

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Konferencja naukowo-szkoleniowa

**„Wyzwania w onkologii-profilaktyka,
diagnostyka, leczenie i rehabilitacja”**

Częstochowa 10 października 2014 roku.



Październik 2014r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
**"Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi
w leczeniu systemowym nowotworów".**

Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, dnia 17 września 2014 roku.



W NUMERZE:

Okręgowa Izba

Naczelna Izba

Prawo

Ustawa

Informacje

Prace

**Biuletyn informacyjny
wydawany przez
Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie**

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

Adres Redakcji (siedziba Izby):
UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

sekretariat@oipip.czyst.pl

www.oipip.czyst.pl

Ośrodek szkoleniowy:
tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czyst.pl

MILLENNIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 27 sierpnia 2014 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie siedem pielęgniarek i jedną położną.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek.
- Skreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wydano nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyło pięć pielęgniarek, jeden pielęgniarz i dwie położne.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych - Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej.
- Skierowano na konferencję jedną osobę.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla jednej pielęgniarki - na kwotę 1000,00 zł. ■

KALENDARIUM Wrzesień - październik 2014 rok

29.09.2014r. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek w SP ZOZ Myszków. Konkursu nie rozstrzygnięto.

29.09.2014r. W SP ZOZ Myszków odbyły się konkursy na stanowiska: Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego oraz Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na ww. stanowiska. Nowo wybranym Oddziałowym serdecznie gratulujemy.

30.09.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w uroczystym otwarciu przebudowanego pawilonu „E” Miejskiego Szpitala Zespołowego, w którym znajduje się Oddział Chorób Wewnętrznych i zmodernizowany Zakład Rehabilitacji Leczniczej.

30.09.2014r. W siedzibie OIPIp odbył się egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego „Pielęgniarstwo geriatryczne”.

02.10.2014r. Na zaproszenie Dyrektora Szkoły Podstawowej Nr 25 w Częstochowie Sekretarz ORPiP uczestniczyła w spotkaniu z wizytatorami ds. ewaluacji. Spotkanie dotyczyło oceny jakości pracy szkół i funkcjonowania systemu edukacyjnego.

03.10.2014r. W Warszawie odbył się egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa neonatologicznego”. Organizatorem szkolenia była OIPIp w Częstochowie.

06.10.2014r. W siedzibie Centrum Medycznego „Małgorzata” odbyło się spotkanie organizatorów Konferencji naukowo-szkoleniowej „Wyzwania w onkologii-profilaktyka, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja”.

10.10.2014r. W Sali konferencyjnej przy parafii pw. św. Zygmunta w Częstochowie odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa „Wyzwania w onkologii-profilaktyka, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja”.

14.10.2014r. W Centrum Kształcenia Zawodowego w Częstochowie odbyło się spotkanie pt. „Instrumenty rynku pracy szansą dla pracodawców”. W spotkaniu udział wzięła Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie.

16.10.2014r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady PiP. Po posiedzeniu Prezydium NRPIp odbyło się wspólne posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie oraz Prezydium NRPIp nt. sytuacji pielęgniarstwa w Polsce w porównaniu z sytuacją na ternie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Często-

stochowie. W debacie uczestniczyli przedstawiciele zaproszonych mediów.

17.10.2014r. W siedzibie OIPIp w Częstochowie została przeprowadzona wizytacja Biura ORZOZ. Wizytacji dokonała Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

17.10.2014r. Na zaproszenie ORPiP w Częstochowie gościliśmy pracowników Biura Naczelnej Izby PiP. Członkowie Prezydium NRPIp i pracownicy Biura NIPIp zwiedzali Częstochowę i Jasną Górę.

18.10.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Konferencji Naukowej „Rak płuc, astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc”. Konferencja odbyła się w Filharmonii Częstochowskiej.

18.10.2014r. Na zaproszenie kierownictwa OIOM-u Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w jubileuszowym spotkaniu z okazji 25-lecia powstania tego oddziału.

21.10.2014r. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym odbyły się konkursy na stanowiska: Oddziałowej Oddziału Pediatrycznego przy ul. Bialskiej 104/118 oraz przy o oraz Oddziałowej Oddziału Pediatrycznego przy ul. PCK 7. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na ww. stanowiska. Nowo wybranym Oddziałowym serdecznie gratulujemy.

27-28.10.2014r. Przewodnicząca ORPiP jako przedstawiciel NRPIp uczestniczyła w kontroli Ośrodka Szkoleniowego w Toruniu.

29.10.2014r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

29.10.2014r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

29.10.2014r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

Oferta kursów OIPIp w Częstochowie

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anesteziologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe
11. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
12. Pielęgniarstwo onkologiczne

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07

4. Leczenie ran – Odleżyny Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
6. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
7. Szczepienia ochronne Nr 03/08
8. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
9. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
10. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
11. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
12. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
15. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego – kurs dla pielęgniarek „systemu”
16. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu – zapis kardiokardiografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego
5. Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia zdrowotnego
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylniej i obrzęku limfatycznego
6. Diagnostowanie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi.

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów pożądanых kursów/szkoleń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPIP pokój nr 407, lub telefonicznie tel. 519 862 186 ■

**Naczelna Izba**

Warszawa, 15 września 2014r. NRPiP-P.011.94.2014

Pani/Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych objęła patronatem merytorycznym kampanię społeczną „Położna na medal”. Założeniem kampanii jest wzmocnienie roli położnej, uświadamianie pacjentom kompetencji i odpowiedzialności położnej w opiece nad kobietą, w szczególności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. Kampania wspierana jest przez konkurs, w którym pacjenci głosują na wybraną przez siebie położną, każdorazowo uzasadniając swój wybór. Dla trzech położnych laureatek konkursu ufundowane będą wartościowe nagrody rzeczowe. Proszę o wsparcie tej inicjatywy poprzez publikację informacji na temat wyników częstkowych kampanii w biuletynach oraz na stronach głównych OIPIP. ■

Z poważaniem
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

Szanowni Państwo

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informuję, że od października 2014 r. uzyskają Państwo bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularyzacyjne publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwi nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, której Państwo jesteście członkami.

Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPIP.
2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu www.ibuk.pl. ■



*Praca położnej jest bardzo piękna,
ale też bardzo ciężka.*

*Tylko osoba z wielkim sercem, prawdziwym
powołaniem i empatią potrafi poświęcić uwagę
swoim podopiecznym oraz z cierpliwością
i wyrozumiałością towarzyszyć kobiecie
i jej rodzinie w tych ważnych chwilach ich życia.*

**Zapraszamy do udziału
w KONKURSIE**



Położna na medal!

Dzięki Waszym nominacjom
wyberzemy najlepszą położną
w Polsce!

Podziękujemy im za opiekę
i oddanie w tych ważnych chwilach!



WIĘCEJ INFORMACJI NA STRONIE INTERNETOWEJ:

www.pozoznanamedal.pl, www.edukacja pacjenta.pl, www.akademia-ama.pl

Zachęcamy do głosowania! ➔

**KRYTERIA OCENY POŁOŻNEJ ZOSTAŁY
PRZYGOTOWANE W OPARCIU O REKOMENDACJE
KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE
PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO
I POŁOŻNICTWA**

1. Wita kobietę oraz członków rodziny osobiście, przedstawia się i wyjaśnia swoją rolę w opiece.
2. Pacjentkę oraz jej rodzinę traktuje z szacunkiem i na zasadach partnerskich. Stara się poznać oczekiwania i potrzeby w zakresie sprawowanej opieki.
3. Każdorazowo uzyskuje zgodę na wykonanie zabiegów dotyczących kobiety oraz dziecka, respektuje wybory kobiety.
4. W przebiegu fizjologicznej ciąży, porodu i porodu stosuje nowoczesne standardy opieki okołoporodowej, m.in.:
 - uwzględnia w opiece nad rodzącą plan porodu, z którym pacjentka przybyła do szpitala;
 - zachęca rodzącą do aktywności podczas porodu, pomaga w wyborze niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego;
 - bezpośrednio po porodzie umożliwia – nieprzerwanie przez 2 godziny – dziecku kontakt z matką skóra do skóry.
5. Wspiera kobietę oraz rodzinę w okresie ciąży, porodu i porodu. Mobilizuje oraz zachęca do podejmowania własnych decyzji dotyczących opieki.
6. Tworzy warunki prawidłowej laktacji, dostarcza matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią.
7. Szanuje prywatność i poczucie intymności.
8. Otwarta na współpracę i współdziałanie.
9. Prezentuje spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę.
10. Empatyczna, cierpliwa i wyrozumiała.



Prawo



**Czy pielęgniarka pracująca w szpitalu
musi nosić identyfikator? Czy na
identyfikatorze powinien być zawarty
tytuł zawodowy pielęgniarki?**

Zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego przedsiębiorstwem jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym

miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby. Tym samym pielęgniarka zatrudniona w szpitalu musi nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający ww. dane.

Analogicznie lekarz zatrudniony w szpitalu również będzie zobowiązany nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający jego imię i nazwisko oraz sprawowaną przez niego funkcję.

Ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje natomiast, aby na identyfikatorze obligatoryjnie zamieszczać tytuł zawodowy pracownika podmiotu leczniczego. Kwestia ta może być natomiast ustalona w regulaminie organizacyjnym przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą. ■

**Czy pielęgniarka może podać
pacjentowi antybiotyk i pobrać krew
w ambulatorium bez obecności
lekarza?**

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Tak więc podstawą do podania antybiotyku pacjentowi dorosłemu, dziecku w ambulatorium będzie udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać nazwę zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania oraz częstotliwość wykonywania. Lekarz nie musi być obecny w ambulatorium, gdy pielęgniarka podaje pacjentowi antybiotyk (inny lek), chyba że w zleceniu lekarskim jest wyraźnie zapisane, że antybiotyk (inny lek) należy podać w obecności lekarza.

Należy jednocześnie podkreślić, iż w ambulatorium znajduje się zestaw przeciwwstrząsowy i pielęgniarka podająca antybiotyki powinna znać działanie podawanych leków, ich sposób podawania, przechowywania i skutki uboczne oraz posiadać wiedzę i umiejętności z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zastosowania produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie. Pielęgniarka powinna mieć też możliwość nawiązania natychmiastowego kontaktu telefonicznego z lekarzem w przypadku gdy podanie leku spowoduje wystąpienie zaburzeń niekorzystnych dla stanu zdrowia pacjenta.

Ponadto uprzejmie informuję, iż za zlecenie lekarskie odpowiedzialność ponosi lekarz. Pielęgniarka odpowiada za prawidłowe wykonanie zlecenia, zgodnie z aktualną wiedzą. Jednocześnie art. 12 ust. 2. powyższej ustawy przewiduje, iż pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego niezgodnego z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności wskazujące, iż zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W odniesieniu do kwestii pobierania krwi u pacjenta dorosłego, dziecka przez pielęgniarkę w ambulatorium należy wskazać, iż w sytuacji gdy pielęgniarka otrzymuje zlecenie lekarskie dotyczące pobrania krwi pacjenta powinna to zlecenie wykonać bez obecności lekarza. Należy wyraźnie zaznaczyć, iż pielęgniarka może pobierać krew od pacjentów do badań laboratoryjnych ściśle według zlecenia lekarskiego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zapewniającym bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjenta oraz pielęgniarki.

Gruźlica może być chorobą zawodową w domu opieki społecznej

Orzeczenie

Bożena Wiktorowska

Orzeczenie: Pracownica domu opieki społecznej, u której ponad 10 lat temu stwierdzono gruźlicę, ma prawo ubiegać się od inspekcji sanitarnej odszkodowania z tytułu opieszałości postępowania w sprawie uznania tej przypadłości za chorobę zawodową – orzekł wczoraj Naczelny Sąd Administracyjny.

Tym samym oddalił skargę kasacyjną domu pomocy społecznej, który nie zgodził się z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Kielcach (II SA/Ke 594/12). Spór dotyczył tego, czy choroba była efektem zarażenia od siedmiu chorych pacjentów ośrodka.

– Po stwierdzeniu przypadków gruźlicy na terenie placówki przeprowadzono dezynfekcję oraz ograniczono kontakty z chorymi – przekonywał Konrad Kamiński, adwokat reprezentujący dom opieki społecznej.

Jednak WSA uznał, że pracownica mogła się zarazić od mieszkańców DPS. Przyjęto, że pierwsze objawy gruźlicy wystąpiły w 2001 r. Postępowanie w sprawie rozpoznania choroby zawodowej u skarżącej zostało wszczęte na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z 18 listopada 1983 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 1983 r., nr 65, poz. 294 ze

zm.). Zgodnie z nim dla uznania gruźlicy za chorobę zawodową konieczne jest ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy powstałymi objawami chorobowymi u pracownika a warunkami, w jakich świadczył on pracę. Istotne jest zatem ustalenie, czy na stanowisku zatrudniony był ekspozowany na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia, a tym samym czy podczas wykonywania obowiązków był narażony na powstanie tej choroby. Po licznych badaniach i ocenach stanu zdrowia powiatowy inspektor sanitarny uznał, że tak. Potwierdził wiarygodność orzeczenia lekarskiego wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy o stwierdzeniu choroby zawodowej. Natomiast wojewódzki inspektor sanitarny zgodził się z domem pomocy społecznej, że takiego związku nie ma. Spór dotyczy bowiem tylko tego, czy pracownica mogła się zarazić w pracy, czy też nie. Od tego zależy bowiem prawo do odszkodowania. Każda pozytywna dla pracownicy opinia organu powiatowego jest kwestionowana przez organ II instancji, tymczasem w ocenie NSA sprawa ta już dawno powinna być wyjaśniona. A sama zainteresowana może ubiegać się o odszkodowanie za przewlekłość postępowania, bowiem wojewódzki inspektor nie może twierdzić, że nie zebrano odpowiedniego materiału.

ORZECZNICTWO

Wyrok NSA z 2 września 2014 r., sygn. akt II OSK 181/13.

www.serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ



Dokument
podpisany przez
Marek Głuch
Data: 2014.08.27
15:27:11 CEST

Warszawa, dnia 27 sierpnia 2014 r.

Poz. 1136

USTAWA

z dnia 22 lipca 2014 r.

o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.²⁾) po art. 15 dodaje się art. 15a i art. 15b w brzmieniu:

„Art. 15a. 1. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarstwo i położnictwo posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarstwo i położnictwo posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:

- 1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

- 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty
– jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, obejmują również wystawianie recept osobom, o których mowa w art. 43–46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.³⁾), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

4. W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, pielęgniarka i położna są obowiązane do odnotowania na recepte, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.

5. Pielęgniarka i położna wystawiając receptę są obowiązane do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji, o której mowa w art. 44 ust. 2 zdanie drugie ustawy o refundacji.

6. Pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

7. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz:
 - a) substancji czynnych zawartych w lekach, o których mowa w ust. 1,
 - b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ust. 1,
 - c) wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1,
- 2) wykaz badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 6,
- 3) sposób i tryb wystawiania recept, o których mowa w ust. 1 i 2,
- 4) wzór recepty, o której mowa w ust. 1 i 2,
- 5) sposób zaopatrywania w druki recept, o których mowa w ust. 1 i 2, i sposób ich przechowywania,
- 6) sposób realizacji recept, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji
– biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

Art. 15b. 1. Pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe, o których mowa w art. 15a ust. 1, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.

2. Pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1, mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

- 1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

- 2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

5. Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.⁵⁾), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.”;

- 2) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zabezpieczenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.”;

- 3) w art. 44 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

- 4) w art. 45 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.”;

- 5) w art. 46 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

- 6) w art. 188 w ust. 4 pkt 19 i 20 otrzymują brzmienie:

„19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19;”.

Art. 3. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.⁶⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2 w pkt 14 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d i e w brzmieniu:
 - „d) pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.⁷⁾),
 - e) pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z którymi Fundusz zawarł:
 - umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub
 - umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa;”;
- 2) w art. 48:
 - a) w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowa upoważniająca osoby, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. b, c oraz e, do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony.”,
 - b) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, feldzera, starszego feldzera, pielęgniarkę lub położną.”.

Art. 4. Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art. 15a ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *B. Komorowski*

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się także ustawy: ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456, z 2013 r. poz. 940, 1245, 1287, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773 i 1004.

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456, z 2013 r. poz. 940, 1245, 1287, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004 i 1136.

⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.

⁷⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456, z 2013 r. poz. 940, 1245, 1287, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004 i 1136.

Raport WHO dotyczący elektronicznych urządzeń podających nikotynę

Raport Światowej Organizacji Zdrowia dotyczący elektronicznych urządzeń podających nikotynę (ang. Electronic nicotine delivery systems [ENDS]), z których najbardziej popularnym jest e-papieros, jest jednym z punktów agendy 6. Konferencji Stron (ang. Conference of the Parties [COP]) FCTC (ang. Framework Convention on Tobacco Control), która odbędzie się 13-18 października 2014 r. w Moskwie. Powyższy dokument sporządzono w odpowiedzi na wniosek zgłoszony na 5 Konferencji Stron (spotkanie odbyło się w dniach 12-17 listopada 2012 r. w Seulu w Korei Południowej), celem przeanalizowania wpływu elektronicznych urządzeń podających nikotynę na zdrowie człowieka i zidentyfikowania sposobów ich kontroli.

Podstawową metodą działania e-papierosa, stanowiącego trzon ENDS, jest podgrzewanie roztworu do momentu, aż przejdzie on w stan lotny. Substancja w takiej formie jest następnie wdychana. Roztwór, znajdujący się w e-papierosie, zawiera w większości przypadków nikotynę, glikol propylenowy, glicerynę i dodatki smakowe lub aromatyczne. Kształt elektronicznych urządzeń podających nikotynę przypomina zazwyczaj papierosa, cygaro i cygaretki. Zdarzają się również e-papierosy w formie długopisów i pamięci USB.

Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia rynek ENDS dynamicznie się rozwija. Szacuje się, że w 2014 r. już 466 marek zajmuje się sprzedażą e-papierosów i że w 2013 r. wartość sprzedaży tych produktów i związanych z nimi akcesoriów wyniosła 3 miliardy dolarów. Badania WHO wskazują, iż dostępność powyższego produktu wzrasta. Ponadto połowa populacji, zamieszkująca 62 najbardziej zaludnionych państwach świata, twierdzi, że ma dostęp do e-papierosów.

Większość produktów ENDS nie była testowana przez niezależnych naukowców, a ograniczona ilość badań wskazuje znaczne różnice co do toksyczności składników zawartych w roztworze e-papierosa i wydychanym „dymie”.

Światowa Organizacja Zdrowia informuje w swoim raporcie, iż krótkotrwałe efekty korzystania z ENDS obejmują podrażnienie oczu i dróg oddechowych, które spowodowane jest działaniem glikolu propylenowego. Poważne krótkotrwałe problemy zdrowotne mogą wystąpić, jednakże w bardzo nielicznych przypadkach.

Biorąc pod uwagę fakt, iż ENDS wprowadzono na rynek całkiem niedawno i długi okres czasu na pojawienie się wielu chorób, takich jak np. rak, niepodważalne dowody na istnienie związku między korzystaniem z np. e-papierosów a wieloma dolegliwościami będą dostępne po wielu latach lub nawet dekadach. Jednakże badania nad oceną substancji chemicznych zawartych w roztworze ENDS wskazują na potencjalną cytotoksyczność niektórych roztworów na kobiety w ciąży, które korzystają z np. e-papierosów lub są tzw. biernymi palaczami.

Ponadto Światowa Organizacja Zdrowia sygnalizuje, iż wypuszczany „dym” nie jest jedynie „parą wodną”, jak jest to określane podczas promocji ENDS w mediach. Bierni palacze narażeni są na zwiększoną obecność nikotyny i wielu innych substancji toksycznych.

W raporcie poruszono również kwestię skuteczności ENDS w pomocy osobom, chcącym rzucić palenie lub od uzależnić się od nikotyny. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że palacz powinien pozbyć się nałogu za pomocą zatwierdzonych przez odpowiednie instytucje metod leczenia. Nadmieniamy jednak, iż w pojedynczych przypadkach, w których konwencjonalna kuracja nie przyniosła zamierzonego skutku, eksperci sugerują, iż ENDS mogą być pomocne. ■

Egzamin państwowy szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa neonatologicznego”.

3 października 2014 roku w Warszawie odbył się egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa neonatologicznego” prowadzonego przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Kierownikiem szkolenia była Anna Bera. W szkoleniu specjalizacyjnym uczestniczyły i przystąpiły do Egzaminu państwowego 32 pielęgniarki:

1. Albrychowicz Dorota
2. Bartłomiejczyk Marzena
3. Bentyn Beata
4. Bienias Teresa
5. Bogatko Marzena
6. Brożek Iwona
7. Buła Aneta
8. Celt Dorota
9. Cisaruk Wioletta
10. Gawor Elżbieta
11. Głąb Jadwiga
12. Grajek Małgorzata
13. Kaczmarek Elżbieta
14. Kierat Bożena
15. Konecka Sylwia
16. Koperkiewicz Agnieszka
17. Krysiak Anna
18. Kunicka Kornelia
19. Lula Ewa
20. Machura Małgorzata
21. Miklas Anna
22. Mikuć Barbara
23. Mrowiec Agnieszka
24. Oleszczyk Dorota
25. Parkitna Kamila
26. Piekarczyk Bernadetta
27. Pietrzak Barbara
28. Puchała Małgorzata
29. Rok Ewa
30. Stępień Dorota
31. Szczepańczyk Jolanta
32. Szewczykowska Anna

Serdecznie gratulujemy zdanego egzaminu i osiągniętego wyniku zarówno Paniom Specjalistkom jak i Pani Kierownik Annie Bera. ■



Egzamin państwowy szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa psychiatrycznego”.

W dniu 22 września 2014 roku w Warszawie odbył się egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa psychiatrycznego” prowadzonego przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Kierownikiem szkolenia był Zbigniew Bednarczyk. W szkoleniu specjalizacyjnym uczestniczyły i przystąpiły do egzaminu państwowego **23** pielęgniarki:

1. Chrząstek Wanda
2. Dmytrykiw Grażyna
3. Gieżyńska Katarzyna
4. Górczyńska Jolanta
5. Jelonek Małgorzata
6. Jędrak Anna
7. Jureczko Bożena
8. Ladra Barbara
9. Maroń Joanna
10. Muszczek Beata
11. Nieświec Katarzyna
12. Obrzud Marzena
13. Parulska Elżbieta
14. Polańska Agnieszka
15. Pluta Dorota
16. Rybińska Agata
17. Szykowna Katarzyna
18. Tarnowska-Pisarek Marzena
19. Thomann Wiesława
20. Wanot Joanna
21. Wocławek Agnieszka
22. Woźnica-Sprycha Agata
23. Zych Mariola

Serdecznie gratulujemy zdanego egzaminu i osiągniętego wyniku zarówno Paniom Specjalistkom jak i Panu Kierownikowi Zbigniewowi Bednarczykowi. ■

VI Międzyszkolny Konkurs z zakresu udzielania I pomocy przedmedycznej "Uratować znaczy żyć "- MISTRZOSTWA DZIECI I DOROSŁYCH.

W dniu 23.09.2014r (wtorek) o godz. 9.00 w siedzibie Straży Pożarnej przy ul. Sikorskiego odbyła się VI edycja Międzyszkolnego Konkursu z zakresu udzielania I pomocy przedmedycznej "Uratować znaczy żyć "- po raz pierwszy z udziałem dorosłych.

Konkurs objęty został honorowym patronatem Prezydenta Miasta Częstochowy. Organizatorem konkursu była Szkoła Podstawowa nr 25 w Częstochowie. Współorganizatorami: Rada Miasta Cz-wy, WORD w Częstochowie, Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Komenda Policji, Komenda Straży Pożarnej, Stacja Pogotowia Ratunkowego.

Celami konkursu od początku jego istnienia jest rozpowszechnianie wiedzy i umiejętności z zakresu udzielania I pomocy w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia wśród dzieci, w tym roku również dorosłych, a także doskonalenie tych umiejętności. Istotne jest również przełamywanie barier

strachu i lęku przed ratowaniem życia ludzkiego i podejmowaniem odpowiedzialnych działań w sytuacjach wymagających samodyscypliny i wewnętrznej organizacji.

Konkurs adresowany był do uczniów szkół podstawowych (w 2 grupach wiekowych : klasy I-III oraz IV-VI.) W zawodach startowały drużyny czteroosobowe z 16 szkół podstawowych, składające się z 2 uczniów oraz 2 osób dorosłych-przedstawicieli środowisk artystycznych, sportowych oraz polityków-reprezentujących nasze miasto.

W tym roku drużyny dziecięce wsparli zaproszeni do zawodów goście: Radni Miasta Częstochowy- p. M. Biernat, Ł. Wabnic, J. Danek, M. Iżyńska, Ł. Kot, J. Kasprzyk, Przewodniczący Młodzieżowej Rady Miasta. p. S. Trzeszkowski; Pracownicy Wydziału Kultury UM Cz-wy: p. M. Fijołek, P. Chrzastek; Dawid Wytrzymały- reprezentujący Stowarzyszenie „Sportowa Częstochowa” Damian Lewandowski – Dyrektor Hali Sportowej Częstochowa, Tomasz Łuszcz-Dyrektor MOSiR, Zawodnicy Klubu Sportowego RKS Raków, Harcerze ZHP, Janusz Błaszczak reprezentujący p. Poseł Halinę Rospondek

Zadaniem drużyn było w pierwszej części konkursu zaliczenie stanowisk, na których czekały następujące zadania:

- rozmowa z dyspozytorem- umiejętne wezwanie pomocy,
- ułożenie osoby poszkodowanej w pozycji bocznej ustalonej,
- prawidłowo wykonana resuscytacja krążeniowo- oddechowa
- rozpoznanie 5 losowo wybranych znaków drogowych.

Dodatkowym utrudnieniem było przedstawienie kolejno 8 czynności związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego tzw. BLS.

Sześć drużyn z największą ilością punktów przystąpiło do zadania finałowego- odegrania scenki i wykonania kolejno wszystkich czynności ratunkowych w praktyce, w określonym czasie. Dodatkowym atutem dla jury była umiejętna współpraca w drużynie dzieci i dorosłych.

Nad prawidłowością przebiegu konkursu i zadań finałowych czuwało jury w skład którego weszli przedstawiciele WOSP , Stacji Pogotowia Ratunkowego, Straży Pożarnej oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Finalistami konkursu w grupie dzieci młodszych z klas I-III zostali:

Szkoła Podstawowa nr 25- I miejsce,
Szkoła Podstawowa nr 36- II miejsce,
Szkoła Podstawowa nr 38- III miejsce.

W kategorii dzieci starszych z klas IV-VI wyniki przedstawiają się następująco:

I miejsce – Szkoła Podstawowa nr 36,
II miejsce- Szkoła Podstawowa nr 50,
III miejsce – Szkoła Podstawowa nr 46.

Nagrody książkowe dla wszystkich finalistów ufundowała Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

V Konferencja Naukowa "EKG - wczoraj, dziś i jutro"

Zapraszamy do udziału w jednej z największych konferencji kardiologicznych w Polsce, poświęconej problemom elektrokardiologii.

data: 29.11.2014 r.

miejsce: Centrum Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

opłaty:

lekarz - 70 zł
lekarz emerytowany, pielęgniarka, technik oraz ratownik medyczny - 35 zł
studenci - bezpłatnie z ważną legitymacją studencką
więcej informacji oraz formularz rejestracyjny:
www.ekg.umed.pl
Z wyrazami szacunku,
Anna Rykiert
Biuro Fundacji dla Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
tel. (42) 272 50 94
anna.rykiert@fumed.pl

UWAGA!

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Przypominamy o obowiązku dostarczania aktualnej polisy OC wraz z wnioskiem o zmianę w rejestrze dla osób wykonujących działalność leczniczą

w ramach działalności leczniczej jako indywidualna/grupowa praktyka pielęgniarki/położnej.

Wniosek, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

GRATULACJE!



W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie składam serdeczne gratulacje

wraz z życzeniami pomyślności i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym z okazji wyboru na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Szpitalu Powiatowym w Myszkowie

Paniom:

1. Jadwidze Głąb
- Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego
2. Ewie Lula
- Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego

Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

GRATULACJE!



W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie składam serdeczne gratulacje

wraz z życzeniami pomyślności i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym z okazji wyboru na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie

Paniom:

1. **Elżbiecie Wachowicz** - Oddziałowej Oddziału Pediatrycznego ul. Bialska 104/118
2. **Małgorzacie Taborskiej** - Oddziałowej Oddziału Pediatrycznego ul. PCK 7

Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Prace autorskie

Larwoterapia

Rana każdemu z nas kojarzy się z uszkodzeniem skóry powstałym na skutek urazu, który związany jest z ubytkiem tkanki. Oprócz ran ostrych wyróżniamy również rany przewlekłe, których czas gojenia zgodnie z definicją trwa dłużej niż sześć tygodni. Zaliczamy do nich m.in.: owrzodzenia podudzi, nowotworowe, odleżyny, stopy cukrzycowe, zakażone rany pooperacyjne. Zaliczane są one do kategorii trudno gojących, zakażonych i martwiczych. Przyczyna tkwi zazwyczaj w indywidualnej jednostce chorobowej. Cały okres leczenia jest długi, trudny i kosztowny. Niestety nie zawsze kończy się powodzeniem. Aby osiągnąć sukces należy dokładnie oczyścić, czyli usunąć tkankę martwiczą i zmniejszyć ilość bakterii w ranie. Wszystko to ma na celu zapobieganie szerzeniu się zakażenia i umożliwienie aktywnego procesu gojenia się rany.

Jedną z metod oczyszczania ran jest biochirurgia, czyli usuwanie tkanek martwiczych za pomocą larw much [larwoterapia]. Metoda leczenia ran z użyciem larw znana jest od starożytności, bowiem stosowana była już przez Majów. Miała ona również swój użytek w czasie wojny secesyjnej w Ameryce a zapiski pochodzące z I Wojny Światowej potwierdzają stosowanie larwoterapii także w tym okresie. Została ona wyparta przez odkrycie i spopularyzowanie antybiotyków. Późniejsze lata świetności larwoterapii nastąpiły w latach 80-tych. Związane było to ze wzrastającą odpornością bakterii na

antybiotyki. W ciągu ostatnich 10 lat można zaobserwować swoisty renesans biochirurgii. Obecnie leczenie metodą larwoterapii uważane jest za standardowe a larwy much są umieszczane w oficjalnych spisach leków. Proces oczyszczania ran własnoręcznie przez chirurga w przeciwieństwie do metody larw nie zawsze jest tak precyzyjny w usuwaniu tkanki – w większości przypadków podczas wycinania martwej tkanki usuwana jest również jej żywa część. Z kolei sama rana może bardziej boleć, krwawić oraz posiada większe ryzyko zakażenia co automatycznie wydłuża pobyt osoby w placówce medycznej.

Jak działa larwoterapia

Postuluje się różne mechanizmy działania larw much na rany. Niewątpliwie larwy rozpuszczają martwą tkankę za pomocą wydzielonych na zewnątrz enzymów. Rozpuszczona martwica służy larwom za pokarm i w ten sposób jest usuwana znacznie precyzyjnie niż może to wykonać chirurg. Poza tym larwy much na kilka sposobów usuwają bakterie z rany – poprzez mechaniczne wypłukiwanie na skutek zwiększonej produkcji płynu wysiękowego w ranie, a przede wszystkim poprzez aktywne zjadanie bakterii, które następnie giną w przewodzie pokarmowym larw. Ponadto wydzieliny larw zawierają substancje o działaniu antybakteryjnym oraz stymulującym. Środowisko rany pod wpływem wydzielin larw zmienia się z kwaśnego na zasadowe, co również pomaga w gojeniu. Także mechaniczne drażnienie powierzchni rany przez przemieszczające się larwy może pobudzać tworzenie się ziarniny. Pacjent opisuje ruch larw jako „tykanie mechanicznego zegara”. Efekt oczyszczania rany z martwicy możemy uzyskać już po 48 godzinach.

Jakie larwy stosujemy w larwoterapii.

Nie wszystkie larwy much nadają się do leczenia. Larw niektórych gatunków (np. z rodziny Sarcophagidae lub Co-rechliomyia hominivorax) niszczy zdrowe i żywe tkanki, co w efekcie może skutkować śmiercią pacjenta, dlatego ich stosowanie jest zabronione. Do oczyszczenia ran używamy tylko larwy, które żywią się tylko martwymi tkankami czyli *Lucilia Sericata* i *Phormia Regina*. Ze względu na ich specyficzną biologię w medycynie używa się larw muchy z gatunku *Lucilia Sericata* (muchy zielona plujka, ang. Greenbotte)

Mechanizm działania larwoterapii.

W środowisku naturalnym muchy składają jaja na padlinie i ropięjących ranach. Larwy wylęgają się z jaj po około dobie, żerują około 5 dni w czasie których ich waga wzrasta stukrotnie, po czym przepoczwarczają się w dorosłe osobniki. Młode *Lucilia Sericata* wielkością przypomina ziarenka ryżu. Podczas odżywiania się wydzielają na zewnątrz enzymy proteolityczne, m.in. kolagenazę, a następnie wchłaniają strawiony płynny pokarm. W związku z przedstawionym mechanizmem żerowania w przypadku medycznego zastosowania larwy należy zabezpieczyć otaczającą ranę skóry (np. opatrunkiem hydrokoloidowym lub pastą cynkową), aby nie doszło do jej uszkodzenia przez enzymy trawienne larw. Zjawisko trawienia zewnętrznego wykorzystuje się w tzw. „bio-torebkach”

- opakowaniach podobnych do torebek herbaty ekspresowej, zawierających żywe larwy. W takiej formie są one chętnie stosowane przez personel medyczny. Obecnie w ochronie zdrowia stosuje się wyłącznie larwy pochodzące ze specjalnych hodowli przez co można uniknąć zainfekowania ran. Po wykluciu się z jaj larwy bez jedzenia mogą być przechowywane w lodówce lub chłodnym pomieszczeniu do 3 dni.

W czasie tym są one dostarczane do chorego. W ranie larwy pozostają i żerują do 4 dni. Jeśli usunęły one martwą tkankę wcześniej – można je usunąć za pomocą soli fizjologicznej.

Stosowane są dwa rodzaje opatrunków.

-**otwarty**- wolne sterylne larwy umieszczone są bezpośrednio na ranie pod hydrokoloidowym opatrunkiem, siateczką i pla-strem.

-**zamknięty**- typu BIO-PACK- sterylne larwy umieszczone są w małej torebce z miękkiej siateczki-przepuszczalnej membrany z umi, którą przykładą się do rany.

Opatrunki zewnętrzne są bardziej preferowane ze względu na bardziej przystępny wygląd dla pacjenta.

Jak przygotować ranę.

Początkowo wartością bezpieczną było maksymalnie 10 larw/cm³. Jednakże nie zostało to odpowiednio potwierdzone i maksymalne zagęszczenie larw nie ma większego znaczenia odnośnie bezpieczeństwa pacjenta. Podkreśla się natomiast, że larwy jako zwierzęta stadne wykazują wzmożoną aktywność w warunkach konkurencji. Kilka dni przed rozpoczęciem larwoterapii rana nie wymaga szczególnego przygotowania, wyjątek stanowią żele, które wcześniej należy usunąć z martwego miejsca za pomocą przemywania jej solą fizjologiczną lub mydłem. Larwy dostarczane są w ampulkach po 100-500 sztuk. Wypłukuje się je niewielką ilością soli fizjologicznej na gazik, który przykładą się do rany pokrytej nylonową siatką, przyklejoną do odpowiednio wyciętego opatrunku hydrokoloidowego lub innego - samoprzylepnego uniemożliwiającego wydostanie się larw na zewnątrz. Następnie nakłada się pojedynczy opatrunek lub opatrunek gazowy wilgotny, przykrywany opatrunkiem suchym. Opatrunki gazowe pokrywające siatką zmienia się zależnie od nasiąkania wydzieliną jednorazowo lub kilkakrotnie w ciągu dnia. Dużo łatwiejszym sposobem jest położenie na ranie woreczków zawierających larwy. Wówczas ucieczka larw z rany jest niemalże niemożliwa a gojenie – szybsze i łatwiejsze. Woreczki zawierające larwy i drobne ścinki gąbki ułatwiają wchłanianie wydzieliny. Pokrywa się go wilgotnym opatrunkiem nasączonym solą fizjologiczną i pojedynczym opatrunkiem gazowym suchym. Woreczki dobiera się ze względu na rozległość rany i tkanki martwej. Układa się je na powierzchni rany przykrywając ją następnie zwykłym opatrunkiem gazowym, którego spodnią najbliższą ranie warstwę zwilża się solą fizjologiczną. W celu ochrony brzozi rany smaruje się pastą cynkową.

Ówczasie można zaobserwować powrót do leczenia larwami, który wynika z nieskuteczności dotychczasowych metod oraz ze zmniejszoną gwałtownie wrażliwością drobnoustrojów na antybiotyki. Stosując terapię larwami możemy uzyskać 90% sukcesu terapeutycznego.

Larwy *Lucilia sericata* hodowane są na dużą skalę na terenie USA i Wielkiej Brytanii, w specjalistycznych laboratoriach, w idealnie sterylnych warunkach. Koszt sprowadzenia z za granicy partii larw wynosi około półtora tysiąca złotych. Przewożone są one w specjalnych opakowaniach przez kuriera. W Polsce leczenie larwami niestety nie jest finansowane przez NFZ. Jednakże nasze państwo posiada własną hodowlę larw muchy *Lucilia sericata* przeznaczonych do leczenia trudno gojących się ran. Laboratorium zajmujące się hodowlą znajduje się w Kędzierzynie-Koźlu. W naszym kraju niestety jedynie kilka ośrodków prowadzi leczenie ran przewlekłych tą metodą. Zastosowanie metody larw wymaga spełnienia przez osobę chorą odpowiednich kryteriów.

Karina Kubicka

Bibliografia u autora

Teoria pielęgnowania Nancy Roper

PODSTAWOWE DEFINICJE

Teoria w znaczeniu naukowym to grupa twierdzeń o wzajemnych relacjach pewnych pojęć.

Twierdzenia te formułowane są na podstawie dużej liczby obserwacji czy też zjawisk. Wyróżniamy (Widomska-Czekajka, Górączyk-Jóźwik, 1996):

- teorie pielęgniarstwa, dzięki którym konkretny proces pielęgnowania staje się ściśle powiązany z nauką,
- teorie w pielęgniarstwie przyczyniające się do wyjaśnienia istotnych dla pielęgniarstwa prawd (np. motyw wyboru zawodu, motyw odchodzenia od zawodu),
- teorie dla pielęgniarstwa, bezpośrednio związane z pielęgnowaniem ludzi, które mogą wywierać wpływ na jakość opieki pielęgniarstwa.

Teoria pielęgnowania (ang. nursing theory) to usystematyzowane uogólnienia wyjaśniające fakty i zjawiska istotne dla pielęgniarstwa, niezbędne do oparcia praktyki zawodowej na zweryfikowanej wiedzy.

Model pielęgnowania (ang. nursing model) to najczęściej graficzne lub symboliczne przedstawienie zjawiska (zjawisk), przy minimalnym użyciu słów (Widomska-Czekajka, Górączyk-Jóźwik, 1996).

Proces pielęgnowania (ang. nursing process) to opieka pielęgniarstwa, podczas której świadomie wykorzystuje się rozpoznanie stanu biopsychospołecznego, kulturowego i duchowego podmiotu opieki oraz podejmuje się celowe i planowane działania zmierzające do utrzymania lub zmiany jego dotychczasowego stanu zdrowia, a także ocenia się uzyskane wyniki, odnosząc je do założonych celów opieki.

Każdy z nas ma wiele potrzeb, których może sobie nie uświadamiać, a których zaspokojenie jest bardzo ważne dla jego życia czy zdrowia. Bardzo trafnie hierarchię potrzeb określił A. Maslow. Według niego potrzeby wyższego rzędu dochodzą do głosu dopiero po zaspokojeniu potrzeb niższego rzędu.

Piramida potrzeb A. Maslowa



Potrzeby:

- **samorealizacji** – potrzeby samorealizacji – wyrażają się w dążeniu człowieka do rozwoju swoich możliwości,
- **estetyczne** (potrzeba harmonii i piękna)
- **poznawcze** (potrzeby wiedzy, rozumienia, nowości)
- **szacunku i uznania** – potrzeby uznania i prestiżu we własnych oczach i w oczach innych ludzi;
 - pragnienie potęgi, wyczynu i wolności,
 - potrzeba respektu i uznania ze strony innych ludzi, dobrego statusu społecznego, sławy, dominacji, zwracania na siebie uwagi.

- **przynależności** – występują w usiłowaniu przetrwania, osamotnienia, alienacji i obcości, tendencji do nawiązywania bliskich intymnych stosunków, uczestnictwa w życiu grupy,
- **bezpieczeństwa** – pobudzają do działania, zapewniając nienaruszalność, ujawniają się gdy dotychczasowe nawyki okazują się mało przydatne,
- **fizjologiczne** – gdy nie są zaspokojone, dominują nad wszystkimi innymi potrzebami, wypierają je na dalszy plan i decydują o przebiegu zachowania człowieka.

Piramida potrzeb nie tłumaczy jednakże wszystkich zachowań ludzkich. Pozornie według niej człowiek podejmuje działania z gatunku potrzeb wyższego rzędu, dopiero po zaspokojeniu potrzeb niższego stopnia, np. człowiek głodny nie będzie zajmować się kulturą. Od tej reguły zdarzają się istotne wyjątki. Sprzeczne bowiem z hierarchią potrzeb było zjawisko, np. teatru polskiego w czasie okupacji niemieckiej przy niezaspokojonej potrzebie bezpieczeństwa. Dlatego też na stosunek jednostki wobec swoich potrzeb wpływają jeszcze czynniki genetyczne, środowiskowe oraz aktywność własna jednostki lub też behawioralny system bodźców i reakcji.

Klasyfikacja teorii pielęgniarstwa:

I. Zasięg zastosowania teorii w praktyce pielęgniarstwa:

- teorie szerokiego zasięgu
- teorie średniego zasięgu
- teorie lokalne

II. Poziom strukturalizowania teorii:

- filozofie
- modele koncepcyjne
- teorie

III. Geneza wiodących treści teorii:

- środowisko
- potrzeby
- systemy
- interakcje międzyludzkie

Rok	Środowisko	Potrzeby	Systemy	Współdziałanie
1860	Nightingale			
1952				Peplau
1955		Henderson		
1960		Abdellah		
1961		Orlando		Leininger
1962				Hall
1964		Wiedenbach		
1966				Levine
1968			Johnson	
1970			Rogers	
1971		Orem	King	Travelbe
1972			Neuman	
1976			Roy	
1977		Kinlein		
1979				Watson
1980		Roper		

Teorie pielęgniarstwa:

- Określają czym jest pielęgniarstwo, kim jest pielęgniarz oraz jaką pełni rolę;
- Wskazują podstawy filozoficzne w pielęgniarstwie;
- Określają w jaki sposób pomagać pacjentom i jak optymalnie sprawować nad nimi opiekę;
- Wskazują kim są odbiorcy świadczeń pielęgniarstwa;
- Przedstawiają podmiot opieki nie tylko z biologicznego punktu widzenia;
- Wskazują, że jest on kimś więcej niż tylko sumą części: biologicznej, psychologicznej, społecznej i kulturowej.

Egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa psychiatrycznego”

Warszawa 22 września 2014 roku.



Egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego
„Pielęgniarstwo geriatryczne”
Częstochowa 30 września 2014 roku.



Egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie
„Pielęgniarstwa neonatologicznego”

Warszawa 3 października 2014 roku.



VI Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej „Uratować znaczy żyć” mistrzostwa dzieci i dorosłych 23 września 2014 roku.



Postrzegają pacjenta holistycznie;

- Uczą, że odbiorca usług pielęgniarских reaguje na każde zdarzenie w sposób holistyczny;
- Twierdzą, że działania pielęgniarские są tylko wtedy istotne i skuteczne, gdy pacjent jest traktowany całościowo i wszechstronnie;
- Wskazują, że pacjent ma potrzeby, a celem pielęgnowania jest ich zaspokojenie.



Model Nancy Roper

Urodziła się w Wetheral
w Anglii 29 września 1918r;
Zmarła 5.10.2004 r
w Edynburgu.

Model został opracowany
w 1980r. Pochodzi od autorów
- Nancy Roper, Winifred W.
Logan i Alison J. Tierney.

Został oparty na koncepcji
pielęgnowania Virginii Hen-
derson oraz hierarchii potrzeb
Abrahama Maslova.

Autorki nawiązują do definicji pielęgnowania opracowanej
przez V. Henderson i przyjętą w 1966r przez ICN. Model oparty
jest na czynnościach dnia codziennego (ADLS), które wyewoluowały z pracy Virginia Henderson.

Model Nancy Roper:

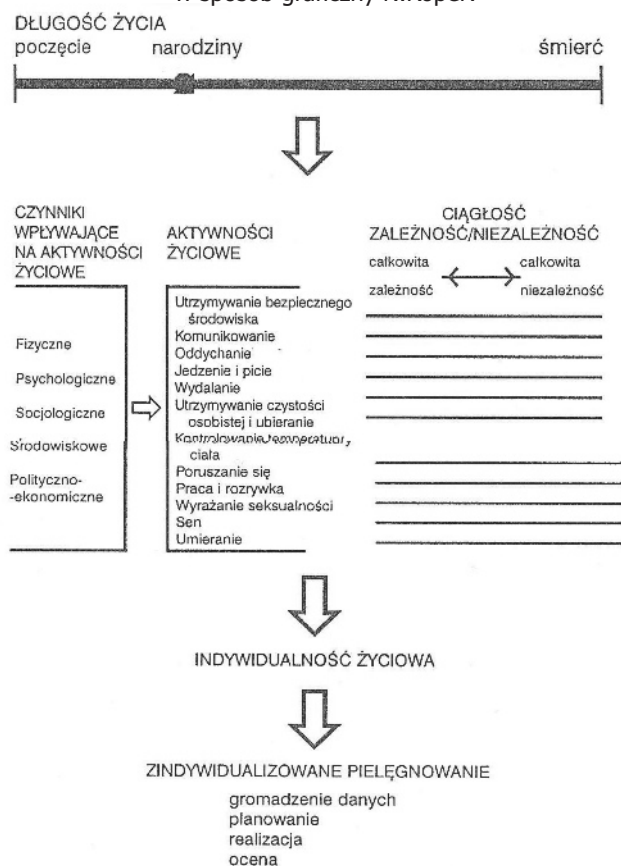
- skoncentrowany na aktywnościach życiowych, podejmowanych przez pacjenta oraz wspólne rozpoznanie z pacjentem aktualnych i potencjalnych problemów
- najważniejsze w tym modelu to zebranie informacji, następnie wspólnie z pacjentem do konanie weryfikacji informacji, ważne jest komunikowanie się z pacjentem
- zastosowanie w opiece nad pacjentami psychicznie chorymi, w mniejszym zakresie w schorzeniach somatycznych oraz w otwartej opiece zdrowotnej
- charakterystyczne elementy:
 - aktywności życiowe (podejmowane indywidualnie przez człowieka)
 - utrzymanie bezpiecznego środowiska (fizyczne i psychiczne)
 - komunikowanie się (werbalne i pozawerbalne)
 - oddychanie
 - jedzenie i picie
 - wydalanie
 - utrzymywanie czystości osobistej i ubrania
 - kontrolowanie temp. ciała
 - poruszanie się
 - praca i rozrywka (czynniki rozwoju człowieka)
 - wyrażanie seksualności (zależne od wieku, silne związane z osobowością)
 - sen
 - umieranie (jako proces)
 - długość życia (podążanie do śmierci)
 - ciągłość, na którą składają się zależności i niezależności (powiązane z długością życia) czynniki wpływające na aktywności życiowe – występują we wzajemnych relacjach:
 - fizyczne
 - psychologiczne
 - socjologiczne
 - środowiskowe
 - polityczno – ekonomiczne

- indywidualność życiowa – swojego rodzaju produkt wpływający na aktywności życiowe; może wyrażać się w tym, jak osoba wykonuje poszczególne aktywności życiowe, jak często i gdzie, kiedy i dlaczego w taki sposób te aktywności podejmuje, co o nich wie, które z tych aktywności stanowią dla niej wartość i co przeżywa wykonując je i jaką przyjmuje postawę w stosunku do nich
- zindywidualizowane pielęgnowanie – w jakiej relacji jest model w stosunku do zindywidualizowanego pielęgnowania; model ten powinien determinować fazy indywidualnego pielęgnowania by zapobiec rutynie, by brać zawsze pod uwagę indywidualność pacjenta i jego możliwości podejmowania aktywności życiowych

Nancy Roper była zwolenniczką aktywnego włączania pacjenta w proces pielęgnowania → przed realizacją poszczególnych faz pielęgnowania, pielęgniarka powinna uzyskać odpowiedź na pytania:

- gdzie pacjent znajduje się na linii zależność – niezależność w okresie poszczególnych aktywności życiowych?
- dlaczego jest w tym punkcie, czym to jest spowodowane?
- gdzie powinien być?
- czy trzeba pomóc pacjentowi zaakceptować przesunięcie w kierunku niezależności?
- w jaki sposób może zostać oceniona lub zmierzona?

Model aktywności życiowych przedstawiony w sposób graficzny N.Roper:



Źródło: Wilczek-Rużyczka E. Założenia modelu Nancy Roper.
Pielęgniarstwo 2000 1998; 3/4

Katarzyna Turek
Literatura u autora

Postępowanie pielęgniarские wobec pacjenta z urazem wielonarządowym.

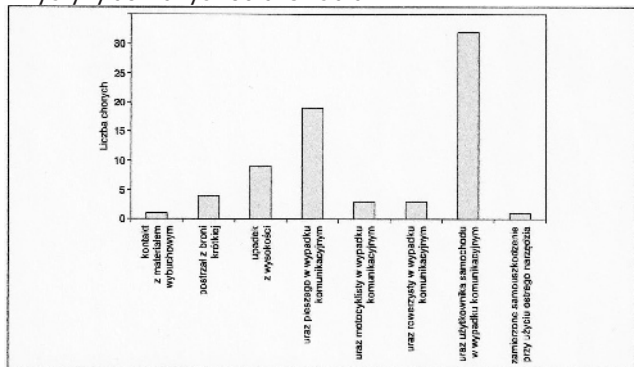
Uraz wielonarządowy (mnogie obrażenia ciała) - to jednocześnie uszkodzenie co najmniej dwóch okolic ciała, z których każde wymaga leczenia szpitalnego i może zagrażać życiu. To urazy kilku narządów, zarówno jednej, jak i kilku okolic anatomicznych.

Urazy wielonarządowe związane są z długotrwałym i kosztownym leczeniem, a także z dużymi nakładami finansowymi wydatkowanymi na rehabilitację, renty, zasiłki i odszkodowania.

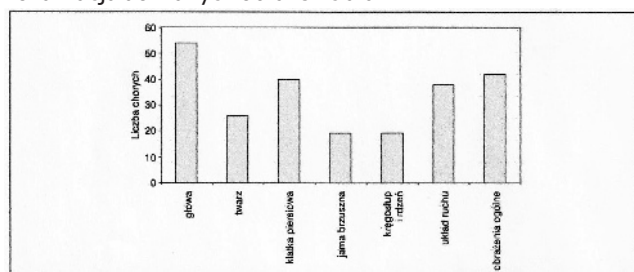
Leczenie tej grupy chorych stanowi poważny problem kliniczny. Wyniki leczenia zależą w dużej mierze od prawidłowego postępowania przedszpitalnego, w których główny nacisk należy położyć na agresywne leczenie stanów zagrażających życiu oraz zabezpieczenie czynności ważnych dla życia układów tj. układu oddechowego i układu krążenia, oraz szybki transport do szpitala. Pacjenci z urazem wielonarządowym wymagają leczenia specjalistycznego. Leczenie powinno odbywać się w odpowiednio wyposażonych, dysponujących doświadczoną kadrą lekarską i pielęgniarską Oddziałach Intensywnej Terapii. Placówki prowadzące leczenie tych chorych muszą mieć dostęp do nowoczesnych badań diagnostycznych, zarówno laboratoryjnych, jak i obrazowych. Postępując w ten sposób można mieć nadzieję na znaczne zmniejszenie śmiertelności chorych w następstwie urazu wielonarządowego.

W 60 – 70 % przypadków urazu wielonarządowego powstają w następstwie wypadków komunikacyjnych i dotyczą 10 – 20% pacjentów hospitalizowanych z powodu urazu.

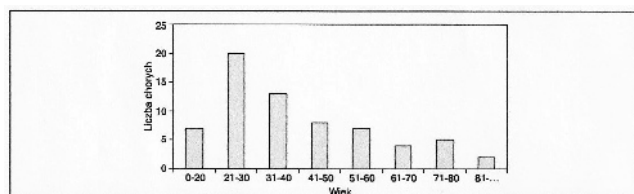
Przyczyny doznanych obrażeń ciała:



Lokalizacja doznanych obrażeń ciała:



Struktura wieku chorych po urazach wielonarządowych:



Chorzy z obrażeniami mnogimi odznaczają się niestabilnością i niewydolnością podstawowych funkcji życiowych. Około 60% chorych z obrażeniami mnogimi jest przyjmowanych do szpitala w stanie zagrożenia życia spowodowanym:

- wstrząsem hipowolemicznym,
- niewydolnością oddechową,
- uszkodzeniami w obrębie OUN,
- lub kombinacją tych czynników.

Zespół niewydolności wielonarządowej charakteryzuje się jednoczesnym wystąpieniem objawów niewydolności metabolicznej i funkcjonalnej istotnych dla życia układów i narządów: płuc, nerek, wątroby i przewodu pokarmowego. Pojawia się w trakcie leczenia ciężkich obrażeń mnogich, między 3 a 10 dniem leczenia. Prawdopodobną przyczyną jest uogólnione zakażenie (sepsa) oraz załamanie się mechanizmów obronnych organizmu.

Najczęściej stan bezpośredniego zagrożenia życia jest spowodowany ostrą niedomogą oddechową – krążeniową (przy obrażeniach dotyczących klatki piersiowej i OUN). Obrażenia brzucha i narządów ruchu prowadzą częściej do stanu zagrożenia życia w mechanizmie wstrząsu hipowolemicznego.

Postępowanie przedszpitalne w przypadku obrażeń ciała:

Szanse na przeżycie i powrót do zdrowia chorego z obrażeniami ciała zależą nie tylko od ciężkości i rozległości tych obrażeń, ale także od:

- czasu, jaki upłynął od wypadku do udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej
- czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego
- wykonania przez ten zespół wszystkich czynności, których wymaga stan poszkodowanego z uwagi na rodzaj odniesionych przez niego obrażeń (zarówno na miejscu wypadku jak i podczas transportu)
- czasu dotarcia do szpitala
- rodzaju szpitala (stopnia referencyjności), do którego poszkodowany zostanie przyjęty

Stan ostrego zagrożenia życia u poszkodowanych z urazem wielonarządowym może wystąpić już na miejscu zdarzenia, dlatego też leczenie należy rozpocząć na miejscu wypadku, na drugim miejscu stawiając szybkość transportu do szpitala.

Złota godzina

Czas upływający od chwili urazu do podjęcia skutecznych działań chirurgicznych mających na celu likwidację skutków pierwotnych urazu oraz zapobiegających obrażeniom wtórnym nazwano „złotą godziną”.

Złota godzina rozpoczyna się w momencie powstania urazu, a nie dojazdu kwalifikowanej pomocy medycznej na miejsce zdarzenia.

W okresie złotej godziny należy opanować najgroźniejsze stany zagrożenia życia:

- ostrą niewydolność oddechową
- niewydolność krążenia w postaci wstrząsu hipowolemicznego z powodu krwotoku

Do przeszłości na szczęście należy już pogląd, zgodnie z którym każde dodatkowe działanie na miejscu wypadku jest stratą czasu (reguła scoop and run – bierz i pędź), a rola pogotowia sprowadza się jedynie do środka jak najszybszego transportu ofiary zdarzenia do najbliższego szpitala.

Ogromna większość autorytetów w zakresie chirurgii urazowej jest zgodna co do tego, że ofiary wypadków należy leczyć

według innej, dziś w całym świecie powszechnie przyjętej reguły stay and play – zostać i działać. Od tej zasady mogą istnieć jedynie nieliczne odstępstwa, jak w przypadku ran drażących klatki piersiowej u chorych w sytuacji tak zwanego niekontrolowanego wstrząsu czy też zdarzeń, do których doszło w niewielkiej odległości od szpitala (przeliczonej na maksymalnie 2–3 minut jazdy karetką pogotowia).

W każdym razie musi obowiązywać zasada, że poszkodowany nie może być przewożony do szpitala bez dokonania oceny jego stanu i prawidłowego zaopatrzenia.

Zgodnie z powszechnie znanym i akceptowanym schematem ABC... badanie kliniczne ofiary wypadku ma na celu rozpoznanie stanów bezpośredniego zagrożenia życia (zatrzymanie krążenia, niedrożność górnych dróg oddechowych, krwotok zewnętrzny) oraz ocenę funkcjonowania trzech podstawowych dla życia układów: oddechowego (A, B), krążenia (C) i nerwowego (D), przy czym opiera się na badaniu wstępnym (E) i powtórny. Kończącą fazą postępowania ratowniczego na miejscu wypadku stanowi zaopatrzenie obrażeń powłok i złamań (F).

Działania ratownicze – niezależnie od umiejscowienia i rozległości obrażeń odniesionych przez poszkodowanego – mają więc na celu przywrócenie lub utrzymanie funkcji życiowych i zabezpieczenie chorego przed dalszymi uszkodzeniami w czasie transportu. Taki schemat postępowania jest narzędziem dla lekarzy udzielających pomocy medycznej, którzy dzięki jego znajomości mogą kompleksowo zaopatrzyć chorego, unikając błędów, zaniechań i przeoczeń, i – o ile to tylko możliwe – dowieźć go bezpiecznie do szpitala z szansą na dalsze życie.

Zasady postępowania na miejscu wypadku

Zasada **stay and play** (zostań i działaj) – wg zasad ATLS (advanced trauma life support):

airway- drogi oddechowe

breathing- wentylacja

circulation- krążenie

disability- ocena stanu świadomości

exposure- badanie chorego, zaopatrzyć rany

fractures- unieruchomić złamania

w trakcie transportu:

M. monitoring (ciśnienie, tętno, EKG, pulsoksymetria)

N. nursing (ułożenie, zabezpieczenie przed utratą ciepła, pobranie grupy krwi)

O. oxygenation (tlenoterapia, respiratoroterapia)

P.R. pain relief (zniesienie bólu)

S. sedation (uspokojenie pacjenta)

T. transportation (jaki środek transportu, przewóz na sygnale czy bez)

Przygotowanie do transportu chorego z urazem wielonarządowym obejmuje ocenę wydolności podstawowych funkcji

życiowych i ich wyrównanie w zakresie możliwym w danych warunkach:

- zatamowanie krwotoku zewnętrznego
- ocena podstawowych czynności życiowych
- ocena stanu świadomości poszkodowanego
- udrożnienie dróg oddechowych
- zastosowanie tlenoterapii
- zapewnienie dostępu do żyły
- prowadzenie oddechu zastępczego workiem Ambu, gdy rozpoznano niewydolność oddechową
- wdrożenie postępowania resuscytacyjnego po rozpoznaniu nżk,
- przetaczanie dożylnych płynów
- farmakoterapia – podawanie środków przeciwbólowych, uspokajających, presyjnych
- przeprowadzenie dokładnego badania poszkodowanego
- zaopatrzenie obrażeń tkanek miękkich i unieruchomienie obrażeń narządu ruchu
- przeniesienie na nosze przy udziale kilku osób i ułożenie w odpowiedniej pozycji, zależnej od stanu chorego i rodzaju urazu.

Po przywiezieniu chorego do szpitala należy sprawdzić już wdrożone czynności lecznicze oraz pilnie rozważyć, czy chory nie wymaga natychmiastowego wykonania operacji ratujących życie (laparotomia, torakotomia, trepanacja czaszki, nakłucie klatki piersiowej, itp.). Jeśli tak, chorego należy natychmiast przekazać na blok operacyjny po niezbędnym przygotowaniu.

W pozostałych przypadkach należy:

- nadzorować prawidłową wentylację
- zapewnić duże i drożne wkłucie dożylnie
- pobrać krew do badań laboratoryjnych
- wprowadzić cewnik do pęcherza moczowego
- przeprowadzić diagnostykę radiologiczną (rtg czaszki, kręgosłupa, miednicy, kończyn, tomografię komputerową głowy, brzucha, badania USG brzucha, itp.)
- zapewnić choremu leczenie w OIOM przez zespół anestezjologiczno – chirurgiczny.

Śmiertelność w obrażeniach wielonarządowych

Połowa ofiar z obrażeniami wielonarządowymi umiera w ciągu kilku minut na miejscu wypadku (okres przedszpitalny).

Spółród tych, którzy docierają do szpitala, ok. 2/3 znajduje się w stanie zagrożenia życia z powodu wstrząsu krwotocznego, ostrej niewydolności oddechowej, obrażeń OUN lub kombinacji zaburzeń tych trzech układów.

Urazy stanowią pierwszą przyczynę zgonów w wieku do 44 roku życia.

Postępowanie pielęgnacyjne

to intensywny nadzór umożliwiający szybkie rozpoznanie rozpoczynających się zaburzeń i przywrócenie stanu równowagi funkcji organizmu.

Czynności leczniczo - pielęgnacyjne są wykonywane zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami medycznymi.

W związku z ryzykiem wzrostu ciśnienia śródczaszkowego i ucisku mózgu do zadań pielęgniarki należy:

- Prowadzenie monitoringu przyrządowego i bezprzyrządowego:

- okresowa kontrola i ocena stanu świadomości pacjenta – skala Glasgow
 - pomiar ciśnienia śródczaszkowego u chorego, który doznał obrażenia czaszkowo-mózgowego należy wykonywać ciągły pomiar ICP za pomocą czujnika nad- lub podoponowego
 - monitorowanie czynności mózgu (EEG)
 - kontrolowanie występowania objawów oponowych
 - ocena stanu źrenic, ich reakcji na światło oraz ustawienia gałek ocznych, badanie odruchów neurologicznych (nie-dowłady lub porażenia kończyn), kontrola i obserwacja czynności zwieraczy
 - kontrola parametrów krążeniowych (RR i tętno), pozwala na zaobserwowanie zmian częstości i rytmu serca oraz wzrostu RR, które pośrednio świadczą o wzroście ICP i narastaniu obrzęku mózgu, mogącego doprowadzić do wklínowania
 - kontrola parametrów oddechowych
 - założenie kaniuli dożylniej (obwodowej i centralnej) w celu prowadzenia płynoterapii zgodnie ze zleceniami lekarskimi
 - prowadzenie bilansu płynów – założenie cewnika Foleya do pęcherz moczowego, ocena diurezy
 - pomiar temperatury za pomocą czujnika
- Ułożenie pacjenta z głową uniesioną pod kątem 30 stopni w stosunku do osi tułowia, w celu zapobiegania obrzękowi mózgu
- Zastosowanie chłodnych okładów okolic czołowych
 - Zastosowanie hiperwentylacji na 24-48 h w celu zmniejszenia ciśnienia śródczaszkowego
 - Dokładna obserwacja chorego, delikatne wykonywanie wszystkich czynności przy nim aby nie wywołać drgawek i wzrostu ICP
 - Prowadzenie farmakoterapii – na zlecenie lekarza
 - Prowadzenie stałej obserwacji pod kątem nudności, wymiotów i bólów głowy
 - Zapewnienie prawidłowej pielęgnacji skóry, błon śluzowych i narządu ruchu
 - Przygotowanie pacjenta do wykonania badań diagnostycznych- TK, RM, RTG
 - Prowadzenie bieżącej dokumentacji medycznej
 - Zapewnienie ciszy i spokoju
 - Oddziaływanie psychoterapeutyczne na pacjenta i jego rodzinę

W związku z ryzykiem wystąpienia hipoksji do zadań pielęgniarki należy:

- Prowadzenie monitoringu przyrządowego i bezprzyrządowego:
- ocena perfuzji przez obserwację koloru skóry, temperatur i powrotu napływu włosniczki (bładość skóry może wskazywać na istotną utratę krwi, kolor bladoszary na wstrząs, sinica na niedotlenienie)
- kontrolowanie częstości, miarowości, objętości i charakteru oddechów
- kontrolowanie występowania duszności (zapobieganie niedrożności dróg oddechowych i niewydolności oddechowej)
- ciągłe monitorowanie EKG i RR
- pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego (OCŻ)
- ciągłe kontrolowanie saturacji krwi – pulsoksymetr – oraz stężenia CO₂ w powietrzu wydechowym – kapnograf
- wykonywanie badania gazometrycznego krwi
- założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego

- założenie stałego dostępu dożylnego (obwodowego i centralnego) w celu prowadzenia płynoterapii
- kontrolowanie temperatury ciała, głębokiej i powierzchniowej
- pobieranie krwi na badania
- Udrożnienie dróg oddechowych (metody przyrządowe) i zastosowanie tlenoterapii
- Zapobieganie niewydolności oddechowej przez intubację lub tracheotomię, gdy niemożliwe jest wprowadzenie rurki dotchawiczej wykonanie konikotomii
- Asystowanie w przypadku wystąpienia odmy prężnej a w przypadku odmy otwartej konieczne jest założenie szczelnego opatrunku
- W celu zapobiegania zapaleniu płuc związanego ze sztuczną wentylacją jak najszybsze wprowadzenie fizykoterapii i odłączenie pacjenta od respiratora
- Stosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza w celu zwalczania bólu

W związku z wystąpieniem niebezpieczeństwa rozwoju zapalenia otrzewnej w wyniku uszkodzenia narządów wewnętrznych jamy brzusznej do zadań pielęgniarki należy:

- Prowadzenie monitoringu przyrządowego i bezprzyrządowego w zakresie podstawowych układów: krążenia, oddechowego i nerwowego
- Prowadzenie stałej obserwacji pacjenta pod kątem występowania wzmożonej obrony mięśniowej i napięcia powłok brzusznych (uszkodzenie narządów jamy brzusznej) oraz cech podrażnienia jamy otrzewnej w wyniku pęknięcia narządów wewnętrznych
- Dokładne sprawdzenie obecności ran, krwotoków i krwiaków podskórnych na tułowie pacjenta
- Założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego w celu kontroli diurezy godzinowej, pobierania moczu do badań (analiza ogólna, stężenie leków, środków chemicznych oraz obecność krwi), prowadzenia bilansu płynów; ciężki stan pacjentów, odniesione obrażenia jamy brzusznej i miednicy mogą wymagać założenia cewnika do pęcherza moczowego przez nakłucie nadłonowe
- Założenie stałego dostępu dożylnego (obwodowego i centralnego) w celu prowadzenia płynoterapii
- Przygotowanie i założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego, który pozwala na:
- opróżnianie żołądka z zalegającej treści pokarmowej
- rozpoznanie uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego
- prowadzenie prawidłowego odżywiania pacjenta; działania te mają szczególne znaczenie w przypadkach urazów jamy brzusznej i urazach rdzenia kręgowego, gdy istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia porażennej niedrożności jelit
- Zaopatrzenie wszystkich otwartych ran z zachowaniem zasady aseptyki; rany należy opracować chirurgicznie w ciągu 6h od urazu oraz zastosować profilaktykę przeciwtęczową i antybiotykową.
- Ułożenie pacjenta i pielęgnacja dostosowana do stanu zdrowia.
- Przygotowanie i transport pacjenta do pracowni badań diagnostycznych.

Lizura Elżbieta

Literatura u autora

Wybrane problemy osób opiekujących się pacjentami geriatrycznymi z zespołami otępiennymi przebywającymi w środowisku domowym

Zaburzenia zachowania w zespołach otępiennych.

Prawdopodobnie najbardziej obciążające dla opiekunów osób z zespołami otępiennymi są zaburzenia zachowania ich podopiecznych. Zespół otępienny jest spowodowany chorobą mózgu, który odpowiada za nasze myśli, zachowanie, uczenie się itp. Dlatego osoba z chorobą mózgu może sprawiać trudności w życiu codziennym. Mózg jest to organ skomplikowany i nie do końca poznany. W większości zespołów otępiennych proces chorobowy postępuje stopniowo, często nie od razu rozpoznajemy symptomy choroby. Czasem zmianę zachowania naszych bliskich odczuwamy jako jego złośliwość i świadome działanie. W początkowym etapie otępienia występuje **utrata zdolności uczenia się nowych rzeczy**, przy czym osobowość nie jest jeszcze zmieniona. Chory może wtedy ukryć przed bliskimi, że jego pamięć jest zaburzona. Jednym z głównych problemów chorego są **zaburzenia pamięci**. Chorzy często pamiętają co działo się wiele lat temu, a nie pamiętają co robili lub mówili wczoraj lub przed chwilą. Kładą różne przedmioty w nietypowych miejscach i zapominają o nich. Zapominają nazwiska swoich znajomych, zapominają jaka jest pora roku, data nie pamiętają gdzie się znajdują.

W miarę postępu choroby pacjent traci umiejętność liczenia i pisanie, w czasie czytania nie będzie rozumiał co przeczytał. Zapominają jak poruszać się w swoim otoczeniu. Dla opiekunów bardzo przykra jest sytuacja, kiedy rodzic nie rozpoznaje swoich dzieci.

Osoby z zespołem otępiennym łatwo jest wyprowadzić z równowagi. Na nieznane sytuacje, osoby których nie pamiętają, nie możliwość zrozumienia pytania **reagują przesadnie i gwałtownie**. Opiekunowi może się wydawać, że reakcja podopiecznego jest nieadekwatna do sytuacji w jakiej się znalazł. Zdrowy człowiek może gwałtownie reagować w sytuacjach trudnych, którym nie może podołać, chory z zespołem otępiennym może tak reagować na łatwe, codzienne doświadczenia tj. umycie się, rozebranie lub zapinanie guzików. Zapominanie i gwałtowne reakcje często są pierwszymi objawami dostrzeganymi przez opiekunów. Rodzina zauważa, że z ich bliskim dzieje się coś złego. Zachowania gwałtowne mogą objawiać się uporem, złośliwością, ale mogą też u chorego wystąpić **zachowania agresywne**. Chory wyprowadzony z równowagi może opiekuna uderzyć, uszczypnąć, ugryźć czy kopnąć. Osoba z otępieniem nie jest w stanie kontrolować swoich reakcji. Są to sytuacje bardzo trudne dla opiekuna.

Niebezpiecznym dla chorego objawem otępienia jest **wędrowanie**. Chory, który czuje się zagubiony, nie rozpoznaje miejsca, w którym się znajduje, lub zgubi drogę np. do sklepu, albo czasem bez konkretnego powodu wychodzi z domu, oddala się i nie potrafi wrócić. Chory taki może znaleźć się na ruchliwej ulicy, w odludnym lub niebezpiecznym miejscu np. na wysokości. Czasem chory wędruje w nocy przez co zakłóca sen opiekunów. Wędrowanie jest sytuacją trudną do opanowania.

U osób z zespołami otępiennymi występują też **zaburzenia snu**. W dzień chory podśypia, co sprzyja temu, że w nocy wstaje i wędruje. Może to być reakcja na sny, który chory nie odróżnia od rzeczywistości. Wybudzanie się ze snu i wstawanie

w nocy może być dla chorego niebezpieczne. W półmroku czy ciemności chory może uderzyć się o meble, upaść lub spaść ze schodów.

Innym objawem otępienia może być **obnażanie się** lub np. rozpinanie ubrania. Chory zdejmując ubranie, czasem wyjdzie rozebrany z domu, przez co opiekunowie mogą czuć się zakłopotani.

Chorzy z zespołami otępiennymi mogą zadać te same pytania, wykonywać ciągle pewne czynności lub skarżyć się na opiekunów. Czasem opowiadają o wydarzeniach, które nie miały miejsca.

U niektórych chorych wraz z nastaniem godzin późno popołudniowych lub wieczornych występuje nasilenie zaburzeń zachowania tj. dezorientacja, wahania nastrojów, agresja i wędrowanie. Jest tzw. **syndrom zachodzącego słońca**. Często jest on obserwowany u osób z chorobą Alzheimera. Nie wiadomo co jest jego przyczyną. Być może wieczorem maleje tolerancja chorego na stres po całodziennym zmaganiu się z różnymi bodźcami.

Przedstawione w tym rozdziale zaburzenia zachowania osób z zespołami otępiennymi mogą ale nie muszą wystąpić u różnych chorych. Zależy to od wielu czynników m.in. od osobowości chorego, przebiegu choroby, miejsca zamieszkania, sytuacji w jakiej chory się znalazł. Mogą też wystąpić inne nie wymienione objawy. Zaburzenia zachowania narastają stopniowo, z czasem powodują, że chory wymaga opieki całodobowej. Są bardzo uciążliwe dla opiekunów i mogą dezorganizować życie rodziny chorego.

Zaburzenia w zakresie codziennego funkcjonowania.

Postępująca choroba otępienna osoby starszej powoduje utratę kontroli nad jej życiem. W miarę pogłębiania się objawów choroby, chory ma coraz większe problemy z samodzielnym funkcjonowaniem.

W pierwszym etapie otępienia tzw. **stadium wczesnym** chory zaczyna mieć problemy z zarządzaniem finansami, robieniem zakupów, ma trudności z podejmowaniem decyzji, powoli wycofuje się z życia społecznego. Występuje utrata wcześniejszych zainteresowań. Z czasem chory może tracić orientację w znanym sobie terenie. Często u chorych mogą pojawiać się objawy depresyjne, w tym myśli samobójcze, lęki i zmiany osobowości. W tym etapie objawy te mogą być trudne do rozpoznania przez bliskich chorego lub przez lekarza. Bywa, że chory sam zauważa, że jego życie się zmienia, jednak często maskuje te objawy i ukrywa przed swoją rodziną.

Drugi etap rozwoju otępienia to tzw. **stadium umiarkowane**. W tym etapie nasilają się zaburzenia pamięci, dochodzi do utraty pamięci długoterminowej, znacznie obniża się zdolność zapamiętywania i uczenia się. Chory zadaje wciąż te same pytania, ma trudności z wypowiedzianiem się, traci umiejętność pisanie, czytania i liczenia. Zapomina imiona swoich bliskich, nie rozpoznaje ich. Traci orientację w czasie i przestrzeni, myli dzień z nocą, nie potrafi znaleźć drogi np. do łazienki. Nie umie zaplanować i zorganizować swojego dnia.

Stadium umiarkowane to etap, w którym pojawiają się zaburzenia zachowania np. agresja czy wędrowanie. Mogą też pojawić się objawy psychiatryczne w postaci urojeń lub omamów. Osoba chora posądza swoją rodzinę np. o kradzież lub słyszy nieznane głosy. Mogą nasilać się objawy depresyjne i lęki. W tym etapie występują też zaburzenia koordynacji ruchowej. Chory stawia mniejsze kroki, chodzi niepewnie, porusza się wolniej w związku z tym pojawiają się problemy z wykonywaniem czynności dnia codziennego np. z ubieraniem się, myciem, spożywaniem posiłków. Pojawiają się problemy z wydalaniem, chory przestaje sygnalizować potrzeby fizjologiczne, występuje nietrzymanie moczu.

Jednym z większych problemów dla opiekunów są problemy w komunikacji. Opiekunowie mają problem z zrozumieniem chorego, on z kolei może mieć problem z wysławianiem się, ale też ze zrozumieniem tego co mówią inni.

W okresie początkowych objawów choroby wymaga opieki bliskich około 1-2 godzin dziennie. Później czas ten się wydłuża, w końcu wymaga **stałej opieki**.

Trzeci, ostatni etap otępienia to tzw. **stadium ciężkie**, występuje w nim całkowita utrata pamięci, niezdolność rozpoznawania bliskich osób i całkowita niezdolność komunikowania się z otoczeniem. Chory wypowiada kilka słów, mamrota, wydaje jęki, nie potrafi się śmiać. Następuje całkowity brak kontroli swojego zachowania. Chory chodzi niepewnie, coraz wolniej co powoduje częste upadki. Następuje całkowity zanik kontroli zwieraczy oraz zaburzenia w odruchu połykania. Większość czasu zajmuje sen, co powoduje zanik aktywności ruchowej i zanik mięśni. W ostatnim etapie choroby pacjent nie wykonuje samodzielnie żadnych czynności, czas spędza w łóżku, co jest przyczyną powstawania odleżyn i przykurczów. Powoli dochodzi do niewydolności wszystkich układów. Śmierć spowodowana jest zwykle powikłaniami narządowymi głównie zapaleniem płuc.

Zespoły otępienne to choroby przewlekłe, trwają zwykle od dwóch do dwunastu lat. W Polsce chorzy z zespołem otępiennym w większości przypadków przebywają pod opieką najbliższej rodziny. Opieka nad takim chorym jest bardzo wyczerpująca, część opiekunów decyduje się oddać osobę chorą do domów opieki.

Terapia otępienia.

Diagnozowanie

„Jak dotąd nie ma badania, którego przeprowadzenie byłoby wystarczające do wczesnego rozpoznania choroby. Podstawą rozpoznania jest wywiad, badanie przedmiotowe i badania laboratoryjne, oraz wykluczenie innych przyczyn otępienia. Obecna diagnostyka polega na rozpoznaniu eliminacyjnym tzn. wykluczeniu, na podstawie różnych badań dodatkowych schorzeń, które mogą wywołać podobne objawy”.

Wywiad dotyczy m.in. przebytych i aktualnych chorób ogólnoustrojowych, przyjmowanych leków, urazów głowy i uzależnień. W czasie przeprowadzania wywiadu wykorzystuje się m.in. test MMSE (Mini – Mental – State – Examination), test rysowania zegara (TRZ) lub test łączenia cyfr. Z badań laboratoryjnych wykonuje się: morfologię, OB., badania biochemiczne (elektrolity, Na, K, Ca, Alat, Aspat, Kreatynina), lipidogram, poziom witaminy B₁₂ i kwasu foliowego oraz stężenie hormonów tarczycy, badania ogólne moczu itd.

Z badań obrazowych wykonuje się badanie głowy metodą tomografii komputerowej, czasem rezonans magnetyczny. Przeprowadzenie badań laboratoryjnych i obrazowych ma na celu wykluczenie potencjalnie odwracalnych zaburzeń pamięci.

Leczenie

Dotychczas nie ma skutecznego leczenia otępienia.

Celem leczenia zespołów otępiennych jest poprawa funkcji poznawczych i ustąpienie zaburzeń zachowania, poprawa funkcjonowania chorego oraz zmniejszenie poczucia obciążenia opiekunów. Terapia chorych z zespołami otępiennymi składa się z farmakoterapii i metod nie farmakologicznych. Obecny stan wiedzy nie pozwala na leczenie przyczynowe zespołów otępiennych pierwotnie zwyrodnieniowych.

W celu poprawy funkcji poznawczych stosuje się donepezyl

(Yasnal, Cogiton), rywastygminę (Exelon) i galantaminę (Ereminel). Podawanie tych leków może na pewien czas poprawić sprawność chorych, niestety choroba będzie postępowała nadal. Leki te zarejestrowane są do leczenia łagodnej i umiarkowanej fazy otępienia. Decyzję o odstawieniu ich podejmuje lekarz indywidualnie dla każdego chorego, po analizie przebiegu dotychczasowego leczenia. Czasem odstawienie ich powoduje pogorszenie funkcjonowania chorego, dlatego racjonalne jest leczenie chorego tak długo, jak długo widoczne są korzystne efekty leczenia.

„Oceniając wpływ inhibitorów cholinestazy (Denepezyl, Rywastygmina, Galantamina) na przebieg choroby Alzheimera wykazano, że u ok. 20% chorych mogą one zatrzymać postęp choroby na okres do dwóch lat, nie powodując jednak odwrócenia procesu degeneracyjnego”.

Jako terapię wspomagającą można stosować piracetam, antyoksydanty – witaminy C, B₆, winpocetynę lub wyciąg z miłorzębu japońskiego.

W leczeniu otępień naczyniopochodnych ważna jest profilaktyka pierwotna i wtórna miażdżycy. Stosowane są leki poprawiające krążenie mózgowe.

W leczeniu otępienia z ciałami Lewy'ego stosowane są preparaty lewodopy, przy czym należy pamiętać o nadwrażliwości na neuroleptyki występującej w tym zespole otępiennym.

Leczenie otępienia czołowo – skroniowego jest terapią typowo objawową, w przypadku agresji podaje się neuroleptyki.

Poza farmakoterapią w leczeniu zespołów otępiennych powinno się stosować metody nie farmakologiczne, ich celem jest zachowanie aktywności i samodzielności chorego w zakresie samoobsługi.

W początkowym stadium otępienia często stosowaną metodą leczenia nie farmakologicznego jest **trening pamięci**, tzw. terapia kognitywna, której celem jest poprawa różnych aspektów pamięci. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby ważna jest terapia walidacyjna i terapia zajęciowa.

Terapia walidacyjna koryguje zachowania społeczne chorego, tożsamość pacjenta oraz redukuje poziom niepokoju i lęku. Polega na uważnym słuchaniu wypowiedzi chorego i wskazywaniu mu, które z nich są sensowne, znaczące. Poznaje się uczucia chorego i utwierdza się go co do ich ważności. U osób w zaawansowanym stadium choroby terapia polega na „byciu z chorym”, trzymaniu za rękę i zapewnieniu swojej obecności. **Terapia zajęciowa** powinna być stosowana w stadiach początkowych jak i zaawansowanych. Polega na wykonywaniu przez chorego określonych zajęć i prac, poprawia to ogólną sprawność psychofizyczną, siłę określonej grupy mięśni i zakres ruchu w stawach. Prowadzi ona do poprawy samodzielnego funkcjonowania i prawidłowych nawyków higienicznych.

Terapia środowiskowa to stworzenie choremu bezpiecznego i przyjaznego otoczenia. W tym celu można stosować muzykoterapię, dogoterapię, terapię sztuką lub inne metody psychoterapeutyczne.

W każdym stadium choroby zalecana jest dostosowana do możliwości pacjenta **terapia ruchowa**, poprawiająca sprawność fizyczną i intelektualną m.in. poprzez wpływ na ukrwienie mózgu. Regularna aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na nastrój, zmniejsza ryzyko zachorowania na niektóre choroby (cukrzyce, osteoporozę), przeciwdziała zaburzeniom równowagi i upadkom. Stymuluje też pracę jelit dzięki czemu zapobiega zaparciom. Zmniejsza częstość występowania lęków i wędrowania. Terapia ruchowa to różnego rodzaju ćwiczenia fizyczne, może obejmować spacer, jazdę na rowerze stacjonarnym, ćwiczenia z ciężarkami, ćwiczenia rozciągające itp.



Mimo stosowania różnych metod leczenia stan chorego stale się pogarsza, co wpływa niekorzystnie również na opiekunów. Rola pielęgniarki w opiece domowej obejmuje nie tylko pacjenta i jego potrzeby, ale również jego rodzinę. Celem opieki pielęgniarki nad rodziną osoby z otępieniem jest zmniejszenie obciążenia opiekunów, spowodowanego koniecznością sprawowania długotrwałej opieki nad chorym członkiem rodziny.

Pielęgnacja i opieka nad pacjentami z zespołami otępiennymi.

Medycyna XXI wieku nie posiada dostatecznej wiedzy aby leczyć zespoły otępienne. Opieka nad chorym ma charakter kompleksowy i wymaga dostosowania otaczającego środowiska fizycznego i społecznego. Na każdym etapie choroby postępowanie opiekunów musi zmierzać nie tylko do wyhamowania procesu chorobowego, czy przeciwdziałania powikłaniom, ale też do poprawy jakości życia chorego, zapewnienia mu bezpieczeństwa oraz opóźnienia momentu uzależnienia od pomocy innych. Intensywność, rodzaj opieki i ilość czasu poświęcanego choremu uzależnione jest od stopnia zaawansowania choroby.

Od pierwszego stadium choroby należy zaspokajać potrzeby chorego i planować opiekę na przyszłość. Należy zdobyć zaufanie chorego w celu poprawy komunikowania się z nim. W komunikacji z chorym opiekun powinien stwarzać atmosferę bezpieczeństwa i zaufania, życzliwości, akceptacji i zrozumienia. Powinien nawiązywać kontakt wzrokowy, mówić wolno, spokojnym tonem, używać krótkich zwrotów oraz stosować komunikaty niewerbalne tj. mimika i gesty. Nie można w postępowaniu z chorym okazywać pośpiechu i negatywnych emocji. W zakresie codziennego funkcjonowania powinno się zachęcać chorego do wykonywania zadań i czynności, które wykonywał dotychczas i nie powinno się chorego w tych czynnościach wyręczać. Pomagać należy wtedy gdy podopieczny ma trudności z wykonaniem pewnych czynności. Należy dążyć do zachowania stałego rytmu dnia. Podtrzymuje to schematy działań w określonej porze dnia, których chory się spodziewa. O określonej porze chory wstaje, ubiera się, myje, spożywa posiłki, idzie na zakupy lub spacer. Taki rytm dnia zwiększa poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza lęk i niekontrolowane reakcje chorego. Pierwsze stadium otępienia to czas, w którym opiekunowie powinni uregulować wspólnie z chorym kwestie zarządzania finansami np. opłatę rachunków lub przejąć odpowiedzialność gdy chory nie jest już w stanie podejmować decyzji dotyczących własnego życia.

W drugim stadium otępienia chory wymaga opieki w coraz większym stopniu oraz pomocy w funkcjonowaniu. Należy pomagać choremu w podtrzymywaniu zachowanych funkcji, ale stopniowo w miarę postępu choroby zastępować go i przejmować jego zadania. W opiece nad chorym należy prowadzić ćwiczenia pamięci, powtarzać często imiona, daty, pory roku, miejsca w których chory się znajduje, można jeśli chory zachował zdolność czytania w widocznych miejscach umieszczać kartki z przypomnieniami. W czasie rozmowy z chorym używać prostych zwrotów i udzielać krótkich odpowiedzi, odwracać uwagę chorego w sytuacji gdy zadaje wielokrotnie to samo pytanie. Należy ograniczyć liczbę bodźców oraz działań rozpraszających chorego gdy widoczne są trudności z selekcjonowaniem bodźców. Należy starać się odgadnąć co chory ma na myśli, podpowiadać słowa, gdy nasilają się trudności z przypominaniem sobie słów, zapobiega to narastaniu frustracji. Należy w ciągu dnia zapewnić

choremu ukierunkowaną aktywność, wynajdywać mu zajęcia, nie dopuszczać do przysypiania oraz zapewnić efektywny sen nocny (spacer przed snem, masaż pleców, ciepła kąpiel, ograniczenie płynów z kofeiną i teiną, przed snem umożliwić skorzystanie z toalety). Opiekun powinien obserwować objawy narastającego stresu (pobudzenie, zaburzenia orientacji) oraz minimalizować agresywne zachowania podopiecznego przez ograniczenie bodźców i zapewnienie odpoczynku. W zakresie codziennego funkcjonowania należy motywować podopiecznego do aktywności, która wymaga umiarkowanego wysiłku i daje mu poczucie swobody. Sprzyja to utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej, poprawia nastrój i zapobiega zanikowi mięśni. W miarę postępu otępienia należy skracać wykonywanie różnych czynności przez chorego i upraszczać jego działania. W czasie ubierania powinno się asystować i pomagać choremu, pomagać wybierać ubrania i dostosowywać ich wybór do warunków pogodowych. Ubrania powinny być wygodne, z naturalnych surowców i łatwe do zapinania. W czasie wykonywania toalety należy aktywizować chorego przypominając mu kolejność wykonywanych czynności podając mu gąbkę lub mydło. Jeśli występują zaburzenia w zakresie zgłaszania potrzeb fizjologicznych należy pytać go czy odczuwa taką potrzebę, wyprowadzać do toalety, zakładać ubrania łatwe do zdejmowania, oświetlić drogę do łazienki, umożliwić wygodne korzystanie z toalety np. przez zainstalowania uchwytów ułatwiających wstawanie. Należy zwracać uwagę na pozawerbalne sygnały chorego związane z potrzebą oddania moczu lub stolca. W miarę postępu choroby należy używać pieluchomajtek lub innych środków pomocniczych oraz wymieniać je według potrzeby. Dieta chorego z zespołem otępiennym powinna być lekkostrawna, bogata w błonnik, z małą zawartością tłuszczów zwierzęcych i potraw wzdymających. Powinna być dostosowana do upodobań chorego oraz do współistniejących schorzeń np. przy nadciśnieniu dieta z ograniczeniem soli, przy cukrzycy dieta z ograniczeniem cukrów prostych. Bardzo ważne jest aby chory wypijał około 2 litrów płynów dziennie (niegazowanych, bez kofeiny).

Trzecie stadium otępienia to etap w którym chory jest całkowicie uzależniony od opiekunów. Często wymaga opieki całodobowej. Ważne jest aby w czasie komunikowania się i pielęgnacji wykazywać spokój i akceptację. Należy w czasie komunikowania się używać mimiki i komunikatów niewerbalnych, chory może nie potrafić sformułować wypowiedzi, ale może zrozumieć gesty opiekuna. Mimo, że chory stracił zdolność porozumiewania się należy umożliwić mu uczestniczenie w życiu rodziny. Pogarszająca się sprawność fizyczna wymaga zaopatrzenia chorego w sprzęt ortopedyczny tj. balkonik, wózek lub gdy chory leży w specjalistyczne łóżko i materac przeciwoślizgowy. Należy opóźniać moment gdy chory będzie musiał przebywać wyłącznie w łóżku ponieważ prowadzi to do utraty zdolności siedzenia.

Chory leżący wymaga troskliwej opieki. Należy przeciwdziałać skutkom unieruchomienia tj. powstawanie odleżyn, zapaleniu płuc, zaparcia, powstawania przykurczów i zaników mięśni. Specjalistyczne łóżko chorego powinno być ustawione tak, aby był do niego dostęp z dwóch stron. Jest ono wyższe niż zwykłe łóżko, posiada barierki uniemożliwiające upadek chorego, ma podnoszony zagłówek i dolną część. Ułatwia to opiekunowi pracę, który nie musi się schylać, może posadzić chorego i opuścić mu nogi za pomocą pilota. Łóżko powinno być wyposażone w materac przeciwoślizgowy, dynamiczny z regulowanym ciśnieniem oraz w poduszki, podkłady, koła i klipy które można umieszczać między kolanami lub pod plecami chorego. Bielizna pościelowa i osobista powinna być

wygładzona, bez zmarszczeń ponieważ wszelkie załamki mogą powodować zaczerwienie i pęcherze. Należy zmieniać pozycję chorego co dwie godziny, stosować masaż miejsc narażonych na powstawanie odleżyn (kość ogonowa, pięty, łokcie, biodra itd.), zabezpieczać skórę przed maceracją i zanieczyszczeniem. Skóra powinna być sucha, czysta i natłuszczona. Dla profilaktyki i leczenia odleżyn bardzo ważna jest pełnowartościowa i wysokobiałkowa dieta. Zabiegi te mają na celu zapobieganie powstawaniu odleżyn.

Bardzo groźnym powikłaniem wśród pacjentów unieruchomionych w łóżku jest zapalenie płuc, które często jest przyczyną śmierci chorego. W celu zapobiegnięcia zapaleniu płuc należy zapewnić choremu dostęp świeżego powietrza, zapewnić drożność dróg oddechowych, wspomagać w usunięciu zalegającej wydzieliny przez oklepywanie pleców oraz właściwe ułożenie.

Długie unieruchomienie sprzyja powstawaniu zapaść. Chory powinien spożywać posiłki lekkostrawne, bogate w błonnik, pić około 2 litrów płynów na dobę, powinien mieć często zmienianą pozycję w łóżku. W celu pobudzenia perystaltyki jelit można stosować zabiegi fizykalne np. masaż, ewentualnie podać leki przeczyszczające. Zdarza się, że chory ma założony cewnik moczowy na stałe, powinno to być jednak ostatecznością, może spowodować infekcję układu moczowego, która może stać się przyczyną śmierci pacjenta.

W celu zapobiegania przykurczom i zanikom mięśni należy wykonywać bierne ruchy kończyn i masaże, w dłonie można włożyć miękkie piłki lub kółka.

W ostatnim etapie choroby pacjent może stracić umiejętność połykania pokarmów. Należy podawać mu zmiśkowane posiłki, czasem pomaga delikatny masaż szyi, który wyzwala ruch połykania. Zdarza się, że jedynym wyjściem jest karmienie chorego przez sondę.

Przystosowanie mieszkania do potrzeb chorego z zespołem otępiennym.

Zaburzenia pamięci, pogarszanie się orientacji wzrokowo – przestrzennej powodują, że osoba chora może doprowadzić do sytuacji niebezpiecznej np. zapomnieć zakręcić gaz, wyjść z mieszkania i zablądzić. Rodzina chorego prócz kontroli nad swoim krewnym, pomagania mu w codziennym funkcjonowaniu powinna także dostosować mieszkanie tak, aby było ono bezpieczne dla osoby chorej. W początkowym okresie choroby, kiedy występują trudności w zapamiętywaniu zdają egzamin tzw. „karteczki – przypominać”, na których można zapisać lub narysować wiadomość. Z czasem gdy choroba się pogłębia konieczne są większe zmiany w domu chorego, a także na podwórku.

Kuchnia – powinna być wyposażona w kuchenkę gazową automatycznie odcinającą dopływ ułatwiającego się gazu. Ostre przedmioty np. noże powinny być schowane, a leki i środki czystości przechowywane w zamkniętych szafkach.

Pokój chorego – dobrze aby znajdował się blisko łazienki, powinien być pozbawiony wszelkich niebezpiecznych przedmiotów, śliskich dywaników (mogą spowodować upadek chorego a przy nietrzymaniu moczu mogą zostać zanieczyszczone), a także lustra (chory z zaawansowanym otępieniem nie poznają swojego odbicia i mogą reagować rozdrażnieniem lub agresją) i telewizora. Pokój powinien być dobrze oświetlony.

Łazienka – powinna być wyposażona w uchwyty przy toalecie i wannie ułatwiające wstawanie, podłoga i brodzik kabiny powinny być wyposażone w maty antypoślizgowe. Bardzo ważne jest aby w łazience nie było możliwości zamknięcia się od środka, chory może wejść i zamknąć się a potem może mieć

problem z otwarciem drzwi.

Korytarze i schody – powinny być dobrze oświetlone, powinny być usunięte z nich wszelkie przeszkody, o które chory mógłby się potknąć np. dywaniki. Schody powinny mieć zamontowane bariery na początku i na końcu. W mieszkaniu chorego powinny być założone blokady na okna i drzwi balkonowe, drzwi wejściowe powinny być zawsze zamknięte ponieważ chory w każdej chwili może wyjść, natomiast drzwi wewnętrzne powinny być pozbawione zamków. Przedmioty, które mogą stanowić zagrożenie np. żelazko oraz dokumenty czy kluczyki do samochodu powinny być schowane i nie dostępne dla chorego. meble powinny być stabilne, z zaokrąglonymi brzegami oraz tapicerką, którą łatwo utrzymać w czystości ponieważ może być ona zanieczyszczona przez chorego.

Podwórko – powinno mieć wyrównany teren, pozbawione roślin trujących. Wszelkie przedmioty niebezpieczne takie jak sznury do bielizny, narzędzia ogrodnicze powinny być niedostępne dla chorego. Oczko wodne lub basen powinny być zabezpieczone tak aby chory nie mógł do nich wejść. Furtka na ulicę zawsze powinna być zamknięta.

Obciążenie opiekunów ciągłą pielęgnacją

Choroby otępienne dotyczą nie tylko osobę chorą ale przede wszystkim jej rodzinę. Większość seniorów z zespołami otępiennymi przebywa pod opieką najbliższych. Wieloletnia opieka nad chorym to wielkie wyzwanie dla całej rodziny: dzieci, wnuków, rodzeństwa. Rodzinny model opieki nad chorymi dominuje na całym świecie, jednak w wielu krajach rodzina ma dostęp i możliwość korzystania z wielu form pomocy. Ponadto chorzy mogą korzystać z pobytu w dziennych domach opieki. Instytucje te finansowane są przez samorządy lokalne, stowarzyszenia alzheimerowskie, administrację państwową. W Polsce najczęściej cały ciężar opieki spada na rodzinę chorego. „Ocenia się, że około 20-25% chorych w Polsce trafia do domów pomocy społecznej lub prywatnych domów opieki. Dzieje się to najczęściej wtedy kiedy choroba jest poważnie zaawansowana”.

Wieloletnia opieka stanowi dla opiekuna obciążenie psychiczne, fizyczne, społeczne i ekonomiczne. Obciążenie psychiczne pojawia się u opiekuna kiedy chory się zmienia, staje się niesympatyczny, podejrzliwy, roszczeniowy, nadmiernie pobudzony lub agresywny. Obciążenie psychiczne narasta i kumuluje się prowadząc do syndromu wypalenia psychicznego, zwłaszcza jeżeli opiekun pozbawiony jest pomocy innych oraz wtedy gdy opiekun nie radzi sobie z negatywnymi emocjami. Obciążenie fizyczne jest efektem przejmowania przez opiekuna obowiązków związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, konieczności pomagania w czynnościach codziennych takich jak: toaleta, spożywanie posiłków, zwłaszcza, że często chory nie ułatwia tych czynności a wręcz stawia opór. W końcowym etapie choroby, gdy chory cały czas spędza w łóżku wysiłek fizyczny opiekuna zwiększa się dodatkowo kiedy trzeba wykonać toaletę w łóżku, przewrócić chorego na drugi bok itp. Opiekunowie skarżą się zwykle na zmęczenie, bóle kręgosłupa i kończyn. Obciążenie społeczne to różne formy izolacji społecznej opiekuna i chorego. Nierzadko przyczynia się do tego sam opiekun przez swoją nieprawidłową postawę wobec choroby. Często opiekunowie ukrywają przed dalszą rodziną, sąsiadami i znajomymi fakt choroby otępiennej przez co wycofują się z życia społecznego. Czasami rodzina odwiedzająca chorego, nieświadoma nie wie jak zareagować na zachowanie chorego, czuje się zażenowana a następnie unika dalszych odwiedzin. Wieloletnia opieka jaką sprawuje opiekun pozbawia go możliwości nawiązywania kontaktów społecznych.

cznych. Jego uczestnictwo w życiu społecznym jest ograniczone. Można zapobiec izolacji społecznej chorego i jego opiekuna poprzez informację o chorobie rodziny i znajomych oraz przyjąć zaferowaną przez nich pomoc. Obciążenie ekonomiczne dotyczy opiekunów osób z otępieniem z powodu ponoszeni kosztów leczenia i opieki nad chorym. W miarę postępu choroby dochodzą koszty środków do pielęgnacji i higieny oraz środków pomocniczych takich jak pieluchomajtki, podkłady, balkonik, materac przeciwoślizgowy. Status materialny opiekuna obniża się w momencie kiedy rezygnuje on z pracy, aby opiekować się chorym krewnym.

Do końca grudnia 2012 roku opiekunowi, zgodnie z art. 17 ustawy o świadczeniach rodzinnych z dn. 28 listopada 2003 roku, przysługiwało świadczenie pielęgnacyjne w wysokości 520 zł. Od 1 stycznia 2013 roku obowiązuje art. 16a wyżej wymienionej ustawy, w myśl którego opiekun może starać się o specjalny zasiłek opiekuńczy jeżeli zrezygnuje z zatrudnienia i spełnia inne kryteria m.in. dochodowe. Specjalny zasiłek opiekuńczy nie przysługuje w wypadku nie podjęcia pracy, aby opiekować się osobą chorą. ■

Lidia Bramora

URAZY TWARZOCZASZKI U DZIECI

Urazy twarzoczaszki i ich rodzaje

Urazy głowy i twarzoczaszki dzielą się na lekkie, średnio ciężkie i ciężkie. Kryterium podziału stanowią zaburzenia świadomości i czas ich trwania oraz ich następstwa. Najpoważniejsze, zarówno w zakresie przebiegu i ich następstw są urazy ciężkie, ale pozostałych również nie należy lekceważyć, bo choroba, jaką jest uraz głowy, przebiega dynamicznie. Uraz twarzoczaszki składa się z dwóch etapów:

- urazu pierwotnego obejmującego uszkodzenie skóry głowy, złamanie czaszki i uszkodzenie tkanki nerwowej lub naczyń mózgowych,
- urazu wtórnego, związanego z rozwijającym się obrzękiem mózgu, krwawieniem czy zaburzeniami metabolizmu (niedokrwienie, niedotlenienie, kwasica), które powodują nieodwracalne uszkodzenia skutkujące śmiercią lub ciężkimi powikłaniami.

Uszkodzenia występujące w obrębie twarzoczaszki, ze względu na skutek dzieli się na dwie grupy:

- uszkodzenia lekkie: otarcia naskórka, stłuczenie oczodołu, stłuczenie nosa, twarzy;
- uszkodzenia ciężkie: rany twarzy, złamanie nosa, złamanie żuchwy.

Uderzenie w czaszkę lub twarzoczaszkę u dziecka (np. gdy spadnie z kanapy, czy upadnie na głowę w czasie zabawy) może być bardzo niebezpieczne. Zależnie od mechanizmu urazu i siły, może mieć groźne lub bardzo groźne skutki. Nie wolno bagatelizować tego rodzaju urazów, 15 proc. dzieci z wydawałoby się „lekkimi urazami głowy” (np. zderzenie podczas zabawy) w ciągu 48 godzin wymaga interwencji neurochirurgicznej. Wśród zdarzeń wypadkowych związanych z urazami twarzoczaszki u dzieci najczęściej spotykamy takie jak:

Urazy okolicy oczodołowej

Anatomiczna budowa oczodołu skutecznie chroni gałkę oczną przed urazami. Całkowita siła działającego urazu przejmowa-

wana jest przez kostne obramowanie oczodołu, Stłuczenie tkanek miękkich tej okolicy doprowadza do charakterystycznego zasinienia i obrzęku, które obejmuje również powieki. W celu zmniejszenia obrzęku wystarczy stosowanie zimnych okładów, najlepiej z pokruszonego lodu zawiniętego w miękką tkaninę.

Stłuczenia twarzy

Powstają one wówczas, gdy uraz zadziała w miejscu, pod którym znajduje się podłoże kostne. W efekcie dochodzi do uszkodzenia drobnych naczyń krwionośnych i do krwawego wylewu. W miejscu stłuczenia występuje obrzęk, który przyjmuje kształt wypukłego guza. W większości przypadków stłuczenia twarzy są nie groźne, wymagają jednak uwagi na możliwość współistnienia urazów czaszkowo – mózgowych.

Rany twarzy

Najczęściej są to urazy o charakterze ran tłuczonych lub darczych. Rany te sięgają zwykle do samego podłoża kostnego. Tam, gdzie podłoże to jest mocne i grube (przed kością czołową, jarzmową) obrażenia ograniczają się najczęściej do otarcia skóry i tkanek miękkich leżących w głębi. Ukrwienie tkanek miękkich twarzy jest tak obfite, że każda niemal rana w tej okolicy silnie krwawi. Zwykle dobrze założony bezpośredni opatrunek uciskowy wystarczająco zabezpiecza przed nadmierną utratą krwi. Każda rana twarzy wymaga prawidłowego zaopatrzenia chirurgicznego.

Złamanie nosa

Złamania szkieletu chrzęstnego nosa dotyczą najczęściej chrząstki przegrody nosa, które występują w dwóch zasadniczych postaciach: prostopadłej i horyzontalnej. Poziomy przebieg złamania chrząstki łączy się często z rozerwaniem jej połączenia z rynienką lemiesza. Jeżeli takie urazy powtarzają się, obserwujemy wówczas postępujący zanik chrząstki przegrody nosa doprowadzający do zapadnięcia środkowej części piramidy i obniżenie wierzchołka nosa. Objawy ogólne towarzyszące złamaniu nosa zwykle są mało nasilone. Najczęściej występują zawroty głowy oraz skłonności do omdleń. Ból ma charakter umiarkowany i ustępuje dość szybko. Krwawienie z nosa jest częstym objawem. Obrzęk bywa zwykle umiarkowany, wystarcza jednak do zamaskowania zniekształceń, co utrudnia rozpoznania.

Złamanie żuchwy

Każdy silny uraz tej okolicy może spowodować złamanie kości. Uderzenie w szczyt bródki doprowadza najczęściej do obustronnego złamania wyrostków stawowych żuchwy. Bardzo silny uraz może spowodować złamanie trzonu żuchwy. Stałym objawem jest obfity ślinotok, połączony z krwawieniem pochodzącym z rozdartej błony śluzowej jamy ustnej. Żęby mogą być ustawione nierówno, rozchwiane, złamane lub wybite. Ból, wzmożone napięcie mięśni i brak stabilności odłamów utrudniają mówienie i połykanie. Nastawienie i unieruchomienie złamania może być odroczone na kilka dni, nie dłużej jednak niż do końca pierwszego tygodnia.

Przyczyny urazów

Urazy w wieku niemowlęcym i dziecięcym wiążą się w większości wypadków z nieodpowiednią opieką nad dzieckiem. W tej grupie znajdują się urazy nieprzypadkowe – przemoc wobec dziecka, w tym w szczególności zespół dziecka potrząsanego. W grupie urazów w tym wieku dominują urazy głowy – krwiaki powłok, złamanie czaszki powstałe w wyniku upadku w czasie kąpieli, urazy w wyniku uderzenia o barierki

łóźeczka i wypadnięcia z wózka. Niestety w tych kategoriach wiekowych coraz częściej zdarzają się też urazy odniesione w wypadkach komunikacyjnych czy też na skutek pogryzienia przez agresywnego psa. Warto nadmienić że w tym wieku objawy neurologiczne – związane z urazem wewnątrzczaszkowym są często długo nieobecne, by następnie rozwinąć się gwałtownie. Dlatego nie należy lekceważyć wszelkich urazów zewnętrznych, jak otarcia, sińce na skórze, krwinki podskórne, powinny stanowić powód zgłoszenia się do lekarza.

W wieku niemowlęcym najczęstszym powikłaniem urazu głowy jest przewlekły krwiak podtwardówkowy. Powstaje wskutek przerwania drobnych naczyń żylnych pomiędzy powierzchnią mózgu i oponą twardą. Krew miesza się z płynem mózgowo-rdzeniowym i stopniowo gromadzi się nad powierzchnią mózgu. Obserwuje się powiększenie obwodu głowy, napięcie skóry głowy, uwypuklenie ciemienia. Pojawia się objaw „zachodzącego słońca”, to jest przymusowe patrzenie w dół z charakterystycznym rąbką białkówki nad źrenicami. Dziecko nie może powiedzieć o swoich dolegliwościach, ale ból głowy manifestuje rozdrażnieniem, płaczem i wymiotami. Typowe jest uspokojenie się dziecka po wymiotach spowodowanych chorobą wewnątrzczaszkową, podczas gdy ukojenia nie ma przy bólach i wymiotach pochodzenia „brzusznego” czy uogólnionej infekcji.

W zakresie przyczyn powstawania urazów twarzoczaszki u dziecka nie sposób pominąć tematykę pobicia. Obecność widocznych urazów na ciele dziecka, w tym na głowie świadczące o różnym czasie powstania (stare i świeże sińce) muszą zawsze budzić podejrzenie zespołu dziecka maltretowanego. Typowa jest uogólniona bolesność ciała dziecka oraz jego lęk przed badaniem, a nawet próbami zbliżania się do dziecka. Następstwa urazów przewlekłych u dzieci są bardzo ciężkie. Odnosi się to zarówno do zmian w psychice i upośledzenia rozwoju intelektualnego, jak i do zmian narządowych. Wybroczyny na dnie oka prowadzą do ślepoty, pourazowy zanik mózgu prowadzi do upośledzenia umysłowego, padaczki i wodogłowia. W diagnostyce dziecka bitego należy uwzględnić badanie wszystkich narządów (USG) oraz zdjęcia RTG kości długich. W tym ostatnim badaniu stwierdza się zasterałe złamania części przynasadowych i nasady kości długich, ogniska zwapnień i zgrubień kości, w tym czaszki.

Skutki urazów twarzoczaszki u dzieci

Na urazy twarzoczaszki w szczególności narażone są małe dzieci, m.in. z powodu nie końca rozwiniętych mięśni odcinka szyjnego. Z tego też powodu nigdy nie należy energicznie potrząsać dzieckiem gdyż efektem może być poważny uraz fizyczny i neurologiczny. Siła, jaka działa podczas uderzenia w głowę, bezpośrednio przenosi się do mózgu i ten bardzo wrażliwy organ uderza o wewnętrzne ściany czaszki. Na skutek tych uderzeń mogą wystąpić mikrowylewy krwi, które niszczą delikatną strukturę mózgowia, stąd już tylko krok do obrzęku mózgu i leczenia na oddziale intensywnej terapii. Najczęstsze objawy takiego stanu to: siniak, przecięcie skóry z krwawieniem, zawroty głowy, dezorientacja, nudności, wymioty. W przypadku stwierdzenia takiego stanu pourazowego należy zastosować następujące postępowanie:

- Jeżeli dziecko jest nieprzytomne-wezwać w pierwszej kolejności pogotowie.
- Jeżeli na głowie jest rana, zatamuj krwawienie. Nie przestrasz się, rany głowy bardzo krwawią.

- Jeżeli nie ma krwawienia - uważnie obserwuj dziecko, wypatrując zawrotów głowy, nudności, wymiotów.
- Zadać dziecku proste pytanie, w ten sposób sprawdzisz, czy dziecko nie jest zdezorientowane.
- Jeżeli jest zdezorientowane lub ma opisane wyżej objawy, posadź dziecko, spróbuj uspokoić i w prostych słowach powiedz, co się stało.
- Przewieź dziecko do najbliższego szpitala dziecięcego.
- Nie każ dziecku chodzić, a jeżeli już samo chce iść, asekuruj je.
- Jeżeli dziecko nie może jechać, wezwij pogotowie.

Skutki wszelakich zaniedbań w przypadku urazu twarzoczaszki u dziecka mogą prowadzić do następstw takich jak: późny płynotok nosowy lub uszny, nawracające zapalenie opon mózgowych i mózgu, ropień mózgu, padaczkę pourazową, pourazowy zanik korowo-podkorowy, zespół pourazowy, encefalopatię pourazową. W przypadku otwartych urazów czaszkowo-mózgowych, zwłaszcza z obecnością ciał obcych lub fragmentów kostnych, późnym następstwem u 25% chorych może być ropień mózgu. Lokalizuje się on zazwyczaj w płatach czołowych lub skroniowych. Objawy kliniczne mogą wystąpić kilka tygodni lub nawet kilka miesięcy po przebytych urazach, a pierwszą manifestacją jest nierzadko napad padaczkowy. Towarzyszą mu objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, objawy ogniskowe, a czasem stany podgorączkowe i patologie w płynie mózgowo-rdzeniowym. Rozpoznanie umożliwia wykonanie tomografii komputerowej. Leczenie polega na nakłuciu torebki ropnia i jego opróżnieniu oraz podaniu antybiotyków zgodnie z antybiogramem. Możliwe jest również postępowanie radykalne z usunięciem chirurgicznym ropnia z torebką.

Innym groźnym powikłaniem jest padaczka pourazowa. Występuje ona w około 5% przypadków zamkniętych urazów czaszkowo-mózgowych. Ognisko padaczkorodne powstaje zwykle wokół blizny glejowej tworzącej się w procesie gojenia stłuczeń i zranień mózgu z uszkodzeniem opon. Pojawienie się napadu bezpośrednio po urazie nie jest jednoznaczne z późniejszym rozwojem przewlekłej padaczki pourazowej.

Równie groźny jest zespół pourazowy, określany dawniej jako cerebrastenien pourazowy, charakteryzuje się zaburzeniami nerwowo-wegetatywnymi ze wzmożoną pobudliwością nerwową, szybkim męceniem się, trudnościami w skupieniu uwagi, stanami lękowo-depresyjnymi i subiektywnymi dolegliwościami, wśród których dominują bóle i zawroty głowy. W badaniu nie stwierdza się objawów deficytu neurologicznego. Również w badaniach obrazowych nie udaje się uwidocznć zmian. Stosuje się leczenie uspokajające, przeciwdepresyjne oraz psychoterapię.

Ostatnim z przytoczonych skutków jest objaw określany jako encefalopatia pourazowa, stan w którym wskutek urazu dochodzi do trwałego, organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, często z objawami deficytu ruchowo-cuciowego, padaczką, zaburzeniami mowy oraz czynności poznawczych (zwłaszcza pamięci), ze zmianami osobowości i innymi zaburzeniami, które mogą być przyczyną trudności adaptacyjnych w codziennym życiu. Encefalopatia pourazowa wymaga długotrwałego leczenia neurologicznego, psychiatrycznego i odpowiedniej rehabilitacji. ■

Agnieszka Jaśkiewicz

Literatura u autora.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

GODZINY PRACY BIURA

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

BiRaKo[®]
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

KALENDARZE DO REJESTRACJI NA 2015 ROK

- KALENDARZE DZIENNE KSIĄŻKOWE PRZEZNACZAJĄ CAŁĄ STRONĘ NA KAŻDY DZIEŃ
- KALENDARZE TYGODNIOWE 1 TYDZIEŃ NA DWÓCH STRONACH
(CAŁY TYDZIEŃ NA ROZKŁADÓWCE)

ZAPRASZAMY
ATRAKCYJNE CENY



*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach.”*

Koleżance

Jadwidze Świniarskiej

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki i Położne
z SP ZOZ Miejskiego Szpitala
Zespolonego
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



*Ci którzy nas opuścili, nie odeszli i są nadal z nami,
są wciąż obecni, choć niewidzialni.*

Koleżance

Beacie Konstanciak

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa
otuchy z powodu śmierci

Męża

składają Pielęgniarki i Położne
z Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Człowiek żyje tak długo, aż nie zginie po nim pamięć.

Koleżance

Aleksandrze Broniszewskiej

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki i Położne
z Przychodni Lekarskiej Kopernika 45
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
Czasami brak łez by wypłakać żal*

Koleżance

Urszuli Biś

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Taty

składają Pielęgniarki i Położne
z Przychodni Lekarskiej Kopernika 45
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**Uroczyste otwarcie przebudowanego pawilonu „E” Miejskiego Szpitala Zespołonego,
w którym znajduje się
Oddział Chorób Wewnętrznych i zmodernizowany Zakład Rehabilitacji Leczniczej
30 września 2014 roku.**





**Konferencja naukowo-szkoleniowa
„Wyzwania w onkologii-profilaktyka,
diagnostyka, leczenie i rehabilitacja”
Częstochowa 30 września 2014 roku.**

