

Biuletyn

2/2016

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu

*Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej
serdeczne życzenia
wszelkiej pomyślności w życiu osobistym,
cierpliwości i wytrwałości w pracy na rzecz pacjenta,
sukcesów zawodowych
życzy Zespół Redakcyjny Biuletynu*

Odleżyny – profilaktyka czy leczenie cz. II	4
Inkontynencja – problem społeczny	9
Higiena rąk – dlaczego wciąż nieprawidłowa?	1 2
Relacja z konferencji	1 3
Wpływ światła słonecznego na organizm człowieka	1 6
Wybitne polskie pielęgniarki	1 8
Pobudzenie i agresja a postępowanie pielęgniarskie	1 9
Co robić gdy rozpoznam objawy wypalenia wodowego?	2 3
Profilaktyka zakażeń	2 4
Plan szkoleń Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych	2 5
Dzieci podarowały uśmiech pielęgniarkom i położnym	2 6

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a
wejdź na naszą stronę internetową:
www.oipip.kalisz.pl



Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
w godzinach 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:
od poniedziałku do piątku 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15⁰⁰ - 18³⁰

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
tel. (0 62) 757-04-31
w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
od godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰

Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów
związanych z wykonywaniem zawodu w każdy wtorek
w godz. 14⁰⁰ do 16⁰⁰.

Dyżury

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
w godz. 13⁰⁰ do 15⁰⁰

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
Jadwiga Soińska
Danuta Wieczorek

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Kaliszu
ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
tel./fax: (62) 757 04 31
www.oipip.kalisz.pl
e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm
oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opraco-
wywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść
ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze
w ochronie zdrowia.

Data wydania:

CZERWIEC 2016

Nakład:

1000 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf” s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70

Szanowni Państwo,

19 kwietnia minęło XXV lat od wprowadzenia ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, powołującej do życia jeden z największych samorządów zawodów zaufania publicznego.

Powstanie samorządu zawodowego środowiska pielęgniarek i położnych, ćwierć wieku temu, wiązało się z rozszerzeniem obszaru praw, uznaniem większej niezależności i samodzielności w działaniu, ale również z przejściem nowych obowiązków. Minione lata pokazały, że samorząd z powodzeniem sprawuje pieczę nad wykonywaniem profesji, jaką jest pielęgniarstwo i położnictwo. Pomaga, nadzoruje, a czasem upomina. Zwraca też uwagę rządzących na potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz bezpieczeństwo w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej pacjentom.

Od lat Samorząd Zawodowy wskazuje na nurtujące nasze środowisko, narastające problemy związane z:

- niedoborem kadry pielęgniarskiej i położniczej w obsadach kadrowych w szpitalach i innych podmiotach leczniczych zagrażających bezpieczeństwu pacjentów,
- brakiem zastępowalności pokoleniowej związanej ze strukturą wiekową i drastycznym brakiem absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych w systemie pchroiny zdrowia,
- złymi warunkami placowymi powodującymi konieczność podejmowania pracy przez pielęgniarki i położne u kilku świadczeniodawców.

Dziś wszystkie te czynniki doprowadziły do tego, że stoimy na progu zapaści systemu opieki pielęgniarskiej i położniczej, zagrożone jest bezpieczeństwo pacjentów, a zdecydowane głosy naszego środowiska nazywane są gramami politycznymi lub sprowadzane wyłącznie do „wygórowanych żądań placowych”. Sprawdzone rozwiązania w podstawowej opiece zdrowotnej próbuje się zmieniać wbrew głosom rozsądku zgłaszanym przez nasze środowisko. Po raz kolejny głosy środowiska pielęgniarek i położnych o poprawę bezpieczeństwa wykonywania zawodu oraz poprawy warunków pracy i płacy pozostają niewysłuchane przez kolejne Rządy Rzeczypospolitej Polskiej.

Życzę Państwu słonecznych i bezratoskich wakacji, aby były one okazją do odpoczynku od codziennych trosk i obowiązków.

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
(-) Marek Przybył

Stanowisko Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

z dnia 8 czerwca 2016 roku

**w sprawie akcji protestacyjnej pielęgniarek i położnych
w Instytucie Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka**

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu w pełni aprobuje działania podjęte przez pielęgniarki i położne – pracowników Instytutu Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka, uznając je za wyraz braku zgody na zmniejszające się liczbowo obsady pielęgniarsko -położnicze w oddziałach oraz braku poprawy warunków płacowych.

Pielęgniarki i położne przeciążone pracą i nadmierną liczbą pacjentów zostały zmuszone do podjęcia akcji strajkowej bo nikt nie pochylił się dotychczas nad ich słusznymi postulatami.

Jako samorząd od lat wskazujemy decydentom że balansujemy nad „kadrową przepaścią” objawiającą się :

- brakiem rzetelnego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarsko – położniczą
- narastającym niedoborem kadr i migracją zarobkową
- brakiem ekonomicznej atrakcyjności zawodowej pielęgniarek i położnych.

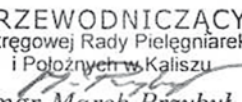
W tak rysującej się rzeczywistości, stajemy po stronie strajkujących pielęgniarek i położnych, dając im wsparcie a jednocześnie mamy nadzieję że ich wysiłek i desperacja będzie przyczynkiem do zmiany polityki wobec pielęgniarek i położnych w całym kraju.

Sekretarz OR

Przewodniczący OR

SEKRETARZ
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Kaliszu

mgr Małgorzata Kowańska

PRZEWODNICZĄCY
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Kaliszu

mgr Marek Przybył

PIELĘGNIARSTWO**ODLEŻYNY – PROFILAKTYKA CZY LECZENIE CZ. II**

W profilaktyce odleżyn unikamy ucisku miejscowego oraz dążymy do równomiernego odciążenia całego ciała poprzez zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego dynamicznego, zmiennociśnieniowego, które są ogólnodostępne i refundowane. Oczywiście są pacjenci, którzy z różnych powodów nie akceptują materacy dynamicznych, np. przeszkadza im szum pompy, nie chcą leżeć na „gruszkach” czy „kamieniach”, czasem jest im po prostu niewygodnie. Wówczas można spróbować zastosować materac statyczny, np. materac gąbkowy typu jeż, czy też materace wypełnione ziarnami np. gryki. Jednak w tym wypadku nie można mówić o równomiernie rozłożonym ucisku. Jedynie materace zmiennociśnieniowe dynamiczne stanowią zabezpieczenie dla pacjenta leżącego. Są one różne pod względem konstrukcji i wykonania, mają jednak wspólną zasadę działania. Pneumatyczny kompresor wtłacza powietrze do komór materaca, co pewien czas zmieniając jego rozdział pomiędzy nimi. Zmiany ciśnienia powodują masaż ciała i w efekcie natrzemienne zmniejszanie ucisku, co zwiększa ukrwienie tych części, które aktualnie nie stykają się z materacem. Najbardziej zaawansowane technologicznie materace zbudowane są z układu wielu komór, posiadają specjalne czujniki ciśnienia i są sterowane za pomocą mikroprocesora.

Pisząc o równomiernym odciążeniu ciała, należy wspomnieć o stosowaniu kół pod pośladki i pięty. Nie zaleca się ich, ponieważ pomimo tego, że odciążają miejsca narażone na odleżyny, to ucisk miejscowy na tkanki przylegające do rany powoduje zmniejszony przepływ tlenu, zwiększając ryzyko niedokrwienia, a następnie martwicy. Prowadzi więc do powstania odleżyny. Edukując rodzinę chorego w domu należy wspomnieć, że zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego nie zwalnia nas z konieczności zmiany pozycji ciała.

Kolejnym ważnym elementem w profilaktyce przeciwoodleżynowej jest eliminacja, zmniejszenie działania tarcia oraz bocznych sił ścinających. Kiedy mamy do czynienia z działaniem takich sił? Przy nieprawidłowym przemieszczaniu chorego, kiedy ciągniemy go po łóżku lub przy zsuwaniu się jego ciała, przy zbyt wysokim ułożeniu. Tu dodatkowo działają boczne siły ścinające. Początkowo możemy nawet nie zauważyć żadnych zmian na skórze, ponieważ zachodzą one pod skórą i przy zadziałaniu dodatkowych czynników, np. ucisku, odleżyna może powstać dużo szybciej. Zatem co zrobić, by temu zapobiec? Częściowo odpowiedź już została przedstawiona. Korzystać ze sprzętu do przemieszczania chorych, wykorzystywać podkłady, prześcieradła oraz stosować techniki przemieszczania wykorzystujące zjawisko dźwigni. Poza tym pamiętajmy o prawidłowym ułożeniu

w łóżku. Oczywiście jeśli stan chorego nie wymusza innej pozycji, to układamy go z głową uniesioną do 30° w stosunku do osi ciała. Wówczas chory nie będzie się ześlizgiwał. Pozycja zbyt wysoka, w jakiej często pacjenci są układani, powoduje dodatkowo zwiększony nacisk na okolicę kości krzyżowej, pośladków oraz pięty i łokcie. W zapobieganiu działaniu sił tarcia na ciało chorego dużą rolę odgrywa stosowanie bielizny osobistej i pościelowej z naturalnych włókien. Unikajmy także gumowych podkładów, stosując podkłady jednorazowe. Wyniosłości kostne pacjenta można zabezpieczyć folią poliuretanową np. Medisorb F.

Ważnym ogniwem profilaktyki przeciwoodleżynowej jest dieta. Odpowiednia ilość przyjmowanych płynów, dieta zbilansowana w zależności od innych chorób współistniejących. U chorego z odleżynami dieta bogata w witaminy oraz makro- i mikroelementy.

LECZENIE ODLEŻYN

Leczenie odleżyn to wilgotne gojenie ran polegające na zamknięciu gojącej się odleżyny za pomocą specjalnego półprzepuszczalnego, pochłaniającego nadmiar wysięku opatrunku, co powoduje przyspieszenie leczenia o około 50 proc.

Jakie cechy powinien spełniać idealny opatrunek:

- utrzymywać wysoką wilgotność pomiędzy nim a raną,
- usuwać nadmiar wysięku i toksycznych cząstek,
- nie przylegać do rany,
- być nieprzepuszczalnym dla bakterii,
- pozwalać na prawidłową wymianę gazową,
- utrzymywać odpowiednią temperaturę bliską temperaturze ciała,
- być nietoksycznym i niealergizującym,
- być łatwym do wymiany i nie uszkadzać nowo powstałych tkanek.

Zwraca się również uwagę na takie cechy, jak: możliwość wyboru postaci i wielkości opatrunku, jego odporności na tarcie i uszkodzenia, zdolność do utrzymywania się na ranie, łatwość założenia i usunięcia oraz cenę.

Produkowane obecnie na świecie opatrunki można podzielić na siedem głównych grup:

- błony poliuretanowe,
- hydrokoloidy,
- hydrożele,
- gąbki poliuretanowe,
- dekstranometry,
- opatrunki alginianowe,
- inne lub złożone.

Mogą być one stosowane do leczenia odleżyn o każdym stopniu zaawansowania. Ponieważ różnią się jednak budową, a co za tym idzie właściwościami, nie-

zbędna jest ich znajomość w celu zastosowania najbardziej odpowiedniego w danej sytuacji klinicznej. Opatrunki te z bardzo dobrym efektem można stosować również do leczenia innych ran gojących się wtórnie - owrzodzeń żylnych podudzi, ran chirurgicznych, oparzeń I i II stopnia oraz miejsc po pobraniu przeszczepu.

Właściwa ocena wyglądu ran jest podstawowym elementem w procesie gojenia rany i od niej zależy powodzenie procesu leczniczego. Ocena powinna obejmować: pomiar wielkości (długość, szerokość, głębokość), charakter wysięku i jego ilość, ocenę dna rany (czy występuje martwica, ziarnina), ocenę bólu (np. przy użyciu skali VAS), ocenę skóry wokół rany (czy jest zmacerowana), ocenę brzegów rany i stopnia odleżyny. W praktyce szpitalnej i w domu do leczenia odleżyn stosuje się i poleca klasyfikację opartą na modelu angielskim, nazywaną przez niektórych „systemem kolorowym” - w zależności od etapu gojenia i koloru odleżyny. Rany „czarne” są pokryte suchą martwicą, rany „żółte” - pokryte martwicą rozpułną, rany ziarninujące są „czerwone”, a naskórkujące „różowe”.

Rany w systemie kolorowym

ETAP GOJENIA	ZADANIE	WYSIĘK	CEL	ZALECANE POSTĘPOWANIE
MARTWICA SUCHA/WILGOTNA (czarne)	Rozpuścić tkankę nekrotyczną, oczyścić ranę	Mały lub brak	Utrzymanie rany w środowisku wilgotnym	* oczyszczenie chirurgiczne * larwy much * oczyszczenie antyseptykiem np. Odenisept®
		Średni	Pochłanianie wysięku	* hydrożel * hydrokoloid pasty + płytka * żel hydrokoloidowy
MARTWICA ROZPUŁNA (żółte)	Oczyszczenie rany	Obfity	Pochłanianie wysięku	* Opatrunek w technologii Hydrofiber® * alginiany (sznur lub płytka)
		Średni	Utrzymanie wilgotnego środowiska	* Odenisept®
		Mały		* hydrokoloidy * żel hydrokoloidowy * dekstranometry
ZIARNINOWANIE (czerwone)	Pobudzenie i utrzymanie ziarninowania	Obfity	Pochłonięcie wysięku	* Opatrunek w technologii Hydrofiber® * Versiva® XC™ * alginiany sznur lub płytka
		Średni	Utrzymanie wilgotnego środowiska	* Versiva® XC™ * żel hydrokoloidowy * hydrokoloidy * opatrunki poliuretanowe
NASKÓRKOWANIE (różowe)	Pobudzenie naskórkowania	Mały	Stymulacja wzrostu naskórka	* hydrokoloid super cienki * żel hydrokoloidowy * błona półprzepuszczalna

Tabela. 2. Model klasyfikacji ran

Rany „czarne”

Odleżyny takie mają charakterystyczny czarny, czasami brązowy kolor, który pochodzi od suchej i twardej lub miękkiej martwicy. Są to głównie odleżyny głębokie IV, a nawet V stopnia. Martwica znajduje się w dnie na całości rany lub

jej części. Często występują w takich odleżynach uchylki i kieszenie. Celem w leczeniu takiej rany jest oczyszczenie odleżyny przez usunięcie lub rozpuszczenie martwicy. Można to wykonać chirurgicznie, ale niezbędne jest posiadanie odpowiedniego sprzętu i doświadczenia. Jest to również czynność, która może być nieprzyjemnie odczuwana przez chorego. Bardzo skuteczną metodą jest oczyszczanie rany za pomocą antyseptyku - zmienianych dwa razy dziennie gazików nasączanych Octeniseptem. Właściwe także jest użycie Prontosanu, środka powodującego oczyszczanie rany i równocześnie posiadającego właściwości antybakteryjne. Popularna staje się tzw. biochirurgia, czyli oczyszczanie za pomocą larw muchy Lucilla sericata. Grupą opatrunków mających tutaj zastosowanie są hydrożele, które dzięki wysokiemu uwodnieniu powodują zmiękczenie martwicy i pozwalają na zachodzenie naturalnych procesów autolizy i oczyszczenie odleżyny. Skutecznym opatrunkiem jest żel hydrokoloidowy, będący połączeniem hydrokoloidu z hydrożelem. Dzięki wysokiemu uwodnieniu hydrożelu (~80 proc. wody) powoduje nasączenie i łatwe oddzielenie martwicy, po-

zwalając również (dzięki zwiększonym zdolnościom pochłaniającym hydrokoloidu) na dłuższe pozostawanie w ranie. Musi zostać pokryty drugim opatrunkiem. Właściwości oczyszczające posiadają również hydrokoloidy w postaci pasty, służącej do wypełniania jamy

odleżynowej, którą następnie przykrywamy hydrokoloide w postaci płytki. Na początku, przy dużej ilości wysięku, konieczne jest częstsze dokonywanie zmian.

Rany „żółte”

Żółty, czasami przechodzący w biel kolor rany pochodzi od nagromadzonych mas komórek, głównie tłuszczowej tkanki podskórnej. Celem leczenia jest oczyszczenie takiej rany. W odleżynach z dużą ilością wysięku bardzo skuteczne są opatrunki alginianowe w postaci płytki na rany płaskie lub sznura do ran głębokich. Gdy ilość wysięku w ranie jest średnia lub mała, dążymy do utrzymania najbardziej optymalnego wilgotnego środowiska. W przeszłości stosowano w takich ranach chemiczne środki oczyszczające - roztwory podchlorynów, nadtlenek wodoru, 10 proc. NaCl. Są one łatwo dostępne, tanie, ale z badań hodowli tkankowych i doświadczeń z tkankami zwierzęcymi wiadomo, że powodują uszkodzenie nowo powstałych tkanek. Są bardzo szybko dezaktywowane, a otaczająca skóra może ulec podrażnieniu. Może również rozwijać się oporność bakterii na te środki. Najmniej toksycznym środkiem zaakceptowanym do użycia jest roztwór dichlorowodoru octenidyny - Octenisept. Opatrunkami polecanymi na rany żółte są hydrokoloidy lub dekstranometry. Należy tu wymienić także wysoko uwodniony żel hydrokoloidowy, który dzięki oddawaniu wody do środowiska rany i równoczesnemu pochłanianiu nadmiaru wysięku utrzymuje swoistą „równowagę wodną”. Żel hydrokoloidowy wymaga pokrycia drugim opatrunkiem pochłaniającym.

Rany „czerwone”

Czerwony kolor rany oznacza ziarninowanie, czyli fazę wzrostu komórkowego. Z istniejących naczyń krwionośnych rozrastają się na zrębie kolagenowym produkowanym przez fibroblasty nowe naczynia włosowate. Powstająca w ten sposób ziarnina jest żywo czerwona, bardzo delikatna i przy urazie łatwo krwawi. W tym okresie leczenia stosowane opatrunki powinny tworzyć wilgotne środowisko i pobudzać ziarninowanie. Gdy ilość wysięku jest wysoka, skuteczne są opatrunki alginianowe lub hydrofibre. Wymagają one pokrycia drugim opatrunkiem, np. hydrokoloide lub opatrunkiem poliuretanowym. W ranach ze średnią lub małą ilością wysięku możemy stosować hydrokoloidy, opatrunki poliuretanowe, żel hydrokoloidowy lub hydrożele w postaci płytki.

Rany „różowe”

Różowy kolor rany odpowiada ostatniemu etapowi gojenia, jakim jest naskórkowanie. Rana, która jest wypełniona ziarniną, pokrywa się naskórkiem wędrującym z brzegów rany, głębiej położonych mieszków włosowych i gruczołów potowych. Celem leczenia jest pobudzenie naskórkowania i jego ochrona. Po zetknięciu się brzegów naskórka jego komórki przestają migrować i zaczynają się dzielić, prowadząc do odtworzenia pełnej grubości wielkomórkowego naskórka i zakończenia fazy naskórkowania. Powstaje blizna. Opatrunkiem stwarzającym wilgotne środowisko, w którym zachodzą niczym niezakłócone procesy naskórkowania jest ponownie żel

hydrokoloidowy. Pokryty jest drugim opatrunkiem, np. hydrokoloide supercienkim lub opatrunkiem poliuretanowym. Zastosowanie w leczeniu ran naskórkujących znajdują również hydrokoloidy supercienkie lub błony poliuretanowe. Hydrokoloid, dzięki cienkiej warstwie aktywnej, ma właściwości pochłaniające i może być stosowany na ranie naskórkujące nawet umiarkowanie wydzielającej. Opatrunkami bardzo przydatnymi w okresie naskórkowania są błony poliuretanowe - cienkie, elastyczne i przezroczyste. Strona wewnętrzna błony ma duże właściwości adhezyjne, co powoduje jej dobre przyleganie do rany i otaczającej skóry. Struktura błony pozwala na swobodne parowanie z powierzchni odleżyny, nie przepuszcza natomiast wody i zanieczyszczeń z zewnątrz. Pod nią zachodzą niezakłócone procesy naskórkowania, a przez przezroczystą powierzchnię błony można dokładnie obserwować procesy gojenia. W odpowiednich warunkach błonę można wymieniać nawet co 10 dni. Ponieważ jednak błona poliuretanowa nie ma właściwości pochłaniających, gromadzący się wysięk może być przyczyną jej wcześniejszego zsunienia lub konieczności wymiany opatrunku.

Przedstawiony system klasyfikacji ran służy właściwemu i najbardziej optymalnemu stosowaniu dość już szerokiej gamy opatrunków obecnych na naszym rynku. Jest to system pozwalający na użycie do leczenia odleżyn opatrunku w zależności od fazy gojenia. Jest on prosty do zastosowania zarówno w szpitalu, jak i w domu. Pomimo coraz większej wiedzy i nowoczesnej literatury dostępnej w kraju, jeszcze często są stosowane przestarzałe i niewłaściwe metody leczenia odleżyn za pomocą tradycyjnych opatrunków gazowych.

Rodzaje opatrunków

Błony półprzepuszczalne

OpSite, Smith & Nephew

Tegaderm, 3M

Bioclusive, Johnson & Johnson

Hydrożele

Aquagel, Kik Gel

IntraSite Gel, Smith & Nephew

Hydrosorb, Hartmann

Hydrokoloidy

Granuflex, ConvaTec

Comfeel, Coloplast

Hydrocol, Hartmann

Tegasorb, 3M

Dekstranometry

Debrisan, Pharmacia

Acudex, Polfa

Iodosorb, Perstorp Pharma

Alginiany

Kaltostat, ConvaTec

Kaltogel, ConvaTec
Sorbsan, Pharma-Plast
Sorbalgon, Hartmann

Opatrunki poliuretanowe
Allevyn, Smith & Nephew
Tielle, Johnson & Johnson
Biatain, Coloplast
Permafoam, Hartmann

Inne/mieszane
Aquacel, Aquacel Ag, ConvaTec
Granugel, ConvaTec
Purilon, Coloplast
NU-Gel, Johnson & Johnson
ActisorbSilver 220, Johnson & Johnson

Podsumowanie

Profilaktyka przeciwoodleżynowa jest ważnym elementem opieki nad przewlekłym chorym lub długotrwale unieruchomionym pacjentem. Prawidłowo zaplanowana i konsekwentnie realizowana, w znaczny sposób zmniejsza ryzyko powstania odleżyn oraz zapobiega ich nawrotom po wygojeniu rany. Bardzo ważne jest kontynuowanie działań profilaktycznych w momencie powstania zmian odleżynowych. Stanowi to integralną całość z działaniem pielęgnacyjno-leczniczym. Rola pielęgniarki w profilaktyce odleżyn będzie się zasadniczo różniła w zakładzie opieki długoterminowej, szpitalu czy też w opiece domowej. W opiece stacjonarnej ocena ryzyka, postępowanie pielęgnacyjno-profilaktyczne pozostaje w gestii personelu medycznego. Kiedy pacjent przebywa w szpitalu, warto angażować rodzinę w czynności pielęgnacyjne przy chorym; pokazać w jaki sposób myć, zmieniać pieluchomajtki, pomagać przy spożywaniu posiłków, komunikować się; przy wypisie wskazać instytucję, do których można się zgłosić po pomoc. W opiece domowej nad chorym, zakres tych czynności przypada rodzinie. Tu pielęgniarka jest edukatorem, konsultantem; współuczestniczy w tych czynnościach już w innym zakresie. Wskazuje, na jakie objawy rodzina musi zwrócić uwagę, jak pielęgnować chorego, jak go układać,

jak zmieniać pozycję ciała, jak stymulować i mobilizować do aktywności, czym karmić i w jaki sposób sobie radzić, gdy chory ma problem z przyjmowaniem posiłków. Profilaktyka oparta o doświadczenie i wiedzę personelu medycznego poprawia jakość życia chorego, znacznie zmniejszając koszty pielęgnowania i leczenia.

Przy odleżynach pierwszego stopnia wystarczy odpowiednia profilaktyka i obserwacja skóry oraz właściwy opatrunek. Częstsza zmiana pozycji pacjenta, odpowiedni materac, nawilżenie skóry. O tym jak leczyć odleżyny w zaawansowanym stopniu, decyduje lekarz. Na rynku dostępnych jest kilka rodzajów opatrunków: błony poliuretanowe, hydrożele, hydrokoloidy, dekstranomy, gąbki poliuretanowe, alginianowe oraz opatrunki złożone. Przy odleżynach drugiego stopnia istotne jest stworzenie odpowiedniego środowiska do gojenia oraz zabezpieczenie skóry przed infekcjami, bakteriami. Przy odleżynach trzeciego stopnia opatrunek spełnia również rolę wypełnienia ubytku i ochronę rany. Odleżyny czwartego oraz piątego stopnia wymagają opatrunków, które działają na zalegającą w ranie martwicę, działają oczyszczająco, wypełniają ranę i zapobiegają zakażeniom krzyżowym.

Jednym słowem, strategia zapobiegania odleżynom obejmuje: poznanie czynników ryzyka rozwoju odleżyny, ocenę stopnia niedożywienia pacjenta, zapobieganie ucisku tkanek i pielęgnację skóry a głównymi elementami w leczeniu odleżyny są: zmniejszanie ucisku tkanek, zapobieganie urazom i zranieniom oraz stworzenie optymalnych warunków dla procesu gojenia rany oraz wyrównanie niedoborów żywieniowych.

Opracowała Jadwiga Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Sopata M.: Profilaktyka i leczenie odleżyn. Puls medycyna.pl

Prasalek G.: Odleżyny: jak zapobiegać i leczyć rany na skórze. WWW.poradnikzdrowie.pl

Szwedo J.: Profilaktyka przeciwoodleżynowa. Docplayer.pl

Jemiolo M.: Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn. Docplayer.pl

Klukowski M.: Odleżyny u osób w wieku podeszłym – zapobieganie i leczenie. Borgis - Postępy Nauk Medycznych 12/2008

Kapala W.: Pielęgnacja ran oraz ryzyko zakażeń na oddziale chirurgii ogólnej. Pielęgniarstwo chirurgiczne. Czelej 2006.

Klasyfikacja odleżyn. WWW.dlaspecjalistów.mojarana.pl

Wyrazy szczerego współczucia
dla Koleżanki

Agnieszki Sztukowskiej

z powodu śmierci Mamy
składają pielęgniarki i położne

Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia
Sp. z o. o. w Ostrzeszowie

Wyrazy głębokiego współczucia
naszej Koleżance położnej

Agnieszce Sztukowskiej

z powodu śmierci Mamy
składają położne

Oddziału Ginekologiczno-Położniczego
OCZ Sp. z o. o. w Ostrzeszowie

DOSKONALENIE ZAWODOWE

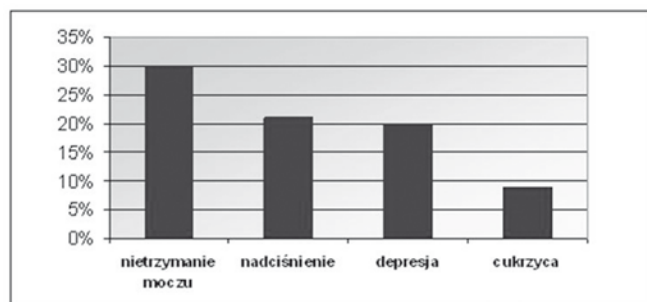
INKONTYNENCJA – PROBLEM SPOŁECZNY

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (International Continence Society – ICS) nietrzymanie moczu (NTM) to niezależny od woli wyciek moczu.

Szacuje się, że około 50% kobiet, w jakimś okresie swojego życia, cierpi na nietrzymanie moczu. Wśród mężczyzn zachorowalność kształtuje się na poziomie 5% i w większości przypadków związana jest z chorobami gruczołu krokowego. Statystyki wskazują jednoznacznie, że NTM stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny.

Nietrzymanie moczu uważane jest za jedną z najczęstszych przewlekłych chorób mięśni dna miednicy mniejszej, bywa źródłem wstydu, zahamowań i zażenowania. Problem polega na tym, że niełatwo z nim walczyć, a objawy są trudne do zaakceptowania dla każdej kobiety. Częstotliwość występowania NTM wzrasta wraz z wiekiem. Szacuje się, że problem ten dotyka ok. 50% osób (zarówno kobiet jak i mężczyzn) powyżej 70 roku życia. Od pewnego czasu obserwujemy proces starzenia się społeczeństwa, oczekiwana długość trwania życia w Europie Środkowej wciąż wzrasta. Oznacza to, że wraz ze wzrostem liczby osób w podeszłym wieku wzrasta również skala problemu NTM. W Europie Środkowej operuje się średnio jedną na 11 kobiet z powodu nietrzymania moczu i osłabienia mięśni dna miednicy. W Polsce te liczby są zbliżone.

Występowanie NTM na tle innych chorób społecznych u kobiet



Źródło: Raport International Continence Society przedstawiony podczas XXXIII Zjazdu ICS (5 - 7.10.2003, Florencja)

U kogo występuje zwiększone ryzyko wystąpienia inkontynencji?

Na nietrzymanie moczu narażone bardziej są kobiety w czasie menopauzy, pacjenci po zabiegach operacyjnych układu moczowo - płciowego, chorzy z zapaleniem pochwy, udarem mózgu, stwardnieniem rozsianym, kamicą nerkową, chorobą Parkinsona, chorobą Alzheimera, cukrzycą, przerostem prostaty. Także osoby nadużywające alkohol i przyjmujące leki moczopędne.

STOPNIE NIETRZYMANIA MOCZU

Pierwszy stopień oznacza stan, w którym niekontrolowany wypływ moczu zdarza się podczas nagłego napięcia powłok brzusznych, kiedy w jamie brzusznej szybko wzrasta ciśnienie – to znaczy podczas kichnięcia, śmiechu, podniesienia dziecka czy kaszlu.

Drugi stopień oznacza, że do wypływu moczu dochodzi podczas normalnych czynności, takich jak bieganie, praca fizyczna, wchodzenie po schodach.

Trzeci stopień, najbardziej uciążliwy, polega na tym, że wypływ moczu ma miejsce nawet podczas zwykłego stania. To stadium jest oczywiście najbardziej uciążliwe, ponieważ oznacza nie tylko mokrą bieliznę, ale też stygmatyzujące objawy, takie jak zapach rozkładającego się moczu, wyczuwalny dla otoczenia. Dlatego dotknięte tym problemem kobiety wycofują się z życia społecznego, czasem popadając nawet w depresję. Często występują zakażenia wtórne.

PRZYZCZYNY INKONTYNENCJI

Infekcje układu moczowo-płciowego. Nietrzymanie moczu bywa jednym z objawów (często pierwszych) takich zakażeń.

Zmiany hormonalne. Kiedy obniża się poziom estrogenów, zmniejsza się elastyczność mięśniówki dna miednicy i przepony moczowo-płciowej. Są to te mięśnie, które utrzymują narządy płciowe we właściwym położeniu. Ich praca jest niezwykle istotna w okresie rozrodczym. Spadek poziomu estrogenów negatywnie odbija się na ich funkcjonowaniu. Zwiotczałe mięśnie nie utrzymują już tak stabilnie wewnętrznej struktury i dochodzi do opuszczania się narządów, zmiany ich położenia – także do zmiany w położeniu cewki moczowej. To dlatego właśnie problem nietrzymania moczu dotyczy głównie kobiety po menopauzie.

Porody. Z reguły podejrzewa się tę przyczynę, gdy nietrzymanie moczu zdarza się u młodej kobiety. Pomimo wysokiego poziomu hormonów dochodzi do obniżenia napięcia mięśni dna miednicy, ponieważ dochodzi do ich rozciągnięcia czy uszkodzenia podczas porodu. Z reguły poród jest tak prowadzony, by główka dziecka nie uszkodziła krocza. Ale gdy główka dziecka jest wyjątkowo duża, dziecko źle ułożone lub konieczny jest np. poród kleszczowy może dojść do uszkodzenia mięśni. Młode matki z reguły bagatelizują problem, tymczasem powinny jak najszybciej zgłosić nietrzymanie moczu lekarzowi.

Ciężka praca fizyczna, która ma wpływ na stan mięśni krocza, otyłość, która jest obciążającą dla całego organizmu czy nadużywanie środków moczopędnych. Współżycie seksualne nie jest powodem uszkodzenia mięśni, odpowiedzialnych za trzymanie moczu. Zdarza się, że jeśli kobieta bardzo długo nie uprawiała seksu, to podjęcie współżycia może spowodować kłopoty z trzymaniem moczu (są to z reguły komplikacje ze strony układu moczowo-płciowego, związane z nową florą bakteryjną i nowym partnerem).

RODZAJE INKONTYNENCJI

W schorzeniach nietrzymania moczu wyróżnia się dwie zasadnicze formy – jedna z nich to wysiłkowe nietrzymanie moczu, a druga to nad aktywność pęcherza. Ogólnie nietrzymanie moczu – niezależnie od przyczyny – wiąże się z licznymi ograniczeniami życia codziennego.

Inkontynencja stresowa (ang. *stress incontinence*), **wysiłkowe nietrzymanie moczu** — rodzaj inkontynencji związany z osłabieniem mięśni miednicy, czyli zewnętrznego systemu zamknięcia. Ta postać występuje najczęściej (40% wszystkich rodzajów NM). Inkontynencja ta pojawia się podczas szybkiego wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej, które powoduje u chorego niekontrolowane oddanie moczu. U chorych dochodzi do tego podczas zwiększonego napięcia mięśni brzucha przy takich czynnościach jak śmiech, kichanie, kaszel, ale także przy podnoszeniu ciężkich przedmiotów. Dotknięte są tym najczęściej kobiety po wielokrotnych porodach, osoby cierpiące na nadwagę, ale także osoby starsze, ze względu na starcze osłabienie mięśni. **UWAGA:** - inkontynencja stresowa nie wiąże się z ogólnie pojętym stresem, czy stresującymi sytuacjami. Prawdopodobne polskie określenie brzmi wysiłkowe nietrzymanie moczu, gdyż w tym przypadku angielskie słowo „stress” odnosi się do polskiego słowa „naciskać”.

Nagłace nietrzymanie moczu dotyczy 1/3 wszystkich chorych, jest to jeden z objawów pęcherza nadreaktywnego. Przyczyną występowania tego rodzaju inkontynencji mogą być m.in. operacje miednicy mniejszej, przerost gruczołu krokowego oraz choroby neurologiczne. Nagłace NTM jest konsekwencją niemożliwego do opanowania skurczu pęcherza, cechuje się uczuciem nagłej niepohamowanej potrzeby oddania moczu.

O **mieszanym nietrzymaniu moczu** mówimy wtedy, gdy objawy typowe dla wysiłkowego nietrzymania moczu występują wspólnie z nagłym nietrzymaniem moczu. Ten rodzaj NTM występuje u 29% wszystkich chorych.

Inne rodzaje NTM dotyczą znikomego odsetka populacji.

Inkontynencja przetokowa (pozacewkowe nietrzymanie moczu) – najrzadsza forma inkontynencji i polega na stałej utracie moczu, który może np. uchodzić bezpośrednio do jamy brzusznej lub pochwy. Powodem są najczęściej wrodzone niewłaściwe połączenia przewodów moczowych. Ten rodzaj inkontynencji musi być leczony chirurgicznie. Wyjątkiem są sztuczne przetoki przy chronicznych zapaleniach jelit.

Inkontynencja pomikcyjna [http://ortopedianew.appspot.com/wiki/J%C4%99zyk_angielski\(kropelkowanie_pomikcyjnej\)](http://ortopedianew.appspot.com/wiki/J%C4%99zyk_angielski(kropelkowanie_pomikcyjnej)) – dotyczy tylko mężczyzn. Cewka moczowa mężczyzny

jest o kilkanaście centymetrów dłuższa niż cewka kobiet. Po oddaniu moczu (mikeja) w cewce może pozostać nawet kilka mililitrów moczu. Po skorzystaniu z toalety może zdarzyć się wyciek tych kilku kropli moczu w niekontrolowany sposób.

Inkontynencja z przepelnienia — inkontynencja związana z zablokowaniem dróg ujścia moczu. Najczęściej dotknięci są nią mężczyźni ze względu na przerost gruczołu krokowego, przez który przebiega zwężona (w związku z przerostem) cewka moczowa. W tym przypadku dochodzi do stałego wydzielania niewielkich ilości uryny, dlatego często mówi się wówczas o inkontynencji kropelkowej. Jednakże, to kropelkowe wydalenie moczu może być mylące, gdyż główną cechą charakterystyczną jest fakt, że w pęcherzu zawsze pozostaje uryna i pęcherz nigdy nie zostaje całkowicie opróżniony, przez co często dochodzi do stanów zapalnych. W tym wypadku ilość zalegającego moczu może dochodzić do wartości powyżej 1000 ml, objawiając się ostrymi bólami. W takiej sytuacji cewnikuje się chorego, w celu umożliwienia całkowitego opróżnienia pęcherza i stosuje leczenie operacyjne. Dotknięci tym rodzajem inkontynencji mogą być również kobiety, u których przyczyną mogą być różnego rodzaju guzy.

METODY LECZENIA

Zmiana stylu życia

Należy zapytać się o dietę pacjentki, sprawdzić jej wagę i ustalić, czy pali papierosy. Osoby z nadwagą są bardziej podatne na inkontynencję wysiłkową z powodu podwyższonego ciśnienia brzuszego. Palenie papierosów natomiast powoduje częstszy kaszel, co także może prowadzić do wzmożenia objawów.

Nie należy pić zbyt dużo ani zbyt mało. Ograniczenie przyjmowania płynów w celu zmniejszenia wytwarzania moczu może prowadzić do dalszego podrażnienia pęcherza i w efekcie do infekcji.

Należy unikać kofeiny i napojów gazowanych, które mogą powodować popędliwość pęcherza. Dotyczy to również alkoholu.

Należy ustalić, jakie lekarstwa pacjent aktualnie przyjmuje, aby uniknąć konfliktu lub efektów jatrogennych.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy

Ogólnie przyjętą pierwszą metodą leczenia inkontynencji wysiłkowej są ćwiczenia mięśni dna miednicy, które poprawiają podtrzymanie pęcherza i poprawiają ciśnienie zamykania cewki moczowej. Najlepiej skierować pacjenta do fizjoterapeuty, który odpowiednio poinstruuje go, jak należy wykonywać ćwiczenia, dzięki czemu możliwe będzie osiągnięcie najlepszych rezultatów. Badanie lekarskie pomoże określić stan mięśni dna miednicy i ułatwi odpowiedni dobór ćwiczeń.

Elektrostymulacja polega na stymulacji mięśni dna miednicy za pomocą wiązki prądu elektrycznego (metoda ta polecana jest pacjentom, którzy nie są w stanie samodzielnie efektywnie wykonywać ćwiczeń mięśni dna miednicy). Ma ona również zastosowanie w leczeniu przypadków nagłego nietrzymania moczu i zespołów bólowych.

Stymulacja magnetyczna jest stosunkowo nowym sposobem leczenia. Proces leczenia trwa 6 tygodni i polega na indukowaniu pola elektrycznego mięśni dna miednicy.

Biofeedback jest nauką świadomego kurczenia i relaksacji mięśni dna miednicy, która działa na zasadzie sprężenia zwrotnego. Polega na kontrolowanym, zarówno przez lekarza, jak i pacjenta ćwiczeniu skurczów dna miednicy. Biofeedback wymaga specjalnej aparatury rejestrującej i umożliwiającej odbiór wzrokowy lub słuchowy rejestrowanych zmian, co pozwala regulować i kontrolować pracę mięśni. Połączenie tych wszystkich elementów sprawia, że jest to jedna z najefektywniejszych metod leczenia.

Trening pęcherza to świadome odraczanie momentu oddawania moczu, połączone z notowaniem występowania parć naglających i mikcji w specjalnym dzienniczku. Istotne jest także kontrolowanie ilości i częstości przyjmowanych płynów.

Produkty

Najchętniej stosowane przez pacjentów są produkty chłonne chroniące przed przeciekaniem i przeznaczone specjalnie dla osób z nietrzymaniem moczu. Na rynku dostępne są zarówno produkty jednorazowego, jak i wielorazowego użytku. Pacjenci mają do wyboru kilka rodzajów wkładów i majtek chłonnych, dostosowanych do ich codziennych potrzeb. Dostępne są produkty cienkie i dyskretne do użytku w ciągu dnia, a także wystarczająco chłonne, by poradzić sobie z obfitymi wyciekami. W odpowiednim doborze produktów pomoże lekarz lub pracownik poradni, a lokalne organizacje zajmujące się problemami inkontynencji pomogą w dotarciu do nich.

Dostępne są także inne produkty przeznaczone do zbierania moczu i powstrzymywania wycieków. Jako tymczasowy środek zapobiegawczy po operacji lub jako rozwiązanie trwałe mogą być stosowane cewniki.

Leczenie farmakologiczne

Na rynku dostępne są nowe leki, które mogą pomagać pacjentom z inkontynencją wysiłkową. Są to podwójne inhibitory zwrotnego wychwyty noradrenaliny/serotoniny.

Z badań wynika, że najlepsze rezultaty w leczeniu farmakologicznym osiąga się w połączeniu z ćwiczeniami mięśni dna miednicy.

Leczenie operacyjne

Najlepsze efekty dają operacje z użyciem taśm. 81% operowanych tą metodą kobiet wyleczono całkowicie, a znacząca poprawa nastąpiła u 16% chorych. Ciągłe prowadzone są badania w celu udoskonalenia zarówno metod implantacji taśm, jak i samych materiałów do implantacji.

Nietrzymanie moczu to nie tylko problem medyczny ale także psychiczny, który może zupełnie zdeorganizować życie osoby nim dotkniętej. Wstyd, bezradność, obniżenie poczucia własnej godności oraz poczucie niepełnej wartości społecznej - to uczucia, które często towarzyszą osobom dotkniętym NTM. Pogorszeniu ulega ich jakość życia - zarówno osobistego jak i zawodowego. Wiele osób ogranicza wychodzenie z domu, rezygnuje z pracy i kontaktów towarzyskich, co w skrajnych przypadkach prowadzi do pełnej izolacji społecznej, a nawet depresji. Nietrzymanie moczu niejednokrotnie jest też przyczyną zaburzeń seksualnych, a w rezultacie zaniechania życia płciowego.

Nietrzymanie moczu często wpływa na pogorszenie jakości życia nie tylko osób dotkniętych tą dolegliwością, ale także ich rodzin. Dotyczy to zwłaszcza opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi ruchowo.

Opracowała na podstawie piśmiennictwa: mgr Danuta Wieczorek

Co to jest inkontynencja? MB Medica. www.mbmedica.pl

Diagnozowanie i leczenie kobiet z inkontynencją. www.tena.pl

Kazimierzczuk A.: Inkontynencja - nietrzymanie moczu. www.rp.pl

Kanabrocka J.: Leczenie nietrzymania moczu w Polsce. Przegląd Urologiczny 2007/3 (43)

www.ntm.pl

Radziszewski P., Dobroński P.: Lekarz Radzi - Nietrzymanie Moczu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008

Górecki R.: Leczenie nietrzymania moczu. Stan aktualny i kierunki rozwoju. Przegląd Urologiczny 2006/7/2 (36)

„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania
Tak jakbyś nie chciała, swym odejściem smucić
Jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,
Że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”

Ks. J. Twardowski

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej emerytowanej Koleżanki

Haliny Kowarskiej

Długoletniej Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Wewnętrznego
Szpitala w Ostrzeszowie

Pielęgniarki, Położne Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o

HIGIENA RĄK – DLACZEGO WCIĄŻ NIEPRAWIDŁOWA?

Higiena rąk stanowi podstawowy środek ograniczający rozprzestrzenianie się zakażeń. Jest to prosta czynność, ale brak konsekwentnego jej przestrzegania stanowi ogólnoswiatowy problem w bezpiecznej opiece nad pacjentem. Dzięki badaniom analizującym różne czynniki oddziałujące na przestrzeganie higieny rąk i najlepsze strategie jej promocji można wskazać sposoby postępowania o udowodnionej skuteczności. W związku z tym zaproponowano szereg strategii promocji higieny rąk i poprawy przestrzegania jej zasad. 5 maja 2016r. to przyjęty przez WHO Światowy Dzień Higieny Rąk. To podjęta inicjatywa na rzecz bezpieczeństwa pacjenta i bezpieczeństwa personelu, w celu podniesienia na wyższy poziom standardów i praktyki w zakresie higieny rąk oraz wdrożenia/utrwalenia skutecznych sposobów ich realizacji (1).

Higiena rąk jest podstawowym środkiem zapobiegającym zakażeniom związanym z opieką zdrowotną i rozprzestrzenianiu się antybiotykooporności. Jednakże wykazano, że pracownicy ochrony zdrowia mają trudności w przestrzeganiu właściwej higieny rąk na różnych poziomach.

Można wyróżnić najczęstsze czynniki związane z niewłaściwym przestrzeganiem zasad higieny rąk zgłaszane przez personel:

- Środki do mycia rąk powodują podrażnienia lub wysuszenie skóry
- Brak umywalek
- Umywalki znajdują się w niedogodnych miejscach
- Brak mydła i ręczników jednorazowych
- Częsty nadmiar zajęć
- Brak wystarczającej ilości czasu, potrzeby pacjenta są ważniejsze
- Używanie rękawic – przekonanie, że używanie rękawic eliminuje potrzebę zachowania higieny rąk
- Brak znajomości wytycznych / protokołów, brak wiedzy, doświadczenia i edukacji
- Brak wzorca postępowania wśród kolegów lub przełożonych
- Zapominanie o higienie rąk, sceptyczne podejście do znaczenia higieny rąk

Dodatkowe postrzegane przeszkody utrudniające właściwą higienę rąk:

- Brak aktywnego udziału w promocji higieny rąk na poziomie indywidualnym i instytucjonalnym
- Brak wskazania higieny rąk jako priorytetu instytucjonalnego
- Brak sankcji administracyjnych dla osób nieprzestrzegających zasad higieny rąk i brak nagród dla tych, którzy przestrzegają
- Brak atmosfery / kultury instytucjonalnego bezpieczeństwa i osobistej odpowiedzialności personelu ochrony zdrowia za wykonywanie czynności higieny rąk (2).

Zakażenia szpitalne są przenoszone głównie (w ponad 50%) przez ręce personelu, a mycie rąk jest najprostszą

i najbardziej skuteczną metodą zapobiegania przenoszeniu drobnoustrojów pomiędzy personelem i pacjentami

Ręce personelu medycznego są podstawowym i najczęściej używanym „narzędziem” w wykonywaniu wszystkich czynności przy pacjentach. Należy je myć zawsze starannie, niezależnie od tego czy mamy kontakt z pacjentem chorym zakażeniem, czy takim który wydaje nam się, że jest zdrowy.

Musimy pamiętać również o tym, że rękawiczki ochronne nie zwalniają nas z obowiązku mycia rąk. Dokładne umycie rąk bezpośrednio po zdjęciu rękawiczek ochronnych prowadzi do usunięcia drobnoustrojów, które znalazły się na rękawiczkach, a przy ich zdejmowaniu mogły zostać przeniesione na ręce (3). Liczne badania dowiodły, że ręce lub rękawice pracowników ochrony zdrowia mogą być skażone pałeczkami gram-ujemnymi, bakteriami gronkowca złocistego (*S. aureus*), enterokokami lub bakteriami *Clostridium difficile*, nawet wtedy, gdy wykonują „czyste procedury” lub tylko dotykają skóry hospitalizowanych pacjentów (1). Na nie mytych rękach znajduje się zazwyczaj przeszło 130 różnych szczepów bakteryjnych, z których wiele może być opornych na kilka, a nawet kilkanaście antybiotyków; liczba bakterii na dłoniach personelu medycznego waha się od $3,9 \cdot 10^4$ do $4,6 \cdot 10^6$ bakterii/cm².

Występujące drobnoustroje można podzielić na florę stałą (fizjologiczną) i florę przejściową. Flora stała (fizjologiczna) – to bakterie występujące głównie w fałdach skóry i mieszkach włosowych człowieka, namnażające się głównie w gruczołach łojowych i potowych, w związku z tym są trudne do usunięcia przy zastosowaniu środków mechanicznych; są to przede wszystkim ziarniaki Gram-dodatnie (*Staphylococcus* sp., *Micrococcus* sp.) i inne drobnoustroje obecne na rękach przejściowo. Flora stała nie wykazuje właściwości chorobotwórczych, aczkolwiek u niektórych osób składnikiem flory fizjologicznej mogą być na przykład chorobotwórcze gronkowce. Szczególnego znaczenia nabierają u pracowników medycznych oporne na antybiotyki drobnoustroje, które są odpowiedzialne za groźne zakażenia, na przykład metycylinooporne szczepy *Staphylococcus aureus* (methicillin resistant staphylococcus aureus – MRSA) lub

oporne na wankomycynę enterokoki (VRE). Flora przejściowa – to mikroorganizmy luźno związane ze skórą, które nie są zdolne do namnażania się i przebywania przez dłuższy czas na powierzchni skóry. W zakładach opieki zdrowotnej podstawowym problemem jest oczywiście flora przejściowa. U pracowników medycznych florę przejściową stanowią często mikroorganizmy chorobotwórcze odpowiedzialne za zakażenia szpitalne. Mogą być one w czasie wykonywania zabiegów przenoszone z jednego pacjenta na drugiego przez zanieczyszczone ręce, stając się często przyczyną zakażeń krzyżowych. Drobnoustroje znajdujące się na rękach personelu medycznego przenoszone są na dotykany przedmiot lub pacjenta, a jednocześnie drobnoustroje z pacjenta i innego dotykanego przedmiotu przedostają się na ręce personelu. Zakażeniom szpitalnym zapobiegać można przez zmniejszenie liczby mikroorganizmów bytujących na skórze rąk do bezpiecznego dla pacjenta poziomu. Uzyskuje się to przez:

- mycie rąk pod bieżącą letnią wodą z użyciem mydła płynnego,
- wycieranie rąk ręcznikiem jednorazowego użycia,
- dezynfekcję skóry rąk alkoholowym roztworem środka antyseptycznego,
- ochronę rąk za pomocą rękawiczek.

Aby jednak powyższe zabiegi były skuteczne, należy przestrzegać dodatkowych zasad podczas pracy:

- nie nosić biżuterii, zegarka na rękę,
- unikać skaleczeń i innych uszkodzeń skóry, skaleczenia lub chorobowe zmiany skórne zawsze zabezpieczyć nieprzepuszczalnym opatrunkiem, ewentualnie dodatkowo specjalnymi rękawiczkami,
- stosować rękawiczki ochronne przy wykonywaniu czynności, w czasie których możliwy jest kontakt z krwią i płynami ustrojowymi,
- stosować sterylne rękawiczki do czynności aseptycznych,
- ręce myć przed założeniem i po zdjęciu rękawiczek (2, 3).

Niewłaściwe oczyszczanie rąk (np. użycie niewystarczającej ilości produktu i/lub zbyt szybkie wykonanie czynności higienicznych) skutkuje nieprawidłowym odkażeniem rąk. Naturalnie, gdy personel ochrony zdrowia nie oczyści prawidłowo rąk po wykonaniu zabiegów przy jednym pacjencie i/

lub między pacjentami, prawdopodobnie dojdzie do przeniesienia drobnoustrojów. Skażone ręce pracowników ochrony zdrowia wskazywano jako przyczynę endemicznych zakażeń a także wiązano z kilkoma ogniskami zakażeń związanych z opieką zdrowotną.

ZDEZYNFEKUJ RĘCE ZAWSZE:

- a) przed i po kontakcie z pacjentem
- b) przed obsługą inwazyjnych urządzeń w opiece nad chorym bez względu czy rękawiczki ochronne są używane czy nie
- c) po kontakcie z płynami ustrojowymi, wydzielinami, błoną śluzową, naruszoną powłoką skórą lub opatrunkami
- d) przechodząc od zakażonej części ciała do innej części ciała chorego
- e) po kontakcie z powierzchniami i obiektami nieożywionymi (w tym urządzeniami medycznymi) znajdującymi się w bezpośrednim otoczeniu pacjenta
- f) po zdjęciu sterylnych lub niesterylnych rękawic.

W programach promocji higieny rąk kierowanych do personelu medycznego, należy szczególnie nacisk położyć na czynniki, które mają największy wpływ na zachowanie personelu - a nie wyłącznie na same środki do higieny rąk. Strategia powinna być wielotorowa i wielomodalna. Należy w niej uwzględnić zarówno aspekt edukacyjny jak i wsparcie procesu wdrożeniowego przez dyrekcję. W działaniach edukacyjnych powinny znaleźć się informacje dla personelu medycznego na temat tych czynności wykonywanych przy pacjencie, które mogą skutkować skażeniem rąk oraz na temat wad i zalet różnych metod wykorzystywanych do czyszczenia rąk. Należy monitorować przestrzeganie przez personel medyczny zalecanych praktyk higieny rąk a następnie przekazać pracownikom informacje na temat osiągniętych wyników. Należy zachęcać pacjentów i ich rodziny oraz personel medyczny do partnerskiej współpracy na rzecz promocji higieny rąk w placówkach opieki zdrowotnej.

opracowała na podstawie piśmiennictwa: mgr Danuta Wieczorek

1. Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej. WHO 2009
2. Higiena rąk w placówkach ochrony zdrowia. Materiały szkoleniowe PTPE. Katowice 2015

3. Klimberg A., Marcinkowski J.. Higiena i mycie rąk. Higiena, ochrona i pielęgnacja skóry ze szczególnym uwzględnieniem skóry rąk. www.wydawnictwopzw.pl

RELACJA Z KONFERENCJI

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBY NOWOTWOROWEJ

W dniu 24 maja 2016 r. w siedzibie Ośrodka Radiologii w Kaliszu odbyło się zebranie naukowe zorganizowane przez Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu oraz Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych pod patronatem Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego mgr Zofii Cwaliny oraz Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych Oddział Terenowy w Poznaniu.

Pani Konsultant dokonała wprowadzenia w zagadnienia opieki onkologicznej oraz podkreśliła ważną rolę pielęgniarzek w procesie leczenia i pielęgnacji pacjentów w przebiegu choroby nowotworowej.

Dr n. med. Dariusz Kowalczyk – kierownik Zakładu Radioterapii przybliżył temat współczesnych możliwości i ograniczeń w zakresie radioterapii.

Mgr Katarzyna Sołtysiak – Pielęgniarka Oddziałowa, Asystent Oddziału Radioterapii Onkologicznej I Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, przedstawiła wykład nt. „Pielęgnowanie skóry i błon śluzowych u pacjenta w trakcie i po zakończeniu radioterapii”. Z wielkim entuzjazmem został przyjęty przez zebranych temat „Żywienie pacjenta onkologicznego w radio – i chemioterapii” prezentowany przez mgr Annę Pleszewa – Pielęgniarkę Oddziałową, Asystenta Oddziału Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. Na koniec zebrania mgr Ewa Szukała -Przewodnicząca Oddziału Terenowego PSPO w Poznaniu, Starszy Asystent w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej oraz Ewa Ceglarska – Pielęgniarka specjalistka Oddziału Chi-

rurgii Onkologicznej i Ogólnej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu przedstawiła rolę i zadania Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych w praktyce klinicznej”.

W zebraniu wzięły udział pielęgniarki i pielęgniarze, którzy na co dzień opiekują się chorymi z chorobami nowotworowymi w Pleszewskim Centrum Medycznym, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu, ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim, Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu, Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy, Hospicjum Stacjonarnym w Rożdżalach, Ośrodka Radioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii – filia w Kaliszu.

O sukcesie spotkania naukowego, świadczy inicjatywa uczestników dotycząca potrzeby zorganizowania kolejnego zebrania, tym razem na temat chemioterapii w praktyce pielęgniarstwa.





KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu będzie realizatorem bezpłatnego projektu kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych w zakresie:

KURSÓW SPECJALISTYCZNYCH

1. Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część I i II.
2. Wywiad i badania fizykalne dla pielęgniarek i położnych.
3. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych.
4. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek.
5. Wykonanie badania spirometrycznego dla pielęgniarek.

KURSÓW KWALIFIKACYJNYCH

1. ielęgniarnstwo onkologiczne dla pielęgniarek.
2. Pielęgniarnstwo psychiatryczne dla pielęgniarek.

W ramach projektu uczestnik może wziąć udział w jednym kursie. Wyjątek stanowią kursy specjalistyczne pozwalające pielęgniarkom i położnym zdobycie dodatkowych uprawnień (pielęgniarka, położna może uczestniczyć w dwóch kursach) tj.:

Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część I i II,

Wywiad i badania fizykalne dla pielęgniarek i położnych.

Szkolenie będzie realizowane na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.

Osoby zainteresowane uczestnictwem w poszczególnych formach szkolenia mogą zgłaszać się do OIPIp w Kaliszu.

WARTO WIEDZIEĆ

WPŁYW ŚWIATŁA SŁONECZNEGO NA ORGANIZM CZŁOWIEKA

Światło słoneczne jest czynnikiem warunkującym życie na Ziemi, jest niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Wpływa korzystnie na samopoczucie, pobudza wydzielanie wielu hormonów, umożliwia syntezę witaminy D. Jednak nadmierne korzystanie z kąpiei słonecznych może wywoływać też wiele objawów niepożądanych. Ogólnie znanymi niekorzystnymi skutkami promieniowania słonecznego są: poparzenia słoneczne, ryzyko rozwoju nowotworów skóry, osłabienia odporności, przedwczesnego starzenia się skóry.

Pozytywny wpływ promieniowania słonecznego

Słońce poprawia nastrój, wpływa korzystnie na naszą aktywność i samopoczucie. Powoduje rozgrzanie ciała, dając przyjemne uczucie ciepła, umożliwia syntezę witaminy D3.

Witamina D odgrywa podstawową rolę w metabolizmie wapnia, zwiększając wchłanianie jelitowe, stymulując tworzenie i mineralizację tkanki kostnej. Ponadto pełni ona ważne funkcje regulacyjne, modulując procesy wzrostu komórek w wielu narządach i tkankach. Chroni przed niekontrolowanymi podziałami komórkowymi, ograniczając rozwój nowotworów zwłaszcza jelita grubego i sutka. Dla zapoczątkowania procesu syntezy witaminy D3 istotne jest promieniowanie UVB o długości fali 280 nm. Dawka promieniowania, jaka jest potrzebna dla wytworzenia odpowiedniej ilości witaminy powstaje już w wyniku przebywania około 15 minut dziennie na słońcu z odsłoniętą twarzą i dłońmi. Kolejny pozytywny efekt ekspozycji na promieniowanie UVB to wzrost odporności skóry w zakresie jej zdolności do przyjmowania kolejnych dawek UV. Jest to efekt uaktywnienia produkcji melaniny, pełniącej funkcję naturalnego filtra przeciwsłonecznego. Melanina wykazuje także inne korzystne działania: przeciwutleniające – porównywalne do skuteczności witaminy E oraz hamujące aktywność drobnoustrojów kolonizujących skórę. Podobnie jak w przypadku syntezy witaminy D3, potrzeba jedynie 15 minut przebywania dziennie na słońcu, by zapewnić sobie odporność skóry na promienie słoneczne. Uważa się, że u osób unikających słońca częściej występują: osteoporoza, bóle mięśniowe i stawowe oraz nowotwory narządów wewnętrznych. Korzystne działanie promieniowania ultrafioletowego wykorzystuje się w terapii wielu schorzeń skóry. Praktycznie najczęściej stosuje się sztuczne źródła światła, emitujące promienie UVA lub UVB w różnym zakresie. Inna formą fototerapii jest leczenie za pomocą naturalnego – słonecznego promieniowania ultrafioletowego, co określa się mianem helioterapii.

Helioterapia czyli leczenie słońcem sprawdza się w przypadku wielu chorób. Słońce dobrze też wpływa na nasz układ nerwowy - pod jego wpływem zmniejsza się depresja. Dermatozy, korzystnie reagujące na terapię światłem, to między innymi: łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, bielactwo, przyluszczyca, liszaj płaski, chłoniaki skóry,

świerzbiczka guzkowa, przewlekłe choroby alergiczne. Aby opalanie pozytywnie wpłynęło na organizm, trzeba go zażywać w rozsądnych dawkach. W przeciwnym razie może zaszkodzić. Długie przebywanie na słońcu nie tylko wysusza skórę i zdecydowanie przyspiesza powstawanie zmarszczek, ale może też nasilić objawy niektórych chorób, a także uzależnić (tanoreksja).

Zalety helioterapii:

- Wzmacnia kości – pod wpływem słońca w skórze wytwarza się witamina D niezbędna do prawidłowego przyswajania wapnia i fosforu z pożywienia. To ważne dla dzieci, bo chroni je przed krzywicą, a także osób w dojrzałym wieku, które zabezpiecza przed osteoporozą. Witamina ta jest również niezbędna do zachowania odporności, sprawnego funkcjonowania układu nerwowego i regeneracji skóry. Może także chronić kobiety przed rakiem piersi, a mężczyzn przed rakiem prostaty.
- Łagodzi choroby skóry - łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, lekki trądzik to choroby, których zmiany na skórze, po bezpiecznym opalaniu się lub terapii specjalnie dobranymi promieniami UV ustępują, choć zwykle jest to efekt przejściowy. Pamiętaj, że w przypadku nadmiernej ekspozycji na słońce niektóre choroby skóry mogą się nasilić. Ponadto promieniowanie słoneczne pomaga w gojeniu się zranień, ropnych wykwitów i zapaleń skóry, a także w zwalczaniu chorobotwórczych bakterii i grzybów obecnych na skórze.
- Przyspiesza przemianę materii – pod wpływem słońca zwiększa się metabolizm, co oznacza, że organizm nie tylko łatwiej spala kalorie, ale też sprawniej oczyszcza się z toksyn.
- Zwiększa płodność – naukowcy potwierdzają, że pary, które bezskutecznie starają się o dziecko, często osiągają rezultat latem, gdy słońca jest pod dostatkiem. Prawdopodobnie wpływa na to lepsze oczyszczenie organizmu ze szkodliwych produktów przemiany materii, a także wytwarzanie większej ilości witaminy D. Latem wzrasta też libido.
- Korzystnie wpływa na układ krążenia – podobnie jak wysiłek, słońce wpływa na zmniejszenie spoczyn-

kowej częstotliwości akcji serca, poprawiając jego wydolność. Normalizuje też ciśnienie krwi.

Negatywny wpływ promieniowania słonecznego

Niekorzystne oddziaływanie promieniowania ultrafioletowego może mieć charakter reakcji ostrej i przebiegać pod postacią oparzenia słonecznego. Za efekt reakcji rumieniotwórczej odpowiedzialne jest głównie promieniowanie UVB. Maksymalny efekt jego działania – największe nasilenie rumienia – występuje 12-24 godziny po ekspozycji. Nierzadko ostrym odczynom posłonecznym towarzyszą obrzęki skóry, złe samopoczucie, a na skórze, oprócz rumienia, występują pęcherze, ustępujące z intensywnym złuszczeniem się skóry. W najcięższych przypadkach dołączają się objawy ogólne: gorączka, bóle głowy, nudności, wymioty, a nawet zaburzenia krążenia.

Natomiast promieniowanie UVA penetruje skórę znacznie głębiej niż UVB i dochodzi aż do tkanki podskórnej. Jest odpowiedzialne za fotostarzenie, odczyny fototoksyczne i fotoalergiczne oraz za nowotwory skóry. Nie powinno się w ogóle dopuszczać do oparzenia skóry słońcem, ponieważ nawet jednorazowe zdarzenie tego typu może w przyszłości wywołać zmiany w DNA komórek naskórka. To prowadzi do stanu przedrakowego i w efekcie do raka skóry. Po oparzeniu promieniami UV należy chłodzić skórę stosując okłady, kremy i maści o działaniu chłodzącym i przeciwzapalnym. Szczególną ostrożność powinny zachować osoby z jasną skórą, które mają także jasne włosy i tęczówki oczu, czyli tak zwany I i II fototyp. Tak czy inaczej wszyscy powinniśmy uważać, niezależnie od koloru skóry i predyspozycji. Niekorzystne efekty odległe działania promieniowania słonecznego to: przyspieszenie procesu starzenia się skóry, indukowanie photoaging – starzenia się słonecznego, zjawiska fotokancerogenezy i fotoimmunosupresji. Ponadto promieniowanie ultrafioletowe jest czynnikiem wyzwalającym objawy schorzeń przebiegających z nadwrażliwością na światło – fotodermatoz.

Największym niebezpieczeństwem jest jednak czerniak – jeden z najgroźniejszych nowotworów złośliwych, trudny do leczenia i szybko dający przerzuty. I chociaż skóra posiada mechanizmy obronne przed nadmiernym nasłonecznieniem (m.in. wytwarza melaninę, czyli brązowy barwnik), mogą one okazać się niewystarczające. Ultrafiolet bowiem wywołuje również uszkodzenia DNA komórek skóry, w dodatku promieniowanie UVA obniża odporność w skórze, a właśnie te zjawiska sprzyjają zmianom nowotworowym.

Ochrona naturalna

Każdy organizm stara się samodzielnie chronić przed działaniem czynników zewnętrznych, wywierających negatywny wpływ. Do tego rodzaju mechanizmów zaliczamy możliwość przechwytywania, absorpcji i rozpraszania promieniowania UV. We wczesnym rozwoju *Homo sapiens* pigmentacja skóry rozwinęła się pierwotnie jako ochrona przed ryzykiem poparzenia słonecznego i była zdecydowanie bardziej intensywna. Na dalszych etapach ewolucji ludzkości, w związku z migracją w rejony świata mniej nasłonecznione

i spędzaniem większej ilości czasu w zamkniętych pomieszczeniach, naturalna pigmentacja skóry człowieka uległa ograniczeniu, w celu umożliwienia przeniknięcia do skóry adekwatnej ilości UVB, potrzebnego do fotochemicznej syntezy witaminy D. Niekorzystne konsekwencje utraty endogenego filtra przeciwsłonecznego to obserwowane u osób z jasną karnacją zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworów skóry, stanów przedrakowych oraz objawów fotostarzenia. Przed promieniami słonecznymi powinni się bezwzględnie chronić ludzie o typie skóry:

- Typ I (bardzo jasna, często pokryta piegami, włosy jasny blond lub rude, oczy niebieskie), którzy nigdy się nie opalą na wakacjach ze względu na brak pigmentacji.
- Typ II (skóra jasna, włosy blond do brązowych, oczy niebieskie, zielone lub szare) wykazuje znaczną skłonność do oparzeń.
- Typ III (skóra jasnobrązowa, włosy ciemnoblon lub brązowe) mogą się opalać i występuje u nich wyraźna opalenizna.
- Typ IV (skóra brązowa lub oliwkowa, włosy ciemnobrązowe) - ekspozycja na słońce nie wywołuje u nich oparzeń.

Podstawowym mechanizmem obrony przeciwsłonecznej organizmu człowieka jest wytwarzanie melaniny, która ma zdolność absorbowania promieniowania ultrafioletowego. Szczególne znaczenie w fotoprotekcji naturalnej ma jeden z jej typów – brązowoczarń eumelanina, stanowiąca pełniejszą ochronę przeciwsłoneczną. Melanina jest unikalnym związkiem, absorbującym promieniowanie w szerokim zakresie: zarówno UVB, UVA, jak i w paśmie światła widzialnego.

Innym mechanizmem naturalnej fotoprotekcji jest biosynteza kwasu urokainowego. Jest on pochodną histydyny, powstaje na drodze rozpadu filagryny. Pod wpływem promieniowania ultrafioletowego wzrasta jego stężenie w pocie i naskórku.

Kwas urokainowy ma zdolność pochłaniania promieniowania UVB o długości fali 290 nm. W wyniku tej reakcji cząsteczka ulega izomeryzacji z formy trans do cis, co w efekcie jest niekorzystne, gdyż wywiera silne działanie immunosupresyjne.

Ochronie przeciwsłonecznej służy także specyficzna budowa naskórka z keratynizacją warstwy rogowej, przejawiającą się pogrubieniem warstwy rogowej pod wpływem promieniowania ultrafioletowego. Pogrubiała warstwa rogowa ma zdolność zarówno rozpraszania, jak i pochłaniania promieniowania bez szkody dla skóry.

Zasady bezpiecznego korzystania ze słońca

- Dbaj szczególnie o ochronę dzieci, stosuj specjalnie dla nich przygotowane preparaty. Ochrona skóry przed niekorzystnym wpływem promieniowania jest ważna od dzieciństwa. Podstawową metodą profilaktyki przeciwsłonecznej jest obecnie stosowanie zewnętrznych środków chroniących przed światłem - kosmetyków zawierających filtry przeciwsłoneczne. Preparaty te podzielić można na 2 duże grupy: związki

chemiczne i fizyczne. Na skórę dzieci, które nie ukończyły 6 miesiąca życia stosować można kosmetyki zawierające tylko i wyłącznie filtry fizyczne, są to np. kosmetyki z tlenkiem cynku oraz dwutlenkiem tytanu. Dwutlenek tytanu przepuszcza jednak pewien zakres promieniowania UVA.

U dzieci starszych, szczególnie takich, które ukończyły 2 rok życia, należy stosować kosmetyki zawierające zarówno filtry fizyczne jak również filtry chemiczne.

- Stosuj kremy przeciwsłoneczne na odsłoniętą skórę – przez cały rok z filtrem SPF 15, latem i zimą SPF 20-30. Sprawdź na opakowaniu skuteczność w ochronie zarówno przed UVB, jak i UVA. Stosowanie filtra wyłącznie przeciw UVB usypia twoją czujność na dużo bardziej niebezpieczną szkodliwość promieni UVA.
- Nakładaj kremy z filtrami około 20 min przed wyjściem na słońce. Ich działanie jest wtedy bardziej skuteczne.
- Nie opalaj się w czasie największej intensywności słońca – w godzinach 11-15. W tym czasie, jeśli koniecznie musisz przebywać na słońcu, dbaj o osłanianie ciała odpowiednim ubraniem i czapką na głowę. Szczególnie zabezpiecz dziecko!
- Nie opalaj się z użyciem kosmetyków nieprzeznaczonych do opalania.
- Nie oszukuj się – nie istnieje bezpieczne opalanie, czy to na słońcu, czy w solarium! Każda opalenizna powoduje starzenie się skóry i naraża ją na nowotwory.
- Noś ochronne okulary przeciwsłoneczne. Najlepiej kupione u optyka.
- Pamiętaj o nakryciu głowy.
- Obficie nakładaj kremy z filtrami na skórę; nie zapominaj o posmarowaniu ust i uszu.
- Pamiętaj o kosmetykach ochronnych również zimą i w pochmurne dni, a szczególnie gdy jesteś w górach lub terenie zaśnieżonym.
- Pamiętaj, że promieniowanie UVA przenika przez materiał ubrania – nawet mokry kostium kąpielowy.
- Powtarzaj nakładanie kosmetyków ochronnych co 2-3 godziny. Pamiętaj, że średnia odporność kremów wodoodpornych wystarcza na 40 min pływania, a ekstrakw wodoodpornego na ok. 80 min w wodzie.
- Pytaj lekarzy przepisujących ci leki o ich właściwości fotouczulające, szczególnie latem.

- Stosuj pełne zabezpieczenie, wyłącznie filtrami mineralnymi po zabiegach dermatokosmetycznych, a szczególnie po peelingach, zabiegach laserowych, dermabrazji mechanicznej.
- Sprawdzaj stan zdrowia swojej skóry, szczególnie wygląd znamion. Niepokojące powinny być wszelkie oznaki zmiany zabarwienia znamienia, jego powiększenie lub pojawienie się wokół niego otoczki.
- W okresie wiosennym przygotuj skórę na słońce. Po konsultacji z lekarzem można przyjmować preparaty z β -karotenem, żeby pobudzić naturalną ochronę przeciwsłoneczną skóry.
- Skóra wymaga pielęgnacji – pamiętaj o kremach odżywczych, regenerujących. Skutki opalania łagodzi kremy z witaminami. Stosuj je na co dzień.
- Pamiętaj o diecie bogatej w warzywa i owoce, która wspomaga naturalne mechanizmy ochronne skóry.
- W słoneczne, upalne dni pij dużo wody mineralnej i naturalnych soków owocowych.

Co znaczą skróty SPF, PPD, IPD?

- **SPF** - faktor ochronny przed promieniowaniem słonecznym. Oznacza stosunek ilości promieniowania ultrafioletowego powodującego oparzenie podczas stosowania filtra do ilości promieniowania powodującego taki sam stopień oparzenia bez jego zastosowania. W dużym uproszczeniu oznacza to, że jeżeli bez filtra rumień u danej osoby pojawi się po 20 minutach, to po zastosowaniu filtru SPF=15 czas ten wydłuży się do 300 minut i rumień rozwinie się na skutek przebywania na słońcu przez 5 godzin. Nie oznacza to jednak, że można przebywać bezpiecznie na słońcu przez 5 godzin zamiast 20 minut.
- Wskaźniki **IPD** lub **PPD** - określają zdolność do ochrony przed promieniowaniem UVA.

Po upalnym dniu, nie wolno zapomnieć o odpowiednim nawilżeniu skóry kosmetykiem nawilżającym, najlepiej specjalnym preparatem przeznaczonym do używania po opalaniu.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Węglowska J., Milewska A.: Pozytywne i negatywne skutki promieniowania słonecznego. www.nantes.com.pl nauka. dermatologia

Kuczyński S.: Oddziaływanie promieniowania słonecznego a nasze zdrowie. www.if.pw.edu.pl

Grabowska J.: Helioterapia - leczniczy wpływ słońca na różne choroby. www.poradnikzdrowie.pl

Katarzyna Kojzar K.: Słońce ma korzystny wpływ na organizm. Ale pamiętajmy, żeby opalać się z głową! www.gazetakrakowska.pl

Z HISTORII ZAWODU

WYBITNE POLSKIE PIELĘGNIARKI

Hanna Chrzanowska będzie pierwszą polską pielęgniarką wyniesioną na ołtarze. Kardynał Karol Wojtyła mówił o niej „niezwykła kobieta”. W środowisku krakowskich pielęgniarek zrodziła się myśl, aby podjąć starania o jej beatyfikację. W 1995 r. pielęgniarki z Katolickiego Stowarzyszenia Pie-

lęgniarek i Położnych, zwróciły się z prośbą do ks. kard. F. Macharskiego o wszczęcie procesu beatyfikacyjnego. W dniu 3 XI 1998 r. ks. Kard. dokonał uroczystego otwarcia procesu. Proces beatyfikacyjny został zamknięty na szczęblu diecezjalnym 30 XII 2002 r. Następnie dokumenty proceso-



we zostały przekazane do Kongregacji d.s. Świętych przy Stolicy Apostolskiej, gdzie trwają dalsze prace związane z oceną świętości życia i heroicznego cnót Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej. Mianem Służebnicy Bożej określa się osobę zmarłą, której proces beatyfikacyjny już się zaczął.

Hanna Chrzanowska urodziła się 7 X 1902 r. w Warszawie w rodzinie zasłużonej dla polskiej nauki

i kultury oraz pielęgniarstwa polskiego. Jej ojciec Ignacy Chrzanowski, był znanym profesorem literatury polskiej. Matka Wanda z domu Szlenkier pochodziła z rodziny warszawskich przemysłowców. Siostra matki Zofia Szlenkierówna była fundatorką szpitala dziecięcego w Warszawie oraz dyrektorką Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. W 1910 r. rodzice Hanny przenieśli się do Krakowa, gdzie prof. Ignacy Chrzanowski obejmuje katedrę na Uniwersytecie Jagiellońskim. W Krakowie Hanna uczyła się prywatnie a następnie w Gimnazjum Sióstr Urszulanek. Po maturze ukończyła krótki kurs pielęgniarstwa. W 1920 r. rozpoczęła studia na Uniwersytecie Jagiellońskim.

W momencie powstania Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa przerwała studia i wstąpiła do nowo otwartej szkoły. Po ukończeniu szkoły pogłębiała wiedzę z pielęgniarstwa zwłaszcza w zakresie pielęgniarstwa społecznego na stypendium we Francji, Belgii. W latach 1926 – 1929 pracowała jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek

i Higienistek w Krakowie. Od roku 1929 do 1939 redagowała pierwsze w Polsce czasopismo zawodowe dla pielęgniarek, miesięcznik „Pielęgniarka Polska”. Uczestniczyła w pracach Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Brała czynny udział w przygotowaniu uchwalonej przez Sejm w 1935 r. „Ustawy o Pielęgniarstwie”. Ustawa regulowała zawodowy status pielęgniarek. Podczas wojny pracowała w Polskim Komitecie Opiekuńczym. Opiekowała się uchodźcami, więźniami, przesiedlonymi i osieroconymi dziećmi. Po wojnie rozpoczęła pracę w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko-Położniczej w Krakowie jako kierowniczka działu pielęgniarstwa społecznego. Zdobyte doświadczenie na stypendium w USA, wykorzystała do organizacji pielęgniarstwa przyszpitalnego i domowego. Przez wiele lat uczyła w Szkole Instruktorów Pielęgniarstwa w Warszawie. W 1957 r. została dyrektorką Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Kobierzynie. Opracowała podręcznik „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej”. Publikowała fachowe artykuły w czasopismach pielęgniarstwach. Po przejściu na emeryturę nadal organizowała pomoc pielęgniarską dla ludzi schorowanych, samotnych, niepełnosprawnych, opuszczonych. Publikowała fachowe artykuły na łamach czasopism pielęgniarstwach. Skupiała wokół siebie wolontariuszy, lekarzy, siostry zakonne, księży, studentów, gotowych nieść pomoc potrzebującym.

Była przykładem pracowitości, sumienności, wzorem pielęgniarki, ideału nauczyciela i wychowawcy. Swoje życie poświęciła chorym i potrzebującym.

Zmarła w Krakowie 29 IV 1973 r. Uroczystością pogrzebową na Cmentarzu Rakowickim przewodniczył ks. kard. Karol Wojtyła.

Opracowała Krystyna Polomska na podstawie broszury, „Służebnica Boża, Hanna Chrzanowska”

PIELĘGNIARSTWO

POBUDZENIE I AGRESJA A POSTĘPOWANIE PIELĘGNIARSKIE

W wielu placówkach służby zdrowia dochodzi do licznych zachowań agresywnych ze strony pacjentów wobec personelu. Mają one różnoraki charakter: od gestów niechęci, wyrażania złości, gniewnych słów, nawet przez zniewagi i obelgi, aż do fizycznych ataków. Nie są to bynajmniej rzadkie zdarzenia.

Pobudzenie jest stanem psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności pacjent, która wiąże się z zwiększonym napędem psychoruchowym, napięciem emocjonalnym i ograniczeniem lub brakiem kontroli impulsów. Pobudzenie wymaga opanowania, gdyż zwykle prowadzi do zachowań agresywnych i aktów przemocy. Jego przyczynami mogą być: zaburzenia psychiczne, zły stan somatyczny, używanie substancji psychoaktywnych lub ich odstawienie. Pobudzenie pacjenta jest stanem nagłym, który zwykle kończy się agresją (słowną, fizyczną) w stosunku do otoczenia lub autoagresją.

Agresja jest formą zachowania ukierunkowaną niezadowolone czy gniew na siebie (autoagresja), inne osoby (agresja słowna lub fizyczna) lub przedmioty z otoczenia. Nie należy utożsamiać agresji z Natomiast **agresywność** jest cechą osobowości przejawiającą się stałą gotowością do reagowania agresją w odpowiedzi na wywołujące ją bodźce. Wrogość z kolei oznacza negatywną, uogólnioną postawę wobec innych ludzi ze skłonnością do negatywnych ocen, uogólnionego gniewu i podejrzliwości w stosunku do społeczeństwa.

Psychiatrzy nagłe zachowania agresywne określa także jako zaburzenia kontroli impulsów czy zaburzenia dysforyczne. Stany dysforyczne są formą uzewnętrznienia przeżywanych nieadekwatnie do sytuacji negatywnych emocji, takich jak gniew, złość czy wściekłość, a formą ich ekspresji jest agresja słowna i/lub fizyczna. Stanom dysforycznym towarzyszy najczęściej ograniczenie krytycyzmu i zdolności do samokontroli. Zaburzenia kontroli impulsów są definiowane jako niemożność powstrzymania impulsu, popędu lub żądzy popełnienia czynu szkodliwego dla innych lub siebie samego. Występują w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń osobowości.

Zachowania agresywne należą do najbardziej charakterystycznych stanów nagłych i występują w określonych sytuacjach. Wśród nich należy wymienić zespoły maniakalny i paranoidalny, katatonię hiperkinetyczną, okoliczności związane z nadużywaniem alkoholu, leków lub uzależnieniem, zaburzenia osobowości charakterystyczne dla osobowości antyspołecznej czy niestabilnej emocjonalnie, zespoły organiczne z ostrymi zaburzeniami świadomości, a także bardzo wysoki poziom frustracji wynikający np. z długiego oczekiwania na pomoc w izbie przyjęć.

Pracownik służby zdrowia, a pacjent agresywny

Pielęgniarka styka się z agresją pacjenta stosunkowo często i ma to miejsce nie tylko na oddziałach psychiatrycznych.

Zaburzenia psychiczne mogą bowiem być wywołane zmianami biologicznymi, społecznymi, psychicznymi, genetycznymi. W związku z tym do zachowań agresywnych może dojść w przebiegu różnych chorób, np. na oddziałach zakaźnych na podłożu infekcyjnym OUN, internistycznych z powodu zaburzeń metabolicznych i zatruc, neurochirurgicznych z przyczyn pourazowych, naczyniowych, nowotworowych itp.

Czynniki wywołujące agresję

- Człowiek wykazuje zachowania agresywne w reakcji na:
 - poważne rozczarowanie
 - stres o dużym natężeniu
 - ograniczenia
 - upokorzenie
- Medyczną przyczyną agresji jest często:
 - ból
 - niektóre leki

Pracownicy w różnych placówkach ochrony zdrowia, spotykają się z aktami agresji ze strony pacjentów. Skala tego zjawiska w Polsce i na całym świecie, udokumentowana badaniami jest bardzo duża. Temat ten, w wielu instytucjach służby zdrowia jest tematem tabu, a pracownikom służby zdrowia, często wydaje się, że przejawy agresji wystawiają złe świadectwo nie tyle samym pacjentom, ile raczej personelowi, który nie potrafi wyhamować tego rodzaju zachowań.

Najczęstsze przejawy agresji ze strony pacjentów

- Niecenzuralne zwroty
- Straszanie:
 - wniesieniem skargi do przełożonych

- zwolnieniem z pracy
- użyciem swoich wpływów
- zemstą
- Krzyk
- Przemoc fizyczna
 - Uderzenia w twarz
 - Uderzenia w ręce, wykręcanie rąk
 - Kopanie
 - Szarpanie za ubranie
 - Ciągnięcie za włosy
 - Plucie
 - Drapanie

- Rzucanie różnymi przedmiotami

- stojakami do kroplówek
- kubkami
- szklankami
- krzesłami
- zapalonym papierosem
- butelką

- Agresja, może przybierać również postać bierną, czyli różnego rodzaju zaniechań, np. nieodpowiadanie na pytania pielęgniarki
- Przejawy agresji, obserwowane są również na forum internetowym, są to obraźliwe wpisy często nie zgodne z prawdą.

Sytuacje w których dochodzi do zachowań agresywnych

- Wykonywanie zabiegów leczniczych
 - Iniekcje
 - Podawanie leków
 - Pobieranie krwi
- Zabiegi pielęgnacyjne
 - Kąpiel
- Przyjęcia do szpitala

Personel każdej jednostki opieki medycznej powinien być przeszkolony w zasadach postępowania z pacjentem pobudzonym, tak by działania podjęte przez jego członków były spójne i harmonijne, a nie chaotyczne i wzajemnie się wykluczające. Jest więc uzasadnione, aby personel pielęgniarski znał zasady postępowania z pacjentem agresywnym. Sprawą zasadniczą jest zainteresowanie się chorym; absolutnie nie można pacjenta lekceważyć, licząc, że agresja minie. W sytuacjach rodzących zagrożenie należy natychmiast podjąć kroki zmierzające do przeciwdziałania ich negatywnym skutkom.

Należy zacząć od przedstawienia się, mówić wolno, śmiało i wystarczająco głośno, starać się nawiązać rozmowę, a jednocześnie rozluźnić pacjenta słowami i językiem ciała.

O agresji trzeba mówić w sposób jasny i otwarty; pielęgniarka lub inna osoba podejmująca interwencję powinna zapewnić gotowości do świadczenia wszelkiej pomocy w opanowaniu impulsów agresywnych i odzyskaniu kontroli nad samym sobą.

Jest to ważne w sytuacji dużego nasilenia destrukcyjnych zachowań, kiedy chory sam jest przerażony ujawnieniem się agresji ukrytej w podświadomości.

Nie należy się spieszyć, ale dać choremu czas na uspokojenie i przestrzegać podstawowych zasad bezpieczeństwa.

Pobudzenie pacjenta wywołane poważnym stanem somatycznym zagrażającym jego życiu jest w większości przypadków krótkotrwałe, gdyż stan chorego gwałtownie się pogarsza, a zachowania impulsywne są chaotyczne, więc pacjent nie może zwykle wyrządzić osobie drugiej większej krzywdy. Należy jak najszybciej uspokoić chorego oraz podjąć działania diagnostyczne i terapeutyczne związane z jego stanem somatycznym. W każdym innym przypadku pobudzenia i zachowań agresywnych należy pamiętać o kilku podstawowych zasadach postępowania.

- Jeśli osoba pobudzona i zachowująca się agresywnie nie jest w stanie somatycznym zagrażającym życiu, należy przede wszystkim podjąć działania zapewniające bezpieczeństwo personelu i własne oraz innych pacjentów:
 - unikać przebywania z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu;
 - unikać zbliżania się na bliską odległość - wyciągniętych ramion;
 - jak najszybciej powiadomić pozostałych członków personelu o zagrożeniu i wezwać pomoc;
 - ograniczyć pacjentowi dostęp do niebezpiecznych przedmiotów - naczynia szklane, sztucce, strzykawki, nożyczki itd.).
- Do technik słownych i bezsłownych przeciwdziałających pobudzeniu i agresji należą:
 - nieprzejawianie konfrontacyjnych zachowań, unikanie sporów, zachowań prowokacyjnych;
 - zachowanie spokoju i opanowania, ale bez okazywania strachu;
 - mówienie łagodnym, spokojnym tonem;
 - przedstawienie się - brak anonimowości obniża napięcie;
 - przekonanie pacjenta o chęci działania na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim obecnym;
 - zadeklarowanie o chęci pomocy, a jednocześnie niedopuszczenia do zachowań agresywnych;
 - starania o odroczenie zachowań zagrażających poprzez nawiązanie kontaktu z pacjentem agresywnym;
 - ukierunkowanie agresji fizycznej na przedmiot bądź dopuszczenie do słownej ekspresji agresji redukującej napięcie i obniżającej ryzyko agresji fizycznej;
 - zaproponowanie na przykład rozmowy, dostępu do telefonu w celu odwrócenia uwagi pacjenta i rozładowania jego napięcia.
- W związku z zachowaniami agresywnymi chorego konieczne może być mechaniczne zabezpieczenie pacjenta lub zastosowanie innych środków przymusu bezpośredniego. Są to działania, które umożliwiają dalsze postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne wobec pobudzonej osoby. Zasady ich stosowania re-

guluje jasno Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (UOZP) z 1994 roku z późniejszymi poprawkami. Artykuł 18 Ustawy mówi o warunkach użycia przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, który można stosować tylko wtedy, gdy osoby te:

- dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu;
 - dopuszczają się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu innej osoby;
 - dopuszczają się zamachu wobec bezpieczeństwa powszechnego;
 - w gwałtowny sposób niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu;
 - poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
- Przed zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego należy o tej decyzji zawiadomić osobę, wobec której mają one być podjęte. Zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymywaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. Może on trwać jedynie do czasu ustąpienia powodów zabezpieczenia. Lekarz jest zobowiązany do osobistego zlecenia przymusu, nadzoru jego wykonania oraz odnotowania tego w dokumentacji medycznej, natomiast personel średni, sanitariusze mają obowiązek zastosowania się do wskazówek lekarza. Możliwa jest pomoc członków ochrony, jeśli jest to ujęte w regulaminie szpitala. Pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są zobowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie. Szczegóły stosowania przymusu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2012 roku.
- Po zabezpieczeniu mechanicznym, najczęściej pasami skózanymi, kończyn górnych, górnych i dolnych lub założeniu kaftanu bezpieczeństwa konieczne jest sprawdzanie przez pielęgniarki co 15 minut stanu psychofizycznego chorego i odnotowywanie tego w odpowiedniej karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji. Obowiązuje ścisły nadzór. Zabezpieczenie nie może trwać dłużej niż 4 godziny, ale może być przedłużone ponownie przez lekarza po wykonaniu badania chorego o kolejne okresy 6-godzinne. Nie rzadziej niż co 4 godziny pielęgniarka powinna na krótko uwolnić pacjenta, aby umożliwić mu zmianę położenia ciała lub zaspokojenie potrzeb fizjologicznych.

Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.

W szpitalu psychiatrycznym niezwłocznie po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 2, lekarz po osobistym

badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji w przypadku, o którym mowa w ust. 5, lekarz powiadamia również ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

Leczenie farmakologiczne

Pamiętajmy, że efekt podania leków jest odroczony w czasie - od kilku do kilkunastu minut od podania. Przy wyborze leku należy się kierować aktualnym stanem psychosomatycznym pacjenta, dotychczasowym przebiegiem choroby i schorzeniami współistniejącymi, stosowanymi wcześniej lekami i tego typu czynnikami. Jeśli sytuacja na to pozwala, należy pobudzonemu pacjentowi zaproponować doustne przyjęcie leku — okazanie szacunku i włączenie chorego w proces decyzyjny może zredukować napięcie. Zastosowanie formy pozajelitowej zapewnia z kolei szybszy efekt działania leku. Przy występowaniu pobudzenia u osoby cierpiącej na zaburzenie psychotyczne lekiem z wyboru jest neuroleptyk, natomiast w przypadku pobudzenia niepsychotycznego — lek uspokajający z grupy benzodiazepin. Najskuteczniejszym i najpowszechniej stosowanym lekiem neuroleptycznym jest haloperidol, dostępny zarówno w tabletkach, kroplach, jak i ampułkach do iniekcji domięśniowych. W uzasadnionych przypadkach może być podawany także dożylnie.

Właściwa komunikacja

W różnych sytuacjach sposób komunikowania się może wzmacniać agresję lub jej zapobiegać. Gdy personel jest przeświadczony o konieczności rygorystycznego reagowania na każdy sprzeciw pacjenta, braku pożytku z dialogu, zachowywania milczenia, gdy padają pytania i pretensje, to takie zachowania, podszyte irytacją i lekceważeniem, mogą spotkać się z podobnymi lub mocniejszymi reakcjami. Dochodzi do sprzężenia zwrotnego - pacjent reaguje agresywnie, personel reaguje zwrótnie agresywnie, pacjent w odpowiedzi wzmacnia agresję. Odpowiedzią na to bywa hamowanie własnej złości, ograniczanie się, przymuszanie się do uprzejmości, a nawet uleganie agresywnym żądaniom. Jednak nie zawsze daje to rezultaty, jeśli chodzi o zachowanie pacjenta, a w personelu rodzi poczucie rezygnacji, niezgody, bezsilności. Jeśli personel zaniecha ustalania granic w sposób stanowczy, sprawiedliwy i empatyczny, pacjenci zaczną sprawdzać, jak daleko mogą się posunąć. Może wtedy dojść do eskalacji agresji, np. w postaci nowych żądań.

Najczęściej pracownikom służby zdrowia doskwierają takie zachowania pacjentów, w których agresja nie jest tak nasiloną jak w przypadku napaści fizycznej, ale przybiera postać pretensji, oskarżeń, gniewnych, obwiniających uwag czy żądań. Wystawia to na próbę ich cierpliwość, uprzejmość i zdolność empatycznego zrozumienia. Jedną z podstawowych, zgubnych niestety, strategii stosowanych w takich sytuacjach jest poczuwanie się do odpowiedzial-

ności za cudze emocje, czego nieuchronnym efektem jest obwinianie osoby, która się nimi dzieli. Przykład? „Ile jeszcze można czekać na lekarza?! Dlaczego go jeszcze nie ma?!” – zwraca się poirytowany pacjent do pielęgniarki (lekarz rzeczywiście powinien już być). Jeśli weźmie ona w obronę lekarza (ciągle nieobecnego i nie wiadomo, czy potrzebującego obrony) i wda się w dyskusję, podważając znaczenie irytacji pacjenta, zapewne wywoła u niego wzrost złości. Dlaczego? Być może czuje się odpowiedzialna za działanie swojej instytucji albo „winna”, że pacjent się irytuje, bo sama też uważa, że lekarz powinien już być. Odczuwany dyskomfort można wyrazić, empatyzując z pacjentem: „Rzeczywiście powinien już być. Nie wiem, dlaczego go nie ma. Rozumiem Pana niepokój”. Empatia nie obejmuje sposobu wyrażania irytacji przez pacjenta, tylko jego emocje. Można też – ku swojej zgubie – przenieść dyskomfort na chorego i poczuć złość do niego, wyrażoną właśnie we wspomnianej wcześniej „dyskusji”, niejednokrotnie negując lub krytykując emocje pacjenta: „Nic takiego się nie dzieje, a Pan robi scenę. Trochę cierpliwości!”. Negatywna ocena, pouczanie, wyższościowy ton skutkują zazwyczaj wzrostem irytacji – teraz już skierowanej naprawdę do pielęgniarki.

Podsumowanie

W czasie wykonywanej pracy pielęgniarki spotykają się z agresywnymi zachowaniami nie tylko ze strony chorych, lecz także członków ich rodzin, a nawet innych osób z grona personelu medycznego. Dlatego warto znać zarówno uregulowania prawne wszelkich okoliczności związanych z pojawianiem się w toku pracy zachowań agresywnych u pacjentów, jak i orientować się w sposobach realizowania ich we własnym miejscu zatrudnienia oraz umieć korzystać z nich w razie potrzeby. Niestety, praktyka często nie nadąża za rzeczywistymi niebezpiecznymi sytuacjami. Powszechne jest bagatelizowanie niepokojących incydentów, jak również przemilczanie ich w raportach z dnia pracy, tak jakby stanowiły prywatną sprawę pracownika, a nie fakty związane z funkcjonowaniem danej placówki.

Może to rodzić przekonanie, że konfrontacja z ryzykownymi zdarzeniami jest indywidualnym zadaniem personelu. W związku z tym niezbędne są standardy, procedury postępowania w stosunku do pacjentów agresywnych fizycznie – i to nie tylko na oddziałach psychiatrycznych.

W razie wysokiego poziomu ryzyka fizycznej agresji personel powinien działać według wcześniej opracowanych i przećwiczonych procedur tak, by nie trzeba było tracić czasu na rozważania nad sposobem postępowania w każdej konkretnej sytuacji.

Niezwykle ważne jest każdorazowe przekazywanie informacji i konsultowanie się w sprawach potencjalnie agresywnych pacjentów oraz odnotowywanie w dokumentacji aktów przemocy, tak by nie tylko obecnie opiekujący się personel, ale i ewentualni przyszli leczący mogli zachować się prewencyjnie.

Wnioski stanowią materiał do działań profilaktycznych, z którymi zapoznaje się każdy pracownik, na przykład w for-

mie szkolenia na temat postępowania w sytuacjach kontaktu z osobą pobudzoną, gniewną itp. Niezwykle istotne jest zaangażowanie przełożonych w analizowanie takich sytuacji, profilaktykę i wspieranie poszkodowanych pracowników.

Pozwala to zmniejszyć przykre przeżycia, podnieść poczucie bezpieczeństwa w zespole i zarazem poczucie identyfikacji z miejscem pracy.

Uwarunkowania prawne

Art. 24 ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnych, mówi o ochronie prawnej pielęgniarzy i położnych: „Pielęgniarki i położne wykonującej zawód na podstawie umowy o pracę (...) przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych”.

Naruszenie nietykalności funkcjonariusza publicznego jest ścigane z urzędu i za popełnienie takiego czynu grozi kara grzywny, ograniczenia wolności, albo pozbawienia wolności do lat 3 (art. 222 § 1 kodeksu karnego). Jednakże, istotne jest również zachowanie lekarza i personelu medycznego, gdyż jeśli zachowanie pacjenta było wywołane przez niewłaściwe postępowanie lekarza lub przybranej mu osoby do pomocy, to może skutkować to odmienną oceną prawną.

Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia

System „Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia” (MAWOZ) został utworzony przez Naczelną Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w celu umożliwienia lekarzom i pielęgniarzom zgłaszania przypadków agresji w miejscach pracy.

Wypełnienie zgłoszenia zajmuje 5-7 minut. Aby zgłoszenia były bardziej wiarygodne, mogą ich dokonywać jedynie osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarzy, położnych.

Opracowała J. Sowińska na podstawie piśmiennictwa:

Damian Czarnecki, Krzysztof Opozda: Stany nagłe w psychiatrii. Opis postępowania pielęgniarskiego, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* nr 1/2 (2007-01-15) strona 36

Joanna Rymaszewska: Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*. VIA MEDICA 2008, tom 1, nr 2. WWW.psychiatria.viamedica.pl

Jadwiga Piątek: Agresywni pacjenci – jak sobie poradzić, WWW.medycyna.pzwf.pl

Agresja w służbie zdrowia, WWW.mailgroupowy.pl

Dz.U.12.740 → z dnia 29 czerwca 2012 r. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾ z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania

Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)

WYPALENIE ZAWODOWE

CO ROBIĆ GDY ROZPOZNAM OBJAWY WYPALENIA ZAWODOWEGO?

Działania profilaktyczne z zakresu zapobiegania wypaleniu zawodowemu są całkiem realne i możliwe do spełnienia. Ważna jest świadomość, iż takie zagrożenie istnieje. Każdy z nas posiada olbrzymi potencjał i możliwości budowania efektywnego stylu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Aktywność fizyczna, odpoczynek, relaks, hobby ma tu niebagatelne znaczenie. Szacunek i miłość do własnej osoby, szeroko rozumiana, ale mieszcząca się w zdrowych granicach troska o siebie może przynieść wymierne efekty.

Choć w każdym zawodzie istnieje ryzyko wypalenia zawodowego, to nie każdy pracownik jest w równym stopniu na nie narażony. Czy są zawody bardziej podatne na wypalenie? Bardziej podatne to te, w których występuje ciągły stres emocjonalny i zawodowy, a więc związane z niesieniem pomocy, wsparcia i opieki drugiemu człowiekowi (pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog). Wypalenie zawodowe dotyczy często pracowników ambitnych, sumiennych, dokładnych. Tacy ludzie pracują dużo, często zaniedbując własne potrzeby i jeśli nie są dostrzegani, ich umiejętności nie są w pełni wykorzystywane, a zaangażowanie nie jest premiowane, to zniechęcenie w wykonywanej pracy może nastąpić dość szybko. Jest to syndrom Burnout, czyli innymi słowami – wypalenie zawodowe. Wypalenie zawodowe jest wynikiem stresu spowodowanego przepracowaniem i dotyczy coraz większej ilości osób (1,3).

Dla pracodawcy ważna jest efektywność pracownika. Jeśli podwładny zaczyna się powoli wypalać, to spada jego produktywność, a z upływem czasu może dojść nawet do utraty takiej osoby, co z punktu widzenia pracodawcy nie

jest efektywne. Dlatego widząc nawet pierwsze symptomy syndromu wypalenia zawodowego przełożony powinien wspólnie z pracownikiem zastanowić się nad przyczynami takiej sytuacji i możliwymi rozwiązaniami – być może korzystnie będzie zapewnić pracownikowi dłuższy urlop, zmniejszyć zakres zadań lub je zmienić, poszerzyć pole działania dla większej samodzielności. Najgorsze co pracodawca może zrobić, to zacząć wymagać więcej bądź udawać, że problem nie istnieje (1).

Najważniejsze by tak organizować obowiązki, by przeciwdziałać wykonywaniu kilku zadań w tym samym czasie. Zwolni to nas od poczucia irytacji, niezadowolenia z siebie, da poczucie bezpieczeństwa wykonywanych czynności. „Wysłuchanie” się siebie, dbanie o relacje interpersonalne, rozwijanie zainteresowań i wypracowanie własnej metody wyciszania się to tylko niektóre ze sposobów uniknięcia wypalenia zawodowego, które każdy z nas powinien wypracować indywidualnie. Pracownik musi sygnalizować przeciążenie pracą, ale również sam zadbać o to by dobrze się odżywiać, wysypiać czy potrafić odpoczywać. Dlatego,

że duże znaczenie w przeciwdziałaniu procesowi wypalenia ma również odrywanie się całkowite od spraw zawodowych. Przerwy w pracy, odpoczynek, to czas, w którym nasze zaangażowanie winno się koncentrować na aktywności niezwiązanej z pracą zawodową, a która pozwoli wytworzyć zdrową równowagę oraz skutecznie uniknąć przeciążeniu obowiązkami i odpowiedzialnością.

Kolejnym aspektem skutecznej reorganizacji patologicznych schematów funkcjonowania jest zmiana komunikacji. Dużą rolę odgrywać może tu asertywna postawa w relacji ze współpracownikami jak też przełożonymi. Komunikatywne wyrażanie siebie, określanie swoich granic, przekonań, potrzeb, zdolność do odmowy lub obrony swego stanowiska. Zdrowa komunikacja w miejscu pracy, to również zdolność do delegowania odpowiedzialności. Także w interesie pracodawców leży zapobieganie pojawianiu się stanu wypalenia zawodowego u pracowników:

- przykładanie dużej wagi do powierzania pracownikom zadań adekwatnych do ich możliwości i kompetencji, udzielanie obiektywnej i konstruktywnej oceny odnośnie pracy zatrudnionych osób, stwarzanie możliwości uczenia się i rozwoju,
- adekwatne wynagradzanie pracowników, kultura organizacyjna, w której cenione są pozytywne relacje interpersonalne,
- treningi z zakresu umiejętności interpersonalnych, komunikacji, rozwiązywania konfliktów oraz skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Wypalenie zawodowe to stan wśród osób aktywnych zawodowo. Wiele z nich nie zdaje sobie z niego sprawy, podporządkowują to winie otoczenia, stresu czy też efektowi

niekorzystnych zmian. Jednakże prawda jest taka, że wypalenie zawodowe pojawia się na nasze życzenie. Dlaczego? Ponieważ często nie dbamy o samych siebie. Nie dbamy o odpoczynek, zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Non stop śpieszymy się, pracujemy coraz więcej. A wszystko to robimy dlatego, żeby ktoś nas zauważył w pracy. Aby ktoś docenił nasz wysiłek i wynagrodził nam to awansem, czy też podwyżką. Jednakże jest to pułapka, w którą łatwo wpaść. Oprócz aktywności zawodowej należy znaleźć czas na aktywność prywatną, realizować swoje plany osobiste, mniej angażować się emocjonalnie w problemy innych. Przemęczenie psychiczne i umysłowe wpływa również na odczuwane zmęczenie ciała. Podczas ćwiczeń i aktywności fizycznej nie tylko dbamy o ciało i kondycję, ale również uwalniamy endorfiny, które poprawiają nastrój i zadowolenie z życia. Wystarczy już 20 minut ćwiczeń 3 razy w tygodniu, by lepiej radzić sobie ze stresem.

Wzmacniaj swoją wewnętrzną siłę. W tym mogą pomóc ci różnego rodzaju techniki rozładowywania napięcia oraz oczyszczania umysłu z natłoku myśli. Chodzi głównie o medytację, jogę, tai-chi czy też ćwiczenia oddechowe. Pamiętaj, jeśli nie dajesz sobie rady z wypaleniem zawodowym, dobrze jest zgłosić się po poradę do psychologa, psychoterapeuty.

1. www.praca.pl WYPALENIE ZAWODOWE – JAK JE ROZPOZNAĆ I JAK Z NIM WALCZYĆ?

2. Starostka E.: Wypalenie zawodowe - przyczyny, objawy i konsekwencje dla funkcjonowania społecznego jednostki. www.psychologia.net.pl

3. Bilski, E. (2004). Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ – KONFERENCJA

W dniu 17.05.2016 roku w Sali Konferencyjnej Pleszewskiego Centrum Medycznego przy ul. Poznańskiej 125a odbyła się konferencja skierowana do pielęgniarek i położnych zorganizowana przez Pleszewskie Centrum Medyczne pod patronatem Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, którą reprezentował Pan Przewodniczący Marek Przybył.

Tematem przewodnim konferencji była „Profilaktyka zakażeń”

W konferencji brały udział pielęgniarki i położne z podstawowej opieki zdrowotnej Powiatu Pleszewskiego, pielęgniarki Pleszewskiego Centrum Medycznego oraz pracownicy Pleszewskiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

Program konferencji obejmował pięć bloków tematycznych:

1. Zakażenia szpitalne i pozaszpitalne - teoria, praktyka, epidemiologia.

Temat ten przybliżyła Pani mgr Ewa Plócienniczak Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w PCM.

Przedstawiła najważniejsze definicje dotyczące zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych. Sposób identyfikowania, monitorowania i rejestrowania zakażeń. Akty prawne, wytyczne, rekomendacje, czynniki wpływające na występowanie zakażeń oraz sposób zapobiegania i zwalczania.

2. Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na zakażenie HIV, HBV, HCV.

Uczestnikom przedstawiono regulacje prawne oraz postępowanie pielęgniarki i położnej po narażeniu na zakażenie.

3. ABC dekontaminacji medycznej.

Temat przedstawiła Pani mgr Violetta Sokół Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz Kierownik Centralnej Sterylizatorni PCM.

Przedstawiła najważniejsze definicje, terminologię, kwalifikacje personelu zajmującego się dekontaminacją nie tylko w Centralnych Sterylizatoriach, ale także na stanowisku Sterylizacji Gabinetowej.

Omówiła szczegółowe wymagania przestrzenne i funkcjonalne dla Centralnych Sterylizatori, Stanowisk Ste-

rylizacji Gabinetowej, zasady dokumentowania, kontroli procesów dekontaminacji, transportu oraz przechowywania materiałów i sprzętu po sterylizacji.

4. Higiena rąk a profilaktyka zakażeń.

Temat przedstawił Pan mgr Karol Jasik Przedstawiciel firmy MEDILAB

Przedstawił bardzo ciekawą prelekcję na temat mycia i dezynfekcji rąk - teoria a praktyka. Uczestnicy przećwiczyli technikę dezynfekcji rąk, sprawdzili swoje umiejętności w tym zakresie.

5. Rola pielęgniarki i położnej w profilaktyce zakażeń odcewnikowych.

Temat omówiła Pani mgr Dorota Orczyk Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz Dyrektor ds. pielęgniarstwa PCM.

Omówione zostały podstawy prawne w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych, wytyczne CDC w zakresie zakładania, utrzymania i pielęgnacji wkłuc obwodowych, dokumentowania, edukacji personelu oraz odpowiedzialność zawodowa.

Konferencja spotkała się z bardzo życzliwym odbiorem. Uczestnicy mają nadzieję że nie była ostatnią organizowaną przez PCM.

Violetta Sokół

PLAN SZKOLEŃ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

L./p	Nazwa kursu	Termin rozpoczęcia	Koszt kursu
1.	Pielęgniarstwo chirurgiczne szkolenie specjalizacyjne przeznaczone dla pielęgniarek	po zebraniu grupy minimum 25 osób	1.780,- zł
	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek	po zebraniu grupy minimum 15 osób	1.250,- zł
2.	Pielęgniarstwo anestezjologicznego i intensywnej opieki kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek	po zebraniu grupy minimum 15 osób	1.150,-zł
3.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	370,-zł
4.	Wykonanie konikopunkcji, odbarczanie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek Państwowego Ratownictwa Medycznego	po zebraniu grupy minimum 15 osób	370,-zł
5.	Obsługa portu donaczyniowego kurs doształcający przeznaczony dla pielęgniarek i położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	180,-zł
6.	Szczepienia ochronne kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek	po zebraniu grupy minimum 15 osób	370,-zł
7.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	350,-zł
8.	Edukator w cukrzycy kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	550,-zł

9.	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	370,-zł
10.	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	370,-zł
11.	Leczenie ran kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek	po zebraniu grupy minimum 15 osób	620,-zł
12.	Leczenie ran kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	430,-zł
13.	Resuscytacja oddechowo-kръżeniowa noworodka kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	370,-zł
14.	Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych	po zebraniu grupy minimum 15 osób	550,-zł
15.	Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek	po zebraniu grupy minimum 15 osób	450,-zł
16.	Dializoterapia kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek	po zebraniu grupy minimum 15 osób	600,-zł

Wskazane szkolenia są propozycją skierowaną do zainteresowanych pielęgniarek i położnych, natomiast zostaną zorganizowane po uzyskaniu potwierdzenia wymaganej liczby uczestników.

W razie niemożności zorganizowania kursu z przyczyn niezależnych, Organizator zastrzega sobie możliwość odwołania szkolenia.

Jednocześnie informujemy, że istnieje możliwość zorganizowania szkoleń na terenie

Zakładów Opieki Zdrowotnej dla pracowników tej jednostki.

Ceny kursów uzależnione są od ilości osób.

MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELĘGNIARKI I DZIEŃ POŁOŻNEJ W SZPITALU W JAROCINIE

DZIECI PODAROWAŁY UŚMIECH PIELĘGNIARKOM I POŁOŻNYM

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, pod honorowym patronatem Prezesa Zarządu Szpitala Powiatowego w Jarocinie Pana Marcina Jantasa, został ogłoszony przez Pełnomocnego Przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażynę Obecną, konkurs rysunkowy pod hasłem: „Podaruj uśmiech Pielęgniarce i Położnej”.

W konkursie uczestniczyły dzieci pracowników ochrony zdrowia z rejonu Jarocina w wieku od 4 do 14 lat. Na konkurs wpłynęło 37 interesujących prac. Dzieci narysowały swoje mamy, ciocie i babcie, które są pielęgniarkami i położnymi, karetki pogotowia, szpital. Na konkurs wpłynęły również

wiersze, wyklejanki oraz rysunki komiksowe. Wszystkie dziecięce prace zostały wystawione w holu głównym Szpitala Powiatowego w Jarocinie. Przypomniały Pielęgniarkom i Położnym o ich święcie.

Komisja konkursowa w składzie: Elżbieta Bielarz, Hanna Małgowska, Grażyna Obecna

i Maria Walczak miała bardzo trudne zadanie przy ocenie prac. Postanowiła nagrodzić wszystkich uczestników konkursu. Zaprosiła dzieci uczestniczące w konkursie na spotkanie, które odbyło się 3 czerwca 2016 r. w Sali Konferencyjnej Szpitala w Jarocinie.

Wszystkie dzieci otrzymały nagrody.

Pani Maria Walczak Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Dziecięcego przywitała wszystkie dzieci i zaproszonych gości, podziękowała dzieciom za pomysłowość i wkład pracy.

W spotkaniu uczestniczył Pan Prezes Zarządu Szpitala Powiatowego w Jarocinie oraz Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek Położnych do spraw położnych Pani Dorota Kubiak, Kierownik ds. Pielęgniarek i Położnych Pani Urszula Kucner. Pan Prezes złożył gratulacje wszystkim dzieciom, wręczył nagrody i dyplomy. Spotkanie przebiegało w miłej i sympatycznej atmosferze.

Za ufundowanie nagród dzieciom biorącym udział w konkursie, Komisja Konkursowa składa serdeczne podziękowania dla:

Prezesa Szpitala Powiatowego w Jarocinie Pana Marcina Jantasa, Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Urzędu Miejskiego w Jarocinie, Starostwa Powiatowego w Jarocinie, Kierownika Oddziału Chirurgii Pana Krzysztofa Gruszczyńskiego, Kierownika Oddziału Ortopedii Pana Macieja Dragona, przedstawicieli firm farmaceutycznych, Zakładu Aktywności Zawodowej „PROMYK” w Żerkowie, Mickiewiczowskiego Centrum Turystycznego w Żerkowie, Eurobanku w Jarocinie, „Czasu na herbatę” w Pleszewie.



Tomaszek Wiktor lat 9



Tomaszek Kacper lat 8



Szewc Julia lat 4



Nyczek Oliwia lat 7



Furmaniak Jakub lat 12



Pruszek Wiktor lat 10



Pruszek Oliwia lat 6



Pruszek Nikola lat 8



Nyczek Oliwia lat 7



Furmaniak Patryk lat 7



Małysiak Wojciech lat 8



Małysiak Rafał lat 12



Małysiak Kinga lat 8



Dranczuk Adal lat 5



Barfmanowska Joanna lat 10



Kiełb Gabriela lat 5



Kiełb Franciszek lat 5



Janicki Bartosz lat 7



Dziurzyński Jakub lat 6



Domin Wieruska lat 14



Konarska Martyna lat 8



Marecki Jan lat 8



Małicka Magdalena lat 13



Hysa Dominika lat 13



Janicka Marysia lat 6



Korzybiełowska Julia lat 12



Matyszek Jerzy lat 10



Dziurzyńska Zofia lat 10



Grzegorzewska Olga lat 12



Miara Oliwia lat 8



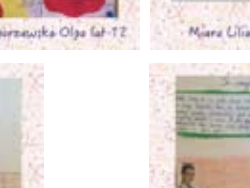
Wójcik Matyszek lat 14



Furmaniak Julia lat 5



Kosińska Patryk lat 8



Komandzińska Natalia lat 7



Stolińska Oliwia lat 10

Kompleksowy pakiet ubezpieczeń INTER dla medycyny

INTER Polska w profesjonalny i kompleksowy sposób dba o bezpieczeństwo Pielęgniarek i Położnych

Wypracowany wspólnie z Pielęgniarkami i Położnymi kompleksowy pakiet ochrony ubezpieczeniowej obejmuje najważniejsze ryzyka w życiu zawodowym i prywatnym. Wiedząc jak istotna jest dla naszych Klientów możliwość dostosowania zakresu ochrony do indywidualnych preferencji, dajemy Państwu możliwość skonstruowania własnego pakietu. Nasi pośrednicy służą pomocą na każdym etapie podejmowania decyzji.

■ Obowiązkowe Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej

konieczne dla Pielęgniarek i Położnych pracujących na kontrakcie, prowadzących praktykę pielęgniarską i położniczą.

■ Dobrowolne Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej

rozszerza zakres ochrony dla posiadaczy ubezpieczenia obowiązkowego np. dla szkód w mieniu. Pielęgniarkom i Położnym, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC, zapewnia ochronę m.in. w przypadku popełnienia błędu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

■ Świadczenie pieniężne w przypadku przerwy

w wykonywaniu zawodu (INTER Kontrakt).

■ Ochrona prawna

dla osób wykonujących zawód medyczny (INTER Ochrona Prawna).

■ Ubezpieczenie skutków ekspozycji

na materiał zakaźny (INTER Ochrona HIV/WZW).

■ Ochrona majątku

praktyki pielęgniarskiej i położniczej (INTER Partner).

■ Ubezpieczenie w życiu prywatnym: dom, mieszkanie, turystyka, życie

(INTER Lokum, INTER Tour, INTER Grupa).

Zapytaj swojego agenta o specjalną zniżkę pakietową!