu oraz przed snem. Prawidłowy wzrost i rozwój człowieka, w tym rozwój zębów i dziąseł zależy od właściwej diety. Dzieci powinny zjadać co najmniej cztery razy dziennie owoce, warzywa, chleb i inne produkty zbożowe, trzy razy dziennie pić mleko lub jeść produkty mleczne. Bardzo ważne są również kontrolne badania stomatologiczne.

Mimo iż związek między chorobami zębów a ogólnym stanem zdrowia znany jest od dawna, wiele osób wciąż nie jest tego świadoma. Próchnica może doprowadzić do powstania wielu niepożądanych skutków oddziałujących na jamę ustną, które są ogniskami zakażenia i w wyniku patologicznego oddziaływania mogą wywołać zmiany chorobowe w narządach odległych. Oczywiście nieodzownym elementem leczenia tych schorzeń jest usunięcie wszystkich ognisk w jamie ustnej. Jeśli dziecko obawia się wizyty w gabinecie stomatologicznym, powinno o tym problemie porozmawiać z dentystą. Cierpliwe udzielenie przez lekarza informacji na temat możliwości zmniejszenia bólu w czasie zabiegów, a także o przebiegu poszczególnych etapów leczenia, działa znacznie skuteczniej i bardziej kojąco niż leki uspokajające.

Barbara Skiba

PRAWNIK RADZI

Informacja prawna na temat prawnych aspektów zatrudniania pracownika, który na podstawie orzeczenia lekarskiego nie może wykonywać niektórych czynności, na przykładzie zakazu dźwigania ciężarów i zakazu pracy w porze nocnej

W celu wykonywania zawodu pielęgniarki czy położnej nie wystarczy tylko posiadać prawo do wykonywania tych zawodów. Przy podejmowaniu pracy, podobnie jak każdy inny pracownik, pielęgniarki i położne muszą poddać się lekarskim badaniom wstępnym. Najczęściej badania takie nie wykazują żadnych przeciwwskazań do wykonywania wyuczonego zawodu. Problemy pojawiają się zazwyczaj znacznie później, gdy po wielu latach pracy badanie okresowe wykazuje konieczność wyeliminowania pewnych czynników w pracy, które zagrażają zdrowiu pracownika. Najczęściej spotykanymi ograniczeniami orzekanymi przez lekarzy jest zakaz dźwigania ciężarów czy zakaz pracy w nocy.

Ze względu na fakt, że oba te elementy są nierozdzielnie związane z zawodem pielęgniarki i położnej, konieczne jest przedstawienie prawnych aspektów takiej sytuacji, w szczególności z uwzględnieniem dalszych możliwości zatrudnienia pielęgniarki czy położnej, którym orzeczono zakaz dźwigania ciężarów i pracy w porze nocnej.

Zgodnie z przepisem art. 94 pracodawca ma obowiązek zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pracy. W pojęciu tym mieści się podjęcie takich działań, które do maksimum wyeliminują jakiegokolwiek zagrożenie podczas wykonywania pracy. Paradoksalnie zagrożeniem dla innych pracowników może być również inny pracownik, jeśli jego stan zdrowia uniemożliwia mu prawidłowe wykonywanie swoich obowiązków.

Zgodnie z przepisem art. 229 § 4 k.p. pracodawca nie może więc dopuścić pracownika do pracy bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Oznacza to po pierwsze, że wraz z nadejściem terminu okresowego badania lekarskiego pracownik nie powinien świadczyć pracy do czasu przedstawienia aktualnych badań. Podobnie w przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, spowodowanej chorobą, pracownik podlega ponadto kontrolnym badaniom lekarskim w celu ustalenia zdolności do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku. Za naruszenia w tym względzie odpowiedzialność ponosi pracodawca, który organizuje proces pracy. Aktem określającym szczegóły dotyczące profilaktycznych badań lekarskich jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. (Dz. U. z dnia 25 czerwca 1996 roku). Zgodnie z jego postanowieniami (§5) zarówno pracownik jak i pracodawca, jeśli nie zgadzają się z treścią zaświadczenia wydanego przez lekarza, mogą w terminie 7 dni od wydania zaświadczenia, złożyć za pośrednictwem lekarza, który je wydał, wniosek o ponowne przeprowadzenie badania lekarskiego. Wtedy badanie takie odbywa się w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy właściwym ze względu na miejsce świadczenia pracy. Jego wynik jest ostateczny, w tym sensie, że służy za podstawę wydania zaświadczenia, którego w tym momencie nie można już kwestionować.

W przypadku, gdy pielęgniarka czy położna otrzyma od lekarza zaświadczenie, że nie może ze względów zdrowotnych dźwigać ciężarów lub pracować w nocy pojawia się problem dalszego wykonywania przez nią zawodu. Według art. 4 i 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej wykonywanie tych zawodów polega przede wszystkim na wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Wachlarz obowiązków jest więc dość

szeroki, jednak wiadomo, że przy większości z wymienionych obowiązków konieczne jest uruchamianie siły fizycznej w celu podniesienia pacjenta, przewrócenia go na bok, przeniesienia z łóżka na wózek, czy w inne miejsce. Z samej swojej istoty zawód ten wymaga więc zdolności motorycznych w tym zakresie. Podobnie, choć może w innym zakresie problem dotyczy pracy w porze nocnej, choć tu istnieje już większe pole manewru w przypadku orzeczenia zakazu pracy w tych godzinach.

Jeżeli stan zdrowia pracownika zaistniał na skutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, na podstawie przepisu art. 231 k.p. pracodawca ma obowiązek, na podstawie orzeczenia lekarskiego, przenieść do odpowiedniej pracy pracownika, który stał się niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy. W takiej sytuacji przepis art. 230 § 2 k.p. gwarantuje pracownikowi dodatek wyrównawczy przez okres 6 miesięcy, jeżeli przeniesienie do innej pracy spowodowało obniżenie dotychczasowego wynagrodzenia.

W sytuacji, gdy w orzeczeniu lekarskim zostanie stwierdzony szkodliwy wpływ wykonywanej pracy dla zdrowia pracownika, pracodawca ma obowiązek przeniesienia pracownika do innej pracy w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim. W przypadku gdy tego nie uczyni, pracownik na podstawie przepisu art. 55 k.p. może rozwiązać umowę o pracę bez zachowania okresu wypowiedzenia. Oznacza to, że umowa o pracę rozwiąże się z upływem dniówki, w dniu wręczenia pracodawcy wypowiedzenia. Aby prawidłowo dokonać rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia należy w piśmie podać przyczynę rozwiązania. Ważne również, że rozwiązanie umowy w tym trybie jest ograniczone czasowo, na podstawie art. 55 § 2 w zw. z art. 52 § 2 k.p. można tego dokonać jeśli od zaistnienia przyczyny rozwiązania umowy (powstanie obowiązku przeniesienia pracownika do innej pracy) nie upłynął miesiąc. Po tym czasie rozwiązanie będzie bowiem nieskuteczne. Prawidłowe rozwiązanie umowy o pracę w tym trybie jest traktowane jako rozwiązanie umowy z przyczyn leżących po stronie pracodawcy.

Z powyższego wynika, że co do zasady pracodawca powinien przenieść pracownika do innej pracy w związku z orzeczeniem lekarskim stwierdzającym ograniczenia w możliwości wykonywania dotychczasowej pracy. To co pozostaje poza wątpliwością to fakt, że pracodawcy nie wolno dopuścić do pracy pracownika na stanowisku, na którym narażony on jest na czynniki zagrażające jego zdrowiu. Podchodząc jednak do zagadnienia od strony praktycznej, nie można pomijać sytuacji konkretnego zakładu opieki zdrowotnej. Jeśli bowiem czynności wykonywane przez pielęgniarkę są nierozdzielnie związane z dźwiganiem pacjentów, bo taki charakter ma jej praca, może się okazać, że nie znajdzie się dla niej miejsce w danej jednostce. Pracodawca nie ma bowiem obowiązku tworzenia nowego miejsca pracy na potrzeby takiego pracownika. Jeśli na przykład ograniczenie dotyczy możliwości wykonywania pracy w porze nocnej, to przy odpowiednim ustawieniu grafiku jest to zapewne możliwe. Niestety wykazanie pracodawcy, który nie chce podjąć trudu związanego ze zmianą organizacji pracy na rzecz tego jednego pracownika, że w danym zakładzie jest to możliwe jest niezmiernie trudne. W praktyce więc najczęściej pracownicy tacy są właściwie zmuszeni do zmiany miejsca zatrudnienia.

Podsumowując, dla pielęgniarki czy położnej, którym w zaświadczeniu lekarskim orzeczono zdrowotne ograniczenia w wykonywaniu zawodu mogą go nadal wykonywać, pod warunkiem wyeliminowania czynników szkodzących. Podstawowym obowiązkiem pracodawcy w tym względzie jest nie dopuszczenie pracownika do pracy na stanowisku, na którym pracować mu nie wolno. W miarę zaś możliwości pracodawca powinien starać się zapewnić pracownikowi inną odpowiednią pracę. Jeżeli natomiast pracodawca uzna, że zgodnie z organizacją pracy, za którą odpowiada, sprostanie temu nie jest możliwe może to doprowadzić do zakończenia stosunku pracy między stronami. Złożenie pracownikowi w takiej sytuacji wypowiedzenia umowy o pracę z podaniem jako przyczynę niemożności wykonywania niektórych prac, może być poddane pod ocenę sądu w trybie odwołania od

złożonego wypowiedzenia umowy o pracę. W postępowaniu przed sądem zostanie dokonana ocena czy rzeczywiście obiektywne przesłanki uzasadniają zwolnienie pracownika, gdyż brak jest rzeczywistych możliwości jego dalszego zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki czy położnej.

Kiedy i na jakiej podstawie zlikwidowano dodatkowe urlopy wypoczynkowe (12 dni) dla pracowników zatrudnionych w warunkach zagrożenia gruźlicą?

Dodatkowe płatne urlopy w liczbie 12 dni obowiązywały na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 maja 1989 w sprawie dodatkowych urlopów dla pracowników zatrudnionych w warunkach zagrożenia gruźlicą. Rozporządzenie to zostało wydane na podstawie przepisu art. 160 kodeksu pracy.

Mocą ustawy z dnia 2 lutego 1996 roku o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych ustaw. (Dz. U. z dnia 1 marca 1996 r.) przepis art. 160 k.p., stanowiący delegację do wydania aktu wykonawczego utracił moc. Tym samym los ten podzieliło rozporządzenie wykonawcze, które zgodnie z przepisem art. 22 ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych ustaw, zachowało jeszcze moc obowiązującą po uchyleniu art. 160 k.p., do dnia 1 stycznia 2000 roku. Po tej dacie rozporządzenie przestało obowiązywać.

Jeżeli zapisy dotyczące uprawnień pracowników do dodatkowych płatnych urlopów zostały wprowadzone do wewnętrznych przepisów prawa pracy (regulaminów) to po dacie 1 stycznia 2000 roku, pomimo braku normatywnej podstawy prawnej, urlopy te nadal funkcjonowały, zgodnie z zasadą, korzystniejszego uregulowania praw pracowniczych. Zmiany wewnętrznych przepisów prawa pracy poprzez wykreślenie uprawnień do urlopów dodatkowych powodują, że przestają one przysługiwać pracownikom zatrudnionym w warunkach zagrożenia gruźlicą, wobec braku jakiegokolwiek podstawy prawnej.

Dariusz Ojrzyński – radca prawny

Pozamedyczne aspekty zaburzeń zachowania się dziecka

Ostatnie lata w Polsce upłynęły pod znakiem szeroko zakrojonych przemian ustrojowych. Przemiany te, obok wielu oczekiwanych i pozytywnych skutków, przyniosły także określone uwarunkowania patologiczne wywierające bezpośredni wpływ na stan porządku prawnego i kształtowanie się struktury przestępczości. W kontekście zmian społecznych lat dziewięćdziesiątych na największe niebezpieczeństwo wystawieni zostali młodzi ludzie. Część młodzieży dobrze radzi sobie z tą próbą życiową, wielu jednak wkroczyło na drogę przestępstwa i demoralizacji wyrządzając krzywdę samym sobie i innym ludziom. W polskim krajobrazie pojawiły się nowe zjawiska, takie jak alkoholizm, narkomania i inne patologie, które dotknęły dzieci i młodzież.

Raporty Komendy Głównej Policji zwracają uwagę na wzrastanie ciężaru gatunkowego czynów przestępczych popełnianych przez dzieci (np. zabójstwa, uszkodzenia ciała, bójki, rozboje, wymuszenia rozbójnicze z użyciem broni), na nasilającą się w ich działaniu przestępczym agresję, brutalność i bezwzględność oraz na to, że dzieci i młodzież coraz częściej działają w zorganizowanych grupach.

Na proces zaburzenia zachowania się dziecka mają wpływ różnego rodzaju czynniki. Bazując na literaturze przedmiotu postaram się przedstawić wybrane zagadnienia dotyczące problematyki tematu. Wpływ na zaburzenia zachowania się dzieci mają:

Przestępczość dzieci i młodzieży

Przestępczość dzieci i młodzieży jest problemem, który już od dawna przysparza kłopotów kryminologom, pedagogom, psychologom, socjologom oraz organom wymiaru sprawiedliwości, ale jest także przedmiotem szczególnego zainteresowania tą problematyką. Zjawisko to zostało dostrzeżone w naszym kraju i podjęto już wiele pracy i wysiłku w celu przeciwdziałania przestępczości, demoralizacji i patologiom wśród dzieci i młodzieży. Dzisiaj nikt już nie ma wątpliwości, że fali przemocy nie zdoła zatrzymać samodzielnie ani policja, ani inna instytucja związana ze sferą bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo zależy od prowadzenia wspólnej polityki przeciwdziałania zagrożeniom, do czego konieczne jest zmobilizowanie całego potencjału społeczności lokalnej i instytucji działających na rzecz bezpieczeństwa.

Przestępczość dzieci i młodzieży we współczesnym świecie jest przedmiotem szczególnego zainteresowania kryminologów, pedagogów, socjologów, psychologów oraz przedstawicieli innych dziedzin naukowych. Według Brunona Hołysta wynika to z następujących przesłanek:

- uwrażliwienia społecznego na wykołajenie młodego pokolenia,
- nadziei resocjalizacyjnych związanych z niższym stopniem demoralizacji młodzieży,
- możliwości precyzyjniejszego niż w przypadku dorosłych określenia genezy zachowań przestępczych.

W swoich badaniach autor bazował na danych uzyskanych z Komendy Głównej Policji dotyczących struktury i dynamiki przestępczości nieletnich. Na podstawie analizy tych danych stwierdził, że nieletni atakowali stosując przemoc i siłę fizyczną, często osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwym, kobiety, osoby niepełnosprawne, rówieśników, młodsze dzieci. Z toku dalszej analizy wynika, że większość czynów nieletni popełniają w miejscu zamieszkania, pozostałe zaś na terenach sąsiadujących z miejscem zamieszkania bądź w miejscowościach znacznie oddalonych. Biorąc pod uwagę metody i motywy działania nieletnich sprawców autor podkreśla, że większość popełnionych przez nich czynów to

działania zamierzone i wcześniej zaplanowane w grupach. Okazjonalny charakter miały czyny popełniane indywidualnie. Podstawowe bodźce determinujące przestępczość nieletnich to chęć zdobycia pieniędzy lub innych korzyści materialnych, zaimponowanie innym, namowa kolegów bądź dorosłych osób, chęć przebywania i realizowania się w grupach nieformalnych, powielanie wzorców i zachowań mających swoje źródło w domu rodzinnym, poczucie bezkarności za wcześniejszą działalność przestępczą oraz poszukiwanie akceptacji, gdy nie można znaleźć oparcia i poczucia bezpieczeństwa wśród rodziców i opiekunów.

Dokonując charakterystyki nieletnich popełniających czyny karalne, istotne wydaje się określenie motywów, którymi kierowali się w działaniach przestępczych. Motywy działania przestępczego z reguły stanowiły:

- namowa kolegów,
- chęć posiadania środków materialnych,
- tzw. młodzieżowy „szpan”, chęć zaimponowania innym, zwrócenia na siebie uwagi,
- chęć przebywania i realizowania się w grupach nieformalnych,
- powielanie rodzinnych wzorców zachowań,
- poczucie bezkarności wcześniejszą działalnością przestępczą.

Czyny nieletnich stanowią średnio około 7 procent ogółu stwierdzonych przestępstw. Z roku na rok zwiększa się liczba nieletnich podejrzanych o dokonanie czynów karalnych.

Nieletni popełniają przede wszystkim zbrodnie przeciwko mieniu, głównie kradzieże z włamaniem i kradzieże. Wyróżniającą się kategorią przestępstw są też rozboje i wymuszenia rozbójnicze oraz przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, w tym szczególnie bójki i pobicia oraz różnego rodzaju uszkodzenia ciała. W dzisiejszych czasach częściej niż wcześniej nieletni popełniają takie przestępstwa, jak rozboje, uszkodzenia ciała, bójki, także zabójstwa, które wcześniej były wydarzeniami jednostkowymi. Przyczyn takiego stanu rzeczy można doszukiwać się w rzeczywistości wirtualnej, z którą dzieci stykają się poprzez telewizję, gry komputerowe itp.

Rozmiar przestępczości i demoralizacji nieletnich zależy w znacznej mierze m.in. od stopnia zaangażowania członków społeczeństwa w ujawnianiu zaobserwowanej działalności przestępczej, a także od wytworzonego w społeczeństwie klimatu potępienia wobec sprawców.

Rola rodziny

Rodzina jest pierwszym i podstawowym środowiskiem społecznym człowieka. Jej podstawową rolą jest zapewnienie zaspokojenia wszystkich potrzeb dziecka zarówno materialnych, jak i psychicznych. Szczególna jest też rola w procesie socjalizacji, rozumianej jako przygotowanie jednostki do życia w społeczeństwie, w kształtowaniu cech i dyspozycji psychicznych dziecka, jego osobowości i postaw wobec otaczającego go świata. W ostatnich latach wyraźnie wzrosło zainteresowanie problematyką rodziny, która stała się przedmiotem uwagi demografów, ekonomistów, socjologów, psychologów i pedagogów. Wynika to z przyczyn bezpośrednich, związanych ze zmianami, jakie zachodzą obecnie w rodzinie. Zainteresowanie rodziną wypływa też z przyczyn natury pośredniej. Trudności wychowawcze, nerwowość, chuligaństwo, przestępczość nieletnich - wiążą się m.in. z tym, że współczesna rodzina nie spełnia podstawowych funkcji.

Środowisko rodzinne nieletnich wykazujących zaburzenia w zachowaniu oraz zachowania przestępcze jest wysoce niekorzystne; świadczą o tym wszystkie bez wyjątku badania kryminologiczne u nas i za granicą. W rodzinach tych występuje alkoholizm, prostytutka, przestępczość, nierzadko rozbitcie rodziny, zła konfliktowa atmosfera między

dziećmi a rodzicami, oprócz tego występują bardzo niekorzystne warunki ekonomiczne. Dziecko pozbawione jest opieki i nie ma możliwości zaspokojenia nie tylko potrzeb biologicznych, ale również potrzeb psychicznych, takich jak potrzeba bezpieczeństwa, miłości itp.

Dysfunkcjonalność rodziny należy do najczęściej wymienianych przyczyn zaburzonego funkcjonowania społecznego i przestępczości nieletnich. Mnogość elementów patologicznych, które mogą obciążyć rodzinne środowisko dziecka, poziom ich zaawansowania i trwałość są zwykle związane bezpośrednio z częstotliwością i wagą dokonywanych przez nieletniego przestępstw oraz nasyceniem ich agresją i brutalną przemocą fizyczną.

Mówiąc o dysfunkcjonalności i patologii rodziny najczęściej wymienia się następujące jej przejawy: fakt rozbitcia rodziny, alkoholizm, inne formy uzależnień, wzorce przestępczości, wewnątrzrodzinną przemoc, agresję, głębokie ubóstwo materialne współwystępujące z bezrobociem jednego lub obojga rodziców.

Rodziny nieletnich, wykolejonych społecznie, z reguły nie zaspokajają wszystkich potrzeb dziecka, stwarzając tym samym atmosferę wychowawczą wadliwą, sprzyjającą niedostosowaniu społecznemu. Wiele wskazuje na to, że środowisko rodzinne zajmuje jedno z pierwszych miejsc jako czynnik prowadzący do zaburzeń zachowania i antyspołecznych zachowań nieletnich.

Rola szkoły

Szkoła obok rodziny odgrywa bardzo ważną rolę w procesie uspołeczniania dzieci i młodzieży, w kształtowaniu ich osobowości. Poszukując przyczyn przestępczości nieletnich w szkole należy liczyć się z ich różnorodnością i złożonością, tak jak miało to miejsce w przypadku rodziny. Współczesna szkoła stawia przed dziećmi wymagania niejednokrotnie przewyższające ich możliwości, uczniowie są traktowani przedmiotowo, system szkolny promuje przeciętność, a nauczyciele nie lubią zarówno uczniów zdolnych, jak i tych, którzy mają trudności w nauce. Jednakowe traktowanie uczniów doprowadza często do zderzenia wymagań szkoły z możliwościami dziecka i powoduje występowanie niepowodzeń w nauce.

Problematyce niepowodzeń szkolnych poświęca się dużo miejsca w badaniach dotyczących przestępczości. Wskazuje się na występowanie związków między wyraźnymi niepowodzeniami w nauce szkolnej, wykolejeniem społecznym i przestępczością młodzieży.

Analizę roli niepowodzeń szkolnych w procesie przestępczości nieletnich przeprowadziła H. Spionek, twierdząc, że niepowodzenia te i związany z nim lęk przed karą są niejednokrotnie przyczyną wagarów i ucieczek z domu, a te z kolei potęgują jeszcze niepowodzenia szkolne i stają się czynnikiem przyspieszającym proces wykolejenia, w tym także wykolejenia przestępczego.

Przebieg procesu wykolejenia można przedstawić następująco:

- wystąpienie trudności szkolnych,
- wagarowanie,
- konflikty z rodzicami,
- konflikty z młodzieżą zdemoralizowaną,
- czyn przestępczy dla zaspokojenia potrzeb życiowych lub za namową,
- przestępstwa popełnione bez życiowej potrzeby.

Nowym zjawiskiem na terenie szkoły jest gwałtownie nasilająca się przemoc. Przemoc jest zjawiskiem, które nie da się tylko sprowadzić do instynktu agresji. Przyczyny brutalnych zachowań tkwiących wewnątrz szkoły to:

- duża liczba uczniów w klasie,

- przewaga funkcji dydaktycznej nad wychowawczą,
- słaby indywidualny kontakt nauczyciela z uczniami,
- trudny i przeładowany program nauczania przystosowany do możliwości ucznia zdolnego.

Z tych wszystkich względów wskazuje się na konieczność zmian w organizacji szkolnictwa, dostosowanych do wymagań współczesnego życia i rozwoju nauki, na potrzebę większej elastyczności w nauczaniu, zwłaszcza w początkowych latach nauki szkolnej, organizowanie „otwartych” klas o różnych programach i poziomach nauki, zwiększenie indywidualizacji w nauczaniu i wychowaniu oraz uwzględnienia w większym zakresie możliwości i potrzeb psychicznych dziecka.

Według M. Dziewieckiego najważniejszym zadaniem szkoły jest tworzenie odpowiedniego kontekstu wychowawczego, który polega na promowaniu krytycznego i odpowiedniego kontaktu wychowanków z rzeczywistością. W tej sytuacji zadaniem szkoły, która pragnie włączyć się w ochronę swoich wychowanków przed uzależnieniami, jest opracowanie takiego programu wychowawczego, który pomoże uczniom by w realistyczny i pogłębiony sposób zrozumieli nie tylko otaczającą ich rzeczywistość, ale także siebie oraz te wartości, które umożliwiają życie w wolności i radości.

Subkultury młodzieżowe

Czynnikiem stymulującym przestępczość i demoralizację nieletnich często bywa przynależność do grup subkulturowych.

Subkultury młodzieżowe są elementem każdego społeczeństwa. Funkcjonowanie tych grup jest w dużej mierze odzwierciedleniem poziomu zaspakajania potrzeb dzieci i młodzieży.

Uczestnictwo w grupie, przebywanie w miejscach kryminogennych wpływa też na powrót do przestępstwa, na picie alkoholu, na uzależnianie się od środków odurzających. Grupa wzmacnia agresywność jej członków, daje poczucie anonimowości.

Działalność przestępcza nieletnich w grupach powoduje pogłębianie się procesu demoralizacji. Im dłużej nieletni przebywa w grupie przestępczej, tym bardziej zmniejsza się szansa jego resocjalizacji.

Działalność subkultur młodzieżowych leży w stałym zainteresowaniu Policji. Chodzi tu głównie o grupy, które u podstaw swojej ideologii mają kult siły, agresji, „naprawianie” i zmienianie świata poprzez przemoc i niszczenie tego, co niezgodne z wyznawaną przez ich członków ideologią.

W Polsce od pewnego czasu obserwuje się aktywność subkultur młodzieżowych związanych głównie z działalnością klubów sportowych, zespołów muzycznych, imprezami kulturalnymi i rozrywkowymi, happeningami i manifestacjami, przy okazji których dochodzi często do naruszeń ładu i porządku publicznego.

Do subkultur najliczniej występujących na terenie Polski należą szalikowcy, czyli tzw. pseudokibice, skinheadzi, blokery, graficy oraz w mniejszym stopniu skrycy czy punki.

Grupa rówieśnicza

Wśród przyczyn zaburzających proces socjalizacji naukowcy wymieniają również grupę rówieśniczą. Problematyka powyższa była w ostatnich latach przedmiotem szczególnego zainteresowania uczonych.

W okresie dorastania dziecka grupa rówieśnicza ma na niego silny wpływ, może ona kontrolować jego zachowanie i stosować wobec niego sankcje.

Dziecku zależy na przynależności do grupy i dlatego stara się jej podporządkować. Ulega presji grupy, liczy się z jej opinią bardziej niż z opinią rodziców czy nauczycieli. Opinia grupy zazwyczaj kształtuje postawy jej członków wobec rodziców, szkoły, nauczycieli czy obowiązujących norm społecznych. Szczególnie zagrożone są dzieci i młodzież z rodzin dysfunkcyjnych, które z dużą determinacją poszukują grupy mogącej skompensować braki emocjonalne wyniesione z domu. Trafiają oni zwykle do grup o charakterze przestępczym, złożonym bądź z ich rówieśników (subkultury, gangi młodzieżowe) lub z dorosłych. Często w grupach z dorosłymi, nieletni są wykorzystywani do dokonywania przestępstw. Powodem tego stanu rzeczy jest ich łatwiejszy dostęp do miejsc popełnienia przestępstwa, są mniej widoczni, łatwiejsze są też zasady odpowiedzialności nieletnich za czyny karalne.

Środki masowego przekazu

Mówiąc o przyczynach zaburzeń w zachowaniu się dzieci i młodzieży należy też wymienić negatywne oddziaływanie środków masowego przekazu na młodych ludzi. Media niemal codziennie informują nas o aktach przemocy i przestępstwach, których coraz częściej dokonują dzieci i młodzież.

W ostatnich latach widoczne jest obniżenie się wieku sprawców, narastanie brutalnej przemocy i agresji wśród nastolatków. Jak twierdzi T. Pilch „(...) dzięki zmasowanej informacji o zalewie przemocy wytworzył się dziś u człowieka dotkliwy syndrom zagrożenia, zanik poczucia bezpieczeństwa”. Kreowany przez media obraz świata i wizji człowieka wywiera duży wpływ na postawy, przekonania i działania zarówno dzieci i młodzieży jak i dorosłych.

Środki masowego przekazu manipulują dziećmi i młodzieżą przez treść jak i formę przekazu. Nie można jednak mówić tylko o negatywnym oddziaływaniu mediów. Trzeba bowiem dostrzec wartości, które media mogą oferować młodemu człowiekowi. Problem jednak leży we właściwym odbiorze wartościowych treści.

Zadaniem mass-mediów jest zatem przekazywanie rzetelnej wiedzy o etiologii zagrożenia, o udziale ofiary w czynie przestępczym, o technikach ochrony i obrony, o możliwościach współdziałania w imię zapobiegania i wykrywania. Ten rodzaj edukacji musi stworzyć równowagę szans pomiędzy bezprawiem i praworządnością, pomiędzy sensacją i lękiem a sprawiedliwą oceną i aktywną, bezpieczną, praworządną obroną.

Między innymi przed policją stoi wielkie zadanie w zakresie działalności profilaktyczno-interwencyjnej na rzecz przeciwdziałania i zapobiegania demoralizacji i przestępczości dzieci i młodzieży.

Inicjatorami oraz promotorami działań prewencyjnych i profilaktycznych w jednostkach policji są specjaliści ds. nieletnich i patologii, specjaliści do spraw prewencji kryminalnej jak również dzielnicowi, którzy odgrywają tu znaczącą rolę.

Policja nie jest jednak w stanie robić tego sama. Działania policji zmierzające do ograniczenia przyczyn demoralizacji i przestępczości nieletnich mają charakter stałych lub doraźnych strategii. Prowadzone są na wielu płaszczyznach przy dużym zaangażowaniu i współpracy instytucji państwowych, organizacji społecznych odpowiedzialnych za wychowanie młodego pokolenia. Policjanci są częstymi gośćmi w szkole, przed szkołą oraz w różnych miejscach gdzie zagrożone jest bezpieczeństwo dziecka.

W ramach działań profilaktycznych policjanci uczestniczą w spotkaniach z różnymi środowiskami szkolnymi dzieci i młodzieży, rodzicami, nauczycielami, pedagogami szkolnymi czy służbą zdrowia.

Aby osiągnąć pozytywne rezultaty działania takie należy stale doskonalić i prowadzić w formie zintegrowanej między instytucjonalnej współpracy.

Andrzej Skowroński

Literatura u autora

Przedruk z Biuletynu Specjalnego Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych nr 8 (139) sierpień 2006

PODZIĘKOWANIA

Pani mgr Krystynie Gorzelnik – Naczelnaj Pielęgniarce Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Skierniewicach – w związku z przejściem na emeryturę składamy najgorętsze podziękowania wraz ze słowami uznania i szacunku za profesjonalizm, rzetelność, pracowitość, etykę i godność zawodową, za wszystko dobro, które czyniła. Życzymy zdrowia, radości i pomyślności w życiu osobistym.

koleżanki i dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Skierniewicach

Pani Ilonie Gransort – wieloletniej pielęgniarce oddziałowej Oddziału Chirurgii i Rehabilitacji ZOZ Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi – z okazji przejścia na emeryturę składamy serdeczne podziękowania i wyrazy uznania za pracę pełną zaangażowania, za wspaniałą postawę, pracowitość i ciepło, które wniosła Pani w wykonywanie swoich obowiązków, za dobre słowo i pomocną dłoń. Na dalsze lata życzymy radości i pomyślności w życiu, zdrowia, spokoju oraz realizacji wszystkich zamierzonych planów.

dyrektor szpitala, przełożona pielęgniarek, lekarze, pielęgniarki oraz pozostały personel medyczny ZOZ Zakładu Karnego Nr 2
w Łodzi

Pochwalmy się...Ewa Sudol-Jednorowicz

Prezentujemy biografię pielęgniarki, która uzyskała stopień doktora i pracuje na terenie Łodzi



Jest absolwentką Liceum Medycznego w Bydgoszczy (1967). Po uzyskaniu dyplomu rozpoczęła pracę w oddziale chirurgicznym jako pielęgniarka odcinkowa (1 rok), a następnie oddziałowa i instruktorka prowadząca zajęcia praktyczne z uczennicami liceum medycznego.

Nadal pragnęła poszerzać swą wiedzę i umiejętności w wybranym zawodzie. Stało się to możliwe dopiero w 1969 roku, kiedy to otworzono pierwszą wyższą uczelnię dla pielęgniarek przy Akademii Medycznej w Lublinie. Było to początkowo 3-letnie Studium Pielęgniarstwa, które w 1972 roku dzięki staraniom naszego środowiska i władz uczelni zostało przekształcone w wydział pielęgniarstwa. Studia kończyły się obroną pracy magisterskiej. Pani Sudol ukończyła studia w 1973 roku. Jej praca magisterska nosiła tytuł „Koncepcja pedagogiki pielęgniarstwa”. Była pilną studentką. W czasie studiów otrzymała nagrodę rektorską za bardzo dobre wyniki w nauce.

Poza sprawami zawodowymi pani Ewa interesowała się muzyką. Miała ukończoną wcześniej szkołę muzyczną pierwszego stopnia w klasie fortepianu. W czasie studiów wykorzystywała swą pasję prowadząc na osiedlu akademickim „Chodźkowo” własny autorski program muzyczny. Podtrzymywała swe zainteresowania muzyczne uczęszczając do filharmonii, opery i operetki.

Jako była stypendystka została, po otrzymaniu dyplomu, skierowana do pracy do Zespołu Szkół Medycznych w Inowrocławiu. Prowadziła tam zajęcia z przedmiotów zawodowych w oddziale noworodkowym. Rozbudzona poprzez studia chęć poszerzenia swej wiedzy spowodowała, że w 1974 roku podjęła starania o uzyskanie miejsca na 3-letnich studiach doktoranckich w Instytucie Medycyny Społecznej AM w Łodzi. Po pomyślnie złożonym egzaminie została przyjęta. Studia doktoranckie zakończone zostały w 1984 roku opracowaniem i obroną dysertacji pracy pt. „Wybrane zagadnienia organizacji pracy oddziału szpitalnego w świetle opinii pielęgniarek zatrudnionych w wojewódzkich szpitalach zespolonych regionu Łódzkiej Akademii Medycznej”.

Po uzyskaniu stopnia doktora pani Ewa otrzymała ofertę pracy w Instytucie Medycyny Społecznej w Łodzi, którą przyjęła. Została zatrudniona na stanowisku asystenta, a po roku awansowała na stopień starszego asystenta. Warto podkreślić jest Jej stałe dążenie do rozwoju intelektualnego. W 1984 roku uzyskała także specjalizację pierwszego stopnia z medycyny społecznej i awansowała na stanowisko adiunkta. Prowadziła tam zajęcia ze studentami z przedmiotów: medycyna społeczna, epidemiologia i organizacja ochrony zdrowia. Jako pracownik naukowy brała udział w licznych pracach badawczych Instytutu m.in. w eksperymencie wolnego wyboru lekarza.

W latach 80. pani Ewa założyła rodzinę. Obecnie jest matką dwóch dorosłych córek studiujących w ramach studiów podyplomowych na uczelniach zagranicznych.

W latach 90. odbywała liczne podróże służbowe do Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ), na konferencje Biura ŚOZ w Moskwie, do Berlina w związku z uruchomieniem w Polsce programu CINDI a dotyczącego udziału pielęgniarek europejskich w tym programie i lekarza rodzinnego w strukturze podstawowej opieki zdrowotnej.

W 1994 roku pani Jednorowicz zmieniła pracę przenosząc się do Specjalistycznego ZOZ Matki i Dziecka na terenie województwa łódzkiego, gdzie pełniła funkcję kierownika w nadzorze merytorycznym. Utrzymywała nadal kontakt z uczelnią, gdzie prowadziła zajęcia dydaktyczne dla studentów.

W 1996 roku uzyskała drugi stopień specjalizacji z organizacji ochrony zdrowia. Ta pogłębiona wiedza była bardzo pomocna do realizowania zadań w zakresie wdrażania zmian w organizacji i działalności placówek ochrony zdrowia w SP ZOZ Matki i Dziecka.

Trzeba podkreślić dużą aktywność pani Jednorowicz. Współpracowała z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, brała udział w konferencjach i szkoleniach mających na celu podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych w opiece nad dziećmi i młodzieżą na terenie województwa łódzkiego.

Uczestniczyła również w opracowaniu różnych programów np. „Optymalizacja opieki okołoporodowej”, „Pierwotna profilaktyka wad cewy nerwowej”, Programie Leonarda da Vinci i Programu „Serce na start” itp.

Od 1998 roku jest członkiem (z ramienia Wojewody Łódzkiego) Regionalnego Zespołu przygotowującego rejestr wrodzonych wad rozwojowych i bierze udział w działalności naukowej zespołu. Prócz tego kontynuuje działalność dydaktyczną prowadząc:

- zajęcia ze studentami Oddziału Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego, ze studentami Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej,
- zajęcia w kształceniu podyplomowy pielęgniarek (od 1974 roku) i położnych na kursach doskonalących i specjalizacyjnych.

Od 1994 roku jest wykładowcą i kierownikiem organizacyjnym kursów z pediatrii społecznej i promocji zdrowia dla lekarzy w ramach zdobywania przez nich specjalizacji. Jest także wykładowcą i kierownikiem kursu doskonalącego dla pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania.

Pani Jednorowicz jest bardzo zaangażowana w prace mające prowadzić do poprawy opieki nad kobietami, dziećmi i młodzieżą szkolną poprzez realizację standardów postępowania profilaktycznego. W 2005 roku powierzono Jej obowiązki specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego.

dr n. hum. Barbara Dobrowolska

przewodnicząca Komisji Historycznej przy Zarządzie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi

PIELĘGNIARSTWO EPIDEMIOLOGICZNE (WKŁADA 1)

Jubileuszowy Zjazd Pielęgniarek Epidemiologicznych

W dniach 23 – 25.04.2007 roku w Krakowie odbył się X Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, który był równocześnie zjazdem sprawozdawczo-wyborczym. Ustępującą Prezes pani Bogumiłą Bober-Gheek z Wrocławia zastąpiła pani Mirosława Malara ze Śląska, zaś wiceprezesem została Renata Jakobi z Poznania.

Zmienił się również Zarząd, w skład którego weszły koleżanki: Rita Pawletko, Bożena Prządka i Małgorzata Sobania. Komisja rewizyjna to: Marlena Karwacka (Bydgoszcz), Elżbieta Czapska (woj. mazowieckie) i Edyta Synowiec (Kraków).

Wykład inauguracyjny na temat powstania i rozwoju pielęgniarstwa epidemiologicznego wygłosił profesor Piotr B.Heczko (Katedra Mikrobiologii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum) „... Chociaż początki zawodu pielęgniarki epidemiologicznej można odnosić do słynnych postaci, które stworzyły zawód pielęgniarki w ogóle, to pierwsza pielęgniarka epidemiologiczna została zatrudniona w 1960 roku w Stanford University Hospital (USA). W latach 60. zeszłego wieku ukształtował się model działania, w którym wykształcona pielęgniarka stanowiła łącznik pomiędzy personelem leczniczym a lekarzem-epidemiologiem szpitalnym. Dopiero w latach 70., kiedy większość szpitali w USA zatrudniło pielęgniarki epidemiologiczne, zostały stworzone podstawy określenia ich osobnego zawodu, a nie tylko funkcji. Za szpitalami amerykańskimi podażyły szpitale na całym świecie i w 1978 roku zanotowano zatrudnienie pielęgniarek epidemiologicznych w szpitalach 37 krajów.

Stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej istnieje w polskich szpitalach od niedawna. Po raz pierwszy nazwa stanowiska pojawiła się w rozporządzeniu ministra zdrowia w grudniu 1999. Dzięki stworzeniu odpowiedniej specjalizacji, liczba pielęgniarek epidemiologicznych w Polsce bardzo szybko wzrosła, zaś powołanie Stowarzyszenia spowodowało ugruntowanie osobnej pozycji tego zawodu. Obecnie większość polskich szpitali zatrudnia właściwie wykształcone pielęgniarki epidemiologiczne.

Perspektywy rozwoju tego zawodu można przewidzieć śledząc dyskusje toczące się w podobnych, ale największych i najbardziej rozwiniętych stowarzyszeniach w USA, Kanadzie i Wielkiej Brytanii. Wynika z nich, że zawód pielęgniarki epidemiologicznej jest coraz bardziej obciążony zadaniami: obowiązki zawodowe członków amerykańskiego Stowarzyszenia Profesjonalnych Pracowników Kontroli Zakażeń i Epidemiologii (APICE) wzrosły przez 20 lat działalności o 145 procent, niestety przy nie podwyższających się zasobach finansowych.

Niewątpliwie ważnym a dotąd nie zrobionym krokiem w rozwoju zawodu w Polsce, jest znacznie większy udział pielęgniarek epidemiologicznych w ocenie jakości opieki zdrowotnej w szpitalach. Należy go uczynić w celu zrównoważenia nakazowego traktowania kontroli zakażeń szpitalnych ponownie zagrażającego stworzonemu przed kilku laty i już nieźle ugruntowanemu koncyliarnemu modelowi kontroli wewnątrz szpitala”.

Merytorycznym tematem zjazdu był wybrane problemy nadzoru nad zakażeniami w Oddziale Intensywnej Terapii a także pielęgniarstwa ocena zagrożeń w tymże oddziale.

W gronie prelegentów była również nasza koleżanka Maria Cianciara, która przedstawiła analizę występowania przypadków sepsy w oddziale intensywnej terapii.

Obecnie Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych liczy 622 członków zwyczajnych, 7 członków honorowych oraz 54 członków wspierających, jest już 226 pielęgniarek specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, jesienią 2007 roku kolejne 160 będzie zdawała egzamin.

Dziękujemy organizatorom Zjazdu: Barbarze Wyce, Małgorzacie Krzystek-Purol, Edycie Synowiec, Annie Szczypcie, Józefie Zapala za profesjonalne przygotowanie strony merytorycznej i kulturalnej.

Beata Potrzebowska, Maria Cianciara

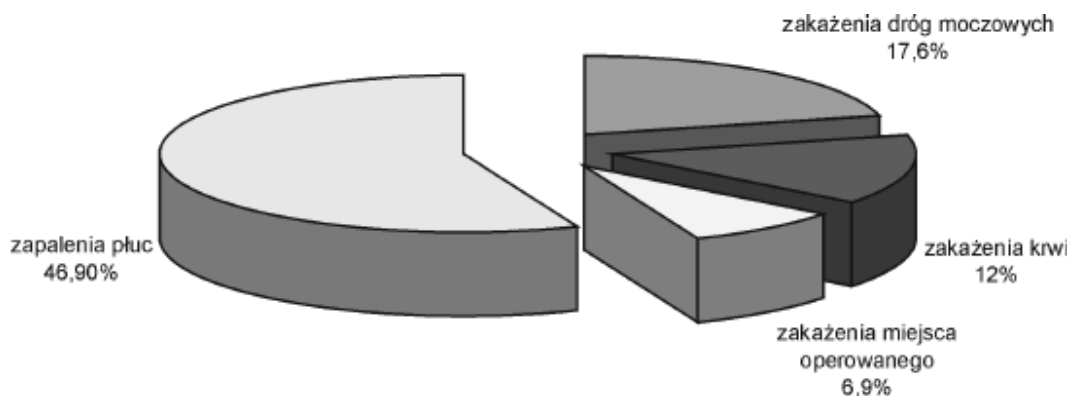
Zapobieganie zakażeniom

w oddziale intensywnej terapii

Oddział intensywnej terapii jest szczególnym miejscem w każdym szpitalu ze względu na stan pacjentów tam hospitalizowanych jak i specjalistyczne metody diagnozowania, leczenia oraz monitorowania tych pacjentów. Ryzyko wystąpienia zakażeń również jest wyższe niż w innych oddziałach. Zakażenia najczęściej występujące wśród pacjentów OIT, według badań EPIC (European Prevalence of Infection in Intensive Care) to:

- zapalenia płuc: 46,9 procent,
- zakażenia dróg moczowych: 17,6 procent,
- zakażenia krwi: 12 procent
- zakażenia miejsca operowanego: 6,9 procent.

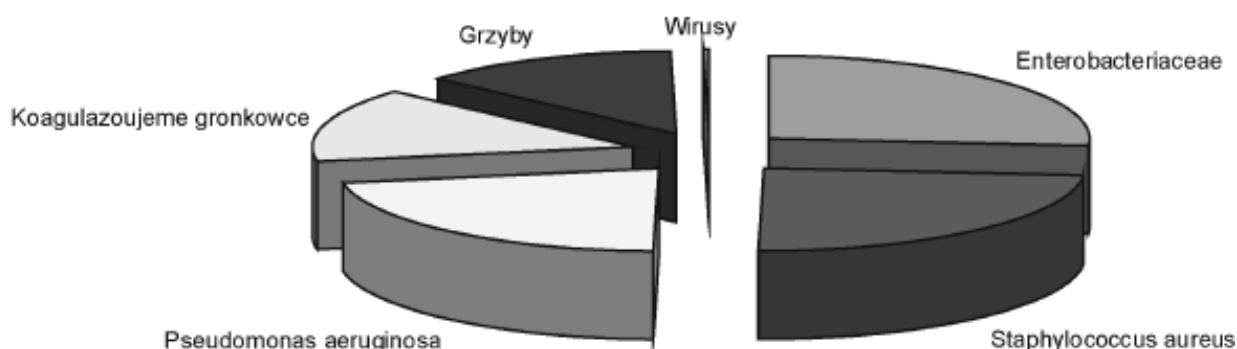
Wykres 1. Zakażenia najczęściej występujące w oddziale intensywnej terapii



W badaniu EPIC drobnoustroje najczęściej odpowiadające za wywołanie zakażeń, to:

- Enterobacteriaceae: 34,4 procent,
- Staphylococcus aureus: 31,15 procent,
- Pseudomonas aeruginosa: 28,7 procent,
- Koagulazoujemne gronkowce: 19,1 procent,
- Grzyby: 17,1 procent,
- Wirusy: 0,2 procent,

Wykres 2. Drobnoustroje najczęściej wywołujące zakażenia w OIT



Na tak wysoką częstotliwość występowania zakażeń w oddziale intensywnej terapii mają wpływ następujące czynniki:

- ciężki stan pacjenta,
- obniżona odporność,
- wiek (często podeszły),
- zaburzenia czynności wielu narządów,
- wyniszczenie,
- stosowanie inwazyjnych technik diagnozowania i monitorowania,
- długotrwałe unieruchomienie,
- specyficzna flora mikrobiologiczna,
- leczenie w innych oddziałach (kolonizacja lub zakażenie wieloopornymi szczepami szpitalnymi),
- szerokie stosowanie antybiotyków,
- leczenie immunosupresyjne.

Z danych z piśmiennictwa wynika, że rodzaj i liczba zakażeń występujących w różnych oddziałach intensywnej terapii są zróżnicowane i związane bezpośrednio z charakterem i specyfiką danego oddziału.

Tabela 1. Podział placówek intensywnej terapii wg wytycznych Ministra Zdrowia

Rodzaj oddziału	Zakres leczonych	Niektóre sposoby leczenia	Potencjalne zagrożenie infekcją
Oddział wzmożonego nadzoru	Jednoprofilowy (np. kardiologia, neurologia, Oncochirurgia)	Całodobowe monitorowanie EKG, saturacji, ciągły pomiar ciśnienia itd.	Nie większe niż w innym oddziale szpitala
Oddział intensywnej opieki medycznej	Jednoprofilowy (np. kardiologia, neurologia, Oncochirurgia)	j.w. – całodobowe monitorowanie funkcji fizjologicznych, proste metody sztucznej wentylacji, odżywianie pozajelitowe	Większe niż w oddziałach ogólnych, czasami duże
Oddział intensywnej terapii	Wieloprofilowy	j.w. – inwazyjne monitorowanie hemodynamiczne w pełnym zakresie, wszystkie typy wentylacji mechanicznej, różne formy wspomagania funkcji narządów wewnętrznych	Bardzo duże i największe w całej placówce lecznictwa zamkniętego

Profilaktyka zakażeń w oddziale intensywnej terapii

Jednym z najważniejszych elementów profilaktyk, to eliminacja zarówno ożywionych jak i nieożywionych źródeł zakażenia. W przypadku źródeł ożywionych (do których zaliczamy zakażonych pacjentów jak i personel) należy podjąć stosowne leczenie.

Personel każdego szczebla, a także konsultanci i osoby odwiedzające pacjentów, muszą bezwzględnie przestrzegać zasad mycia i dezynfekcji rąk.

U pacjentów skolonizowanych lub zakażonych szczepami szpitalnymi należy wdrożyć zasady izolacji mające na celu ograniczenie ryzyka wystąpienia zakażeń.

Eliminacja źródeł zakażenia nieożywionych, to:

- a) przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,
- b) prawidłowe przechowywanie:
 - leków, żywności,
 - sterylnej sprzętu i materiałów,
- c) dekontaminacja aparatury, sprzętu i pomieszczeń,
- d) stosowanie sterylnej wody destylowanej do terapii oddechowej,
- e) przestrzeganie zasad prawidłowego postępowania:
 - z bielizną szpitalną (czystą, brudną, skażoną),
 - odpadami (medycznymi, zakaźnymi, ostrymi, komunalnymi),
- f) dobór odpowiednich preparatów do dezynfekcji,
- g) prawidłowe postępowanie z materiałem biologicznym pacjenta.

Bardzo istotnym elementem jest edukacja personelu. Tematyka szkoleń powinna być tak dobrana aby zawierała niezbędne elementy zarówno z zagadnień klinicznych, jaki i praktycznych ze szczególnym uwzględnieniem źródeł, dróg przenoszenia i rodzaju zakażenia oraz wskazywać metody zapobiegawcze.

W oddziale intensywnej terapii należy opracować procedury mające na celu ograniczenie ryzyka wystąpienia zakażeń ze szczególnym uwzględnieniem takich zakażeń jak: szpitalne zapalenie płuc, zakażenie układu moczowego oraz zakażenie krwi. Monitoring mikrobiologiczny w OIT obejmuje zarówno pacjentów, personel jaki i środowisko.

Pacjent przyjmowany do oddziału, zwłaszcza spoza szpitala, powinien w pierwszej dobie mieć pobrany materiał do badania, taki jak:

- wymaz z: gardła i nosa,
- wydzielinę z drzewa oskrzelowego w przypadku intubacji,
- mocz (zwłaszcza jeśli jest cewnik w pęcherzu moczowym),
- inne: wymaz z miejsca operowanego, rany, płyn opłucnowy oraz każdy inny materiał, który może wskazywać na potencjalne źródło infekcji.

Wyniki badań mikrobiologicznych z wymienionych materiałów pozwolą ocenić czy pacjent jest skolonizowany drobnoustrojami potencjalnie patogennymi, a w przypadku pacjenta z infekcją umożliwią szybkie ustalenia czynnika etiologicznego.

Literatura u autora

mgr Maria Cianciara
koordynator ds. epidemiologii
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im N. Barlickiego w Łodzi

Osteoporoza

W 1993 roku na konferencji uzgodnień poświęconej osteoporozie (Consensus Development Conference on Osteoporosis) przyjęto definicję osteoporozy, według której jest to „układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się małą masą kostną oraz zaburzeniami mikroarchitektury tkanki kostnej, co zwiększa łamliwość kości i podatność na złamania”.

W 1994 roku Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła kryterium densymetryczne osteoporozy, w celu standaryzacji zapobiegania złamaniom osteoporycznym. Szacuje się, że na osteoporozę cierpi 200 milionów ludzi na świecie. Charakteryzuje się ona obniżoną masą kostną i zaburzeniami struktury tkanki kostnej, co prowadzi do zwiększenia jej kruchości. Osteoporoza zaliczana jest, obok cukrzycy i miażdżycy, do schorzeń cywilizacyjnych.

Możemy podzielić ją na:

1. Osteoporozę pierwotną (przyczyna obniżenia masy kostnej poniżej normy dla płci i wieku nie jest znana):

- młodzieńcza,
- postmenopauzalna – typ I (występuje w drugiej dekadzie po menopauzie). Charakteryzuje się zanikiem głównie kości gąbczastej, stąd złamania zwykle w obrębie kręgosłupa, kości długich, kości promieniowej.
- inwolucyjna – typ II (występuje po 65 – 70 roku życia) zanik dotyczy zarówno kości gąbczastej, jak i zbitnej, stąd złamania szyjki kości udowej oraz innych kości długich.

2. Osteoporozę wtórną, będącą skutkiem:

- nowotworów kości (szpiczak, białaczki),
- niewydolności nerek,
- endokrynopatii (nadczynność przytarczyc, cukrzyca),
- stosowania niektórych leków (heparyna, glikokortykoidy, wyciągi tarczycy),
- przewlekłych chorób tarczycy,
- długotrwałego unieruchomienia,
- zapaleń (np. reumatoidalne zapalenie stawów),
- działania innych czynników: kwasica cewkowa, mastocytoza)

Objawy choroby

Przez wiele lat choroba może rozwijać się bez objawowo. Nie można zaobserwować zmian w wyglądzie zewnętrznym i nie odczuwa się bólu. Wszystkie niepokojące objawy pojawiają się dopiero w zaawansowanym stadium choroby. Osteoporoza atakuje głównie kręgosłup. Z powodu spłaszczenia trzonów kręgow, następuje zmiana postawy. Na plecach pojawia się tzw. wdowi garb oraz dochodzi do zmniejszenia wzrostu. Chorobie często towarzyszą złamania kości udowej i nadgarstka. Zrastają się bardzo słabo, co doprowadza do trwałego kalectwa. Zniekształcony kręgosłup, oprócz bólu powoduje ucisk na serce, płuca i inne narządy. Wówczas mogą pojawić się problemy ze strony układu krążenia, trawienia i oddychania.

Czynniki ryzyka osteoporozy to:

1. Demograficzne i genetyczne:

- zaawansowany wiek,
- rasa biała i żółta,
- wątła budowa ciała,
- niski ciężar ciała,
- predyspozycje rodzinne.

2. Dietetyczne i środowiskowe:

- obniżony poziom wapnia w organizmie,

- obniżony poziom witaminy D,
- niedobory białkowe,
- palenie tytoniu,
- alkoholizm,
- nadmierne spożywanie kawy,
- mało aktywny tryb życia.

3. Leki:

- glukokortykosteroidy,
- osłaniające żołądek,
- preparaty T3, T4,
- leki przeciwzakrzepowe,
- leki odwadniające,
- chemioterapeutyki nowotworowe,
- leki uspakajające.

4. Status prokreacyjny:

- okres pomenopauzalny,
- monadyzm u mężczyzn,
- niegodzenie,
- przedłużony brak miesiączki
- deficyt hormonów płciowych o różnej etiologii.

Jak wykryć osteoporozę?

Badaniem podstawowym jest densytometria określająca gęstość kości. Do badania wykorzystuje się promienie Roentgena (10 razy mniejsza dawka niż w rtg. płuc). Najczęściej bada się kręgosłup lędźwiowy, kość udową w okolicy stawu biodrowego, a także w badaniach profilaktycznych osób zdrowych- przedramienia w okolicy nadgarstka oraz kości piętowej. Badanie to zaleca się osobom po 40 roku życia. Jest ono bezbolesne, trwa od kilku do kilkunastu minut i nie wymaga przygotowania ze strony badanego.

Rozpoznaniu osteoporozy pomagają też takie badania jak: badanie rentgenowskie, tomografia komputerowa, ultrasonografia, badania biochemiczne.

Ćwiczenia fizyczne

Aktywność fizyczna obok śmiechu jest najlepszym lekarstwem. Jest pomocna w zapobieganiu i leczeniu osteoporozy. U chorych nie wskazane są ćwiczenia typu: aerobik, taniec i jogging. Niosą one niebezpieczeństwo kontuzji.

Preferowane są:

- spacerowanie, doskonały trening całego organizmu, szczególnie korzystnie wpływa na mięśnie kręgosłupa,
- pływanie, jest to ćwiczenie ogólnorozwojowe, wywiera wpływ na mięśnie kręgosłupa i kończyn dolnych, poprawia tolerancję wysiłku,
- jazda na rowerze, ćwiczenie pobudzające wszystkie partie mięśniowe oraz uczy utrzymania równowagi.

Oprócz ćwiczeń ogólnych powinny być stosowane ćwiczenia specjalistyczne, np. izometryczne, które polegają na położeniu nacisku na maksymalne napięcie mięśniowe grupy mięśni. Celem takiej gimnastyki jest wzmocnienie trzech podstawowych grup mięśni tj. prostujących kręgosłup, mięśni brzuch i mięśni odwodzących w stawie biodrowym.

Ćwiczenia mięśniowe wpływają na zwiększenie masy mięśniowej, ruchliwość oraz poprawiają koordynację ruchową. Osoby chore na osteoporozę powinny zwrócić uwagę na swój dom i otoczenie. Muszą być one bezpieczne i wygodne.

Trzeba mieć na uwadze upadki, które grożą złamaniem osłabionych kości.

Co zmniejsza ryzyko złamań:

- obuwie na płaskim obcasie,
- zlikwidowanie śliskich chodników podłogowych,
- zamontowanie uchwytów przy bokach wanny,
- nie robić zbyt głębokich skłonów i dźwigania ciężarów.

Odżywianie

W leczeniu i zapobieganiu choroby najważniejszym czynnikiem żywieniowym jest wapń, stanowiący główny budulec kości. Jego najlepszym źródłem w diecie są produkty mleczne.

Podstawowe zasady diety:

- unikać papierosów, alkoholu, dużej ilości kawy,
- spożywać produkty o obniżonej zawartości tłuszczu,
- spożywać sery żółte, które są bogate w wapń,
- nie należy spożywać zbyt wielu serów topionych, gdyż zawierają dużo tłuszczów i śmietany,
- osoby z nietolerancją laktozy powinny spożywać mleczne napoje fermentowane (jogurt, kefir, mleko ukwaszone),
- jako źródło wapnia można traktować desery i lody mleczne, które zawierają ok. 150 – 160 mg/100g,
- pić mleko kozie, które zawiera więcej wapnia niż mleko krowie,
- należy pamiętać że dużo wapnia zawierają sardynki w oleju i w pomidorach oraz warzywa zielone (szpinak, jarmuż, brokuły, natka pietruszki) i strączkowe (nasiona soi i fasoli),
- spożywać ryby pod każdą postacią, gdyż są bogate w witaminę D.

Dzienne zapotrzebowanie organizmu na wapń wynosi 800 – 1200mg.

Leczenie

Leczenie osteoporozy jest długotrwałe i tylko wtedy ma sens, gdy jest prowadzone do końca życia. Leki stosowane w leczeniu osteoporozy można podzielić na dwie grupy:

– leki powstrzymujące niszczenie kości i pobudzające tworzenie i ich uwapnienie. Do pierwszej grupy należą: bisfosfoniany, estrogeny, kalcytonina, ralosyfen. Drugą grupę tworzą preparaty wapnia i witaminy D, fluorki i parahormon.

Obecnie lekiem pierwszego rzutu w leczeniu wszystkich typów osteoporozy jest aledronian, przedstawiciel bisfosfonianów trzeciej generacji. Skutecznie hamuje on utratę masy kostnej, powoduje wzrost gęstości kości w obrębie kręgosłupa, szyjki kości udowej i przedramienia, zmniejsza ryzyko złamań.

Kobiet po menopauzie zalecane jest prowadzenie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), polegającej na podawaniu hormonów, które w warunkach prawidłowych są produkowane przez jajniki i pełnią rolę ochronną wobec kości. W chwili kiedy czynność jajników zanika, proces osteoporozy ulega przyspieszeniu. Stosowanie estrogenów w postaci tabletek lub plastrów hamuje ten proces.

Zapobieganie

Zapobieganie osteoporozie należy rozpocząć wcześnie. W wieku młodzieńczym i średnim należy nasycić kręgosłup taką ilością wapnia i innych minerałów, aby pozostały dostateczne rezerwy na wiek starczy. Gimnastyka, sport i praca fizyczna w połączeniu z dietą bogatą w wapń, białko i witaminy zapewniają prawidłowy skład i wytrzymałość kości. Zawartość minerałów w kośćcu sportowców jest wyższa niż u ludzi nie uprawiających sportu.

U kobiet należy dbać o wystarczający poziom estrogenów.

W podeszłym wieku i przy już istniejącej osteoporozie aktywność fizyczna pobudza czynność osteoblastów. W tym przypadku przydają się wskazówki dotyczące samokontroli postawy.

Anna Nastarowicz

Literatura u autora

Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie farmakologii klinicznej w sprawie podawania leków we wstrzyknięciach domięśniowych

pan dr. n. farm. Kazimierz Jakubiec
Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny
Kierownik Wojewódzkiego
Inspektoratu Farmaceutycznego w Poznaniu

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie opinii w kwestii podawania leków we wstrzyknięciach, a zwłaszcza domięśniowych. Dość często lekarze zlecają podawanie kilku leków równocześnie (nawet dwóch, trzech) we wstrzyknięciach. Stąd rodzi się pytanie: które leki łączyć? Czy w ogóle powinno się łączyć?

Zasady wykonywania iniekcji nauczane na studiach pielęgniarstkich jednoznacznie określają, że każdy lek należy podawać oddzielnie. Dodam, że technika wykonywania wstrzyknięć domięśniowych zakłada wkłucie igły pod kątem prostym. Jakakolwiek zmiana kierunku igły (aby np. podać drugi czy trzeci lek w innym miejscu) powoduje, że kąt wkłucia zmienia się i technika jest niewłaściwa. Z kolei dokonywanie trzech czy czterech wkłuć odrębnych jest wielce stresujące dla pacjentów i rodzi dodatkowe cierpienie. Stąd moje zapytanie i prośba o przesłanie wykazu leków, które można łączyć.

Z poważaniem
Przewodnicząca ORPiP w Poznaniu
mgr Eleonora Kamińska

* * *

Szanowna Pani,

uprzejmie informuję, że zgodnie z obowiązującymi zasadami leki przeznaczone do podawania w formie iniekcji należy podawać oddzielnie.

Kwestię tę przedstawiła Pani w kierowanym piśmie. „Zasady wykonywania iniekcji nauczane na studiach pielęgniarstkich jednoznacznie określają, że każdy lek należy podawać oddzielnie”. Jest to właściwa, racjonalna i bezpieczna zasada.

Dlaczego? Skutków działania wielu leków, szczególnie wtedy, gdy są one podawane jednocześnie, nie można przewidzieć, znając jedynie działanie każdego z nich z osobna. Między lekami może bowiem zachodzić wiele różnych typów interakcji, a wynik kliniczny wzajemnych oddziaływań między lekami może być różny i polegać np. na nasileniu działania jednego leku przez drugi, pojawieniu się nowego jakościowego działania, nieobecnego przy stosowaniu każdego z leków osobno, czy wreszcie hamowaniu działania jednego leku przez drugi. Niezwykle ważny jest też fakt, że wynikiem interakcji będącej skutkiem niezgodności chemicznej i fizycznej leków (np. podczas łączenia leków w iniekcji) nie musi być wytrącenie się widocznego osadu lub zmiana barwy roztworu do wstrzyknięć. Czasem bowiem chemiczne lub fizyczne unieczynnienie leku zachodzi bez istotnych zmian roztworu. Problemem jest także wzrastająca lawinowo liczba nowych leków pojawiających się na rynku farmaceutycznym, co czyni niemożliwym przewidzenie wszystkich interakcji, jakie mogą zachodzić pomiędzy istniejącymi w terapii lekami. W tej sytuacji za najbezpieczniejszą opcję uznaje się oddzielne podawanie leków do wstrzykiwań.

W piśmie poruszyła Pani bardzo istotną kwestię zalecania podawania kilku leków do wstrzykiwań równocześnie przez środowisko lekarskie. Wiem, że praktyka ta wynika z klinicznego doświadczenia środowiska lekarskiego. Mając na uwadze kliniczne

doświadczenie lekarzy jako niepodważalną Ich wartość, pragnę podkreślić, że jest to praktyka niewłaściwa.

I wreszcie kwestia techniki wykonywania iniekcji domięśniowych tj. rozstrzygnięcia czy dokonywać zmian kierunku igły w celu podania kolejnego leku w innym miejscu, czy dokonywać wkłuć odrębnych, co wiąże się z kolei ze stresem i dodatkowym cierpieniem chorych. Uważam że z dwóch powodów, każdą iniekcję domięśniową należy podawać oddzielnie. Po pierwsze, jak zaznaczyła Pani, zmiana kierunku igły powoduje zmianę kąta wkłucia, czyli łamie zasadę kąta prostego, po drugie nie daje pewności, czy nie dokona się bezpośredni kontakt („zmieszanie”) leków podawanych w ten sposób. Dla zminimalizowania cierpienia wynikającego z dokonywania odrębnych iniekcji domięśniowych zalecam podawać je z zachowaniem odpowiednich przedziałów czasowych (nie jednocześnie), co jak sądzę może stanowić pewną uciążliwość (przede wszystkim dla pacjentów ambulatoryjnych).

Z wyrazami szacunku i poważania
dr hab. med., mgr farm. Anna Jabłecka
Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie
Farmakologii Klinicznej

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Poznaniu (styczeń – luty 2007) 1/2007

Kwalifikacje pielęgniarek i położnych realizujących niektóre zadania

Zawód pielęgniarki, położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych na podstawie ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU z 2001 r. Nr 57, poz. 602 ze zm.). Wykonywanie zawodu na niektórych stanowiskach lub wykonywanie niektórych specjalistycznych czynności wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji określonych w przepisach prawa.

Zarządzanie pracą pielęgniarek i położnych

Zgodnie z cytowaną ustawą o zawodach, zarówno pielęgniarki jak i położne mogą zarządzać pracą zawodową obu grup zawodowych pod warunkiem posiadania stosownych kwalifikacji. Kwalifikacje wymagane do zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (DzU Nr 30, poz. 300).

W publicznych zakładach opieki zdrowotnej zatrudnienie na stanowiskach pielęgniarek, położnych naczelnych, przełożonych i oddziałowych musi być poprzedzone konkursem przeprowadzonym zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 2007 r. Nr 14, poz. 89). Osoby przystępujące do konkursu powinny spełniać wymagania kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu:

1. Naczelną pielęgniarką: wykształcenie wyższe pielęgniarskie lub wykształcenie inne wyższe mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej i średnie medyczne. W obu przypadkach wymagany jest 5-letni staż zawodowy.
2. Przełożona pielęgniarek, położnych oraz jej zastępca: wykształcenie jak w przypadku pielęgniarki naczelnej ale 3-letni staż zawodowy lub wykształcenie średnie medyczne i specjalizacja oraz 6-letni staż zawodowy.
3. Pielęgniarka, położna oddziałowa i jej zastępca: wykształcenie wyższe jak w przypadku przełożonej i naczelnej ale 3-letni staż zawodowy w szpitalu lub średnie medyczne i kurs kwalifikacyjny oraz 7-letni staż zawodowy w szpitalu lub specjalizacja oraz 5-letni staż zawodowy w szpitalu.
4. Pielęgniarka, położna koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek i położnych: wykształcenie wyższe pielęgniarskie oraz 3 lata stażu zawodowego lub wykształcenie średnie medyczne i specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny oraz staż zawodowy odpowiednio 7- lub 10-letni.

Za równorzędne z wykształceniem wyższym może być uznane imiennie przez Ministra Zdrowia szkolenie w ośrodku zagranicznym, trwające co najmniej pół roku i zakończone egzaminem potwierdzonym stosownym certyfikatem. Z §3 cytowanego rozporządzenia wynika, że przez wykształcenie wyższe medyczne należy rozumieć tytuł zawodowy nadawany absolwentom uczelni medycznych i podstawowych jednostek organizacyjnych innych uczelni, działających w dziedzinie nauk medycznych. Przez wykształcenie średnie medyczne należy natomiast rozumieć tytuł zawodowy nadawany absolwentom publicznych szkół medycznych i niepublicznych szkół medycznych o uprawnieniach szkół publicznych. Zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2005 roku prawo o szkolnictwie wyższym (DzU Nr 164, poz. 1365 ze zm.) wykształceniem wyższym legitymują się osoby, które ukończyły studia pierwszego lub drugiego stopnia i uzyskały tytuł zawodowy odpowiednio licencjata lub magistra.

Stanowiska pozostałe

Pielęgniarka, położna specjalistka: osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych (DzU Nr 197, poz. 1923) do specjalizacji może przystąpić pielęgniarka, położna posiadająca co najmniej 2-letni staż zawodowy, a do kursu kwalifikacyjnego staż co najmniej roczny.

Starsza pielęgniarka, położna: wykształcenie wyższe pielęgniarskie i roczny staż zawodowy lub wykształcenie średnie i 5-letni staż zawodowy.

Pielęgniarka epidemiologiczna: zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (DzU Nr 126, poz. 1384 ze zm.) w całodobowych lub całodziennych zakładach opieki zdrowotnej, kierownicy tych zakładów powinni powołać m.in. zespół kontroli zakażeń zakładowych. W skład tego zespołu powinien wchodzić lekarz jako przewodniczący oraz pielęgniarka – jedna na 250 łóżek.

Kwalifikacje członków zespołu określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych (DzU Nr 285, poz. 2869).

Docelowo, czyli od roku 2011, pielęgniarka powinna posiadać wykształcenie średnie lub wyższe w dziedzinie pielęgniarstwa, co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe oraz specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii. Do tego czasu dopuszczalne jest zatrudnienie na tym stanowisku pielęgniarki posiadającej specjalizację w dziedzinie innej niż wskazana powyżej lub posiadającej co najmniej roczny staż pracy na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej bądź ukończony kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Zgodnie z cytowanym rozporządzeniem w publicznych zakładach opieki zdrowotnej pielęgniarki, położne posiadające wykształcenie wyższe lub średnie i wymagane kwalifikacje dodatkowe oraz staż pracy mogą być zatrudnione na stanowiskach innych, takich jak: starszy koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów; kierownik izby porodowej, żłobka, komórki opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-wychowawczej, centralnej sterylizacji, sekcji statystyki medycznej i dokumentacji chorych, instruktor terapii uzależnień.

Medycyna pracy

Kwalifikacje wymagane od pielęgniarek realizujących niektóre zadania służby medycyny pracy określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 roku w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez pielęgniarki wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji, rodzaju i trybu uzyskiwania tych kwalifikacji oraz rodzajów dokumentów potwierdzających ich posiadanie (DzU Nr 124, poz. 796).

Zadania wynikające z art. 6, ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy (tj. DzU z 2004 r. Nr 125, poz. 1317) mogą wykonywać pielęgniarki, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących. Spełnieniem przedmiotowego wymogu jest również ukończenie przed wejściem w życie rozporządzenia kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek środowiskowych sprawujących opiekę nad pracownikami w środowisku pracy.

Pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących uprawniona jest do realizacji zadań określonych w art. 6 ust. 1 pkt 6 lit. a-d oraz art. 7 ust. 2 pkt 1 i 2, a także art. 17 pkt. 2, 3 i 6 cytowanej ustawy. Uprawnienia takie posiada

również pielęgniarka specjalistka w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego, która uzyskała tytuł specjalisty przed wejściem w życie cytowanego rozporządzenia.

Wymagania kwalifikacyjne określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU Nr 210, poz. 2135 ze zm.) określono kwalifikacje wymagane od pielęgniarek, położnych realizujących zadania w podstawowej opiece zdrowotnej.

Zgodnie z art. 5, pkt 25 pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej to pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatricznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących oraz środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących oraz środowiska nauczania i wychowania, udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W art. 5 pkt 28 zdefiniowano natomiast położną podstawowej opieki zdrowotnej, którą jest położna która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Doprecyzowaniem wskazanych powyżej wymagań ogólnych są zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki udzielania określonych rodzajów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Zarządzeniem Nr 25/2007 z dnia 24 kwietnia 2007 roku zmieniającym zarządzenie w sprawie przyjęcia „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna” Prezes NFZ określił wymagania kwalifikacyjne uprawniające do realizacji określonego rodzaju świadczeń. Wymagania te są bezwzględnie obowiązującymi od 1 stycznia 2008 roku.

Świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego, w tym w nocnej i świątecznej ambulatoryjnej oraz wyjazdowej opieki pielęgniarskiej mogą być udzielane przez pielęgniarki posiadające: prawo wykonywania zawodu oraz kwalifikacje określone w art. 5 pkt. 25 ustawy odpowiednie do zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa.

Opieka nad kobietą, kobietą ciężarną, położnicą i noworodkiem (położnictwo rodzinne) powinna być sprawowana przez położne posiadające: prawo wykonywania zawodu położnej oraz kwalifikacje określone w art. 5 pkt. 28 ustawy odpowiednie do zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy lub tytuł zawodowy magistra położnictwa lub tytuł magistra pielęgniarstwa.

Świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa rodzinnego udzielane są w miejscu zamieszkania osoby ubezpieczonej.

Pielęgniarka w gabinecie zabiegowym lekarza rodzinnego powinna mieć ukończony kurs specjalistyczny w zakresie wykonywania szczepień ochronnych. Ten sam obowiązek spoczywa na innych pielęgniarkach i położnych, które wykonują obowiązkowe szczepienia ochronne.

W medycynie szkolnej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu oraz kwalifikacje określone w § 4 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (DzU Nr 282, poz. 2814 ze zm.), tj. pielęgniarki, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.

Kwalifikacje wymagane od pielęgniarek udzielających świadczeń w opiece długoterminowej zostały określone w Zarządzeniu Nr 89/2006 Prezesa NFZ z dnia 19 września 2006 roku w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa”.

Z załącznika nr 3a do materiałów informacyjnych wynika, że pielęgniarki udzielające świadczeń w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej (opieka domowa nad pacjentami dorosłymi i dziećmi wentylowanymi mechanicznie) powinny posiadać wykształcenie wyższe lub licencjat i przynajmniej roczny staż pracy w lecznictwie stacjonarnym lub średnie i przynajmniej roczny staż w lecznictwie stacjonarnym oraz specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego. Zadania w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej (domowej) mogą być realizowane przez pielęgniarki posiadające wykształcenie wyższe bądź licencjat i przynajmniej 1 rok pracy w lecznictwie stacjonarnym lub średnie medyczne i przynajmniej roczny staż w lecznictwie stacjonarnym oraz ukończony kurs kwalifikacyjny w jednej z dziedzin pielęgniarstwa: rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, zachowawczego, geriatrycznego, opieki paliatywnej lub specjalizacji w jednej z dziedzin: opieki długoterminowej, rodzinnego, zachowawczego, opieki paliatywnej, neurologicznego, geriatrycznego.

W oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym wymagania kwalifikacyjne określono dla pielęgniarki oddziałowej, która powinna posiadać wykształcenie wyższe magisterskie lub licencjat i co najmniej 2 lata pracy w stacjonarnej opiece paliatywnej lub wykształcenie średnie medyczne i specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej oraz co najmniej 2 lata pracy w stacjonarnej opiece paliatywnej.

Natomiast pielęgniarka powinna posiadać wykształcenie wyższe lub licencjat, lub średnie medyczne oraz kurs kwalifikacyjny lub specjalizację w zakresie opieki paliatywnej.

W poradni medycyny paliatywnej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez pielęgniarki posiadające wykształcenie wyższe magisterskie lub licencjat i co najmniej 2 lata stażu w lecznictwie stacjonarnym oraz ukończone szkolenie z zakresu opieki paliatywnej lub wykształcenie średnie medyczne i co najmniej 2 lata pracy w lecznictwie stacjonarnym oraz ukończone szkolenie, kurs kwalifikacyjny lub specjalizację w zakresie medycyny paliatywnej.

Pielęgniarki anestezjologiczne powinny posiadać prawo wykonywania zawodu oraz ukończony co najmniej kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki medycznej, co wynika wprost z materiałów do konkursu ofert na świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu państwa na rok 2007.

Dodatkowe potwierdzenie przedmiotowych wymagań wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 roku w sprawie standardów postępowania

oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (DzU Nr 37, poz. 215), którego §11 brzmi: „Lekarz anestezjolog może obsługiwać jedno stanowisko znieczulenia. Podczas znieczulenia lekarzowi towarzyszy przeszkolona pielęgniarka. Dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną”.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych pielęgniarki mogą odbywać kursy kwalifikacyjne i specjalizacje w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki, natomiast zarówno pielęgniarki jak i położne mogą odbywać kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

W kolejnym numerze o realizacji zleceń lekarskich oraz świadczeniach wykonywanych samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego.

Anna Tasak
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

KURSY I SZKOLENIA

Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnym”

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza do udziału w kursie doskonalącym nt. „Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnym” przeznaczonym dla pielęgniarek i położnych rodzinnych. W programie kursu m.in.:

I dzień

1. System opieki nad noworodkiem i zalety karmienia naturalnego.
2. Żółtaczkę okresu noworodkowego, aktualne wskazania do leczenia fototerapią.
3. Wczesne objawy zakażeń w okresie noworodkowym.
4. Opieka poszpitalna nad noworodkiem wysokiego ryzyka.
5. Problemy pielęgnacyjne u noworodków przedwcześnie urodzonych oraz u noworodków z wybranymi wadami rozwojowymi.

II dzień

1. Patofizjologia zmian ośrodkowego układu nerwowego.
2. Opieka rozwojowa w okresie niemowlęcym.
3. Wspomaganie rozwoju psychoruchowego niemowląt urodzonych przedwcześnie.
4. Zasady postępowania z dziećmi z grup ryzyka zaburzeń rozwoju psychoruchowego.
5. Metody oceny rozwoju psychoruchowego oraz usprawnianie niemowląt.

Druga edycja odbędzie się w dniach 29 – 30 października 2007 roku w sali Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 10.30 – 15.00. Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć najpóźniej do dnia 30 września br. do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17 w godzinach pracy Biura. Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w kursie.

Komunikat Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi

Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi – Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych – informuje o zmianie terminów kursów specjalistycznych w dziedzinie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

I edycja – zamiast 24 września do 5 października 2007 roku odbędzie się od 17 września do 4 października

Karty zgłoszeń należy nadesłać do 17 lipca 2007 roku (karty nadesłane już do ośrodka zachowują aktualność – z zastrzeżeniem zmiany terminu kursu, egzamin wstępny planowany na dzień 20 lipca 2007 roku)

II edycja – zamiast 15 – 26 października 2007 roku odbędzie się od 8 – 25 października 2007 roku

Karty zgłoszeń należy nadesłać do 8 sierpnia 2007 roku (karty nadesłane już do ośrodka zachowują aktualność – z zastrzeżeniem zmiany terminu kursu, egzamin wstępny planowany na dzień 10 sierpnia 2007 roku)

Spotkanie Komisji Położnych

Komisja Położnych zaprasza na ostatnie spotkanie przed przerwą wakacyjną, które odbędzie się w siedzibie OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 (sala wykładowa – II piętro) w dniu 13 czerwca 2007 roku o godz. 15.00.

Podczas spotkania m.in. przedstawiciel medyczny firmy BOIRON Laboratoires omówi temat: „Problemy w okresie laktacji – pęknięcia i bolesność brodawek sutkowych oraz sposób postępowania”.

Serdecznie zapraszamy.

Komunikat dotyczący szczepień ochronnych

W związku ze zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą – od 1 kwietnia 2007 roku – lekarz poz zgodnie z deklaracją wyboru ma obowiązek:

- przeprowadzania kwalifikacyjnych badań lekarskich przed szczepieniem,
- wykonywania i dokumentowania szczepień,
- sprawozdania o wykonywanych szczepieniach.

Karty uodpornienia powinny być przekazane do właściwych lekarzy poz w ciągu 1 miesiąca, tj. do końca maja br.

Procedura przekazania kart uodpornienia oraz wzory niezbędnych dokumentów zawarte są na stronie internetowej Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi

www.wczp-lodz.pl/dokumenty/promocja/pismo_do_dyrektorow_zpoz_28032007.pdf

Mirosława Centkowska
Przewodnicząca Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej przy OIPiP w Łodzi

KĄCIK BIBLIOTECZNY



Pielęgniarstwo pediatriczne
DELMARA
K. L. Luxner wyd. I polskie
pod red. Z. Dróżdź
rok wydania: 2006

Po raz pierwszy na polskim rynku wydawniczym ukazuje się polskie tłumaczenie trzeciego już wydania "Pielęgniarstwa pediatricznego" wydawnictwa THOMSON DELMAR LEARNING. Dzięki tej publikacji, wydanej pod redakcją dr Zofii Dróżdź-Gessner, polski czytelnik ma możliwość zapoznania się z zasadami pielęgniarstwa na oddziałach pediatricznych. Celem podręcznika jest przedstawienie podstawowej wiedzy z zakresu pielęgniarstwa pediatricznego. Opierając się na założeniu, iż pielęgniarka pediatriczna odgrywa niezwykle ważną rolę nie tylko w procesie pielęgnacji, ale także terapeutycznym, autorka prezentuje szeroką wiedzę, niezbędną do właściwego postępowania pielęgniarki. Mając na uwadze jej udział w monitorowaniu stanu klinicznego pacjenta, a także w procesie diagnostycznym i leczniczym, a ponadto w budowaniu zaufania młodego pacjenta i jego rodziców w stosunku do personelu, przedstawiono zasady wielokierunkowego działania pielęgnacyjnego.

Autorka omawia najczęściej spotykane choroby, ich etiologię, patomechanizm, sposoby leczenia oraz pielęgnacji. W procesie diagnostycznym i leczniczym uwzględnia wiele różnych aspektów, takich jak cechy genetyczne, czynniki środowiskowe, warunki socjalo-ekonomiczne rodziny dziecka, poziom wiedzy medycznej opiekunów, a także czynniki psychologiczne. W dziesięciu rozdziałach kompleksowo opisano sposoby diagnostyki, pielęgnacji oraz leczenia schorzeń pediatricznych. Każdy rozdział prezentuje wybrane zagadnienia dotyczące danego układu czy narządu. Po krótkim opisie danej jednostki chorobowej przedstawiono zasady i celowość należytego postępowania oraz zalecane interwencje pielęgniarские. Niezwykle pomocne są obecne w każdym rozdziale liczne tabele oraz schematy, przejrzyste prezentujące opisywane zagadnienia.

W treści min.: jak stosować plany opieki pielęgniarskiej, wzrost i rozwój, układ sercowo-naczyniowy, układ oddechowy, układ pokarmowy, układ moczowo-płciowy, układ mięśniowo-szkieletowy, układ nerwowy, układ krwionośny, układ wewnątrzwydzielniczy i skóra

Pozycja skierowana jest do studentów pielęgniarstwa, zwłaszcza zainteresowanych pielęgniarstwem pediatricznym.

Z pewnością zainteresuje także niejedną doświadczoną pielęgniarkę.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
st. specjalista ds. merytorycznych w Biurze OIPiP w Łodzi

KĄCIK EMERYTEK

Wycieczka „Szlakiem Orlich Gniazd”



Nareszcie oczekiwana wiosna i pewnie z tego powodu rozpoczęcie sezonu turystycznego Koła Emerytek przy OIPiP spotkało się z takim zainteresowaniem. W autokarze wszystkie miejsca zajęte – jadą 33 pielęgniarki i położne z rodzinami, razem 52 osoby. Ale było co zwiedzać! Warto potrudzić się i zobaczyć 700-letni Królewski Zamek Obronny z XIV wieku w Olsztynie pod Częstochową. Ach, ta nasza

historia!

W 1587 roku Kasper Karliński w czasie bohaterskiej obrony poświęcił swego małego syna, by ratować zamek przed wojskami arcyksięcia Maksymiliana Habsburga, pretendenta do tronu polskiego. W 1992 roku na owym zamku odbył się I międzynarodowy pokaz pirotechniki i laserów – zebrało się około 100 tysięcy widzów.

W Jurze Krakowosko-Częstochowskiej jest jeszcze wiele takich „ostańców” jak zamek w Ogrodzieńcu oraz jeden z ładniejszych zamków obronnych w Mirowie.

Przy Bramie Twardowskiego jest spisana ciekawa i zabawna legenda. Twardowski „negocjując” z diabłem zażądał skarbów i złota, ale diabeł tak się kręcił, że jest rzeka Wiercica, a gdzie było dużo złota to jest Złoty Potok nad Wiercicą. Według legendy Twardowski przechytrzył diabła i ten jak podskoczył to wybił dziurę w skałach i uciekł. I stała Brama Twardowskiego.

W Złotym Potoku jest Dworek Kasińskich. W muzeum są obrady, grafiki, rzeźby, meble. Zygmunt Krasiński, najwybitniejszy poeta romantyzmu – wraz z Mickiewiczem i Słowackim tworzą grupę „trzech wieszczów”. Krasińskiemu sławę przyniósł utwór „Nie-boska komedia” oraz „Irydion”. W 1857 roku w Potoku zmarła jego młodsza córka Elżbieta. Wkrótce po tym poeta wraz z rodziną wyjechał do Paryża, gdzie po dwóch latach zmarł w wieku 47 lat.

I jeszcze „zdobynamy” Górę Zborów – 462 m n.p.m. Trudno było, ale jaka satysfakcja! Tylko pogratulować kondycji, że wszyscy weszli i zeszli z góry „w całości”. U podnóża Góry Zborów w Podleśnej w restauracji „Zajazd Jurajski” zjemy smaczny obiad i wracamy do Łodzi. W domu jesteśmy około godziny 21.

Z pozdrowieniami Urszula Gajek