

3/2023

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE

BIULETYN





BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

w Jeleniej Górze
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68, 753 56 69
www.oipip.jgora.pl

KONTO

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Numer konta bankowego, na który należy
przekazywać składki członkowskie:
Santander Bank Polska o/Jelenia Góra
05 1090 1926 0000 0005 1400 5081

BIURO

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Sekretariat czynny:
poniedziałek 8.00–16.00
wtorek–piątek 7.00–15.00

Przewodnicząca ORPiP

ELŻBIETA GAJOWNICZEK
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00

Sekretarz ORPiP

GRAŻYNA BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

DOROTA PATYŃSKA
Zastępcy pełnią dyżur w pierwszy i ostatni
poniedziałek miesiąca 14.00–15.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

LARYSA PERSJANOW

Obsługa prawna

Adwokat ILONA GRABAS
Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
pielęgniarki i zawodu położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.
Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt i skład

Tereny Weny Agencja Reklamowa

SPIS TREŚCI

INFORMACJE OIPIP

- 1 Odejścia na emeryturę –
podziękowania

INFORMACJE NIPIP

- 3 Stanowisko w sprawie tajemnicy
zawodowej
- 4 Zatrudnianie pielęgniarek
bezpośrednio po ukończonych
studiach licencjackich
- 6 Pismo NIPiP do Ministra
Zdrowia w sprawie przywrócenia
Departamentu Pielęgniarek
i Położnych
- 7 Zasady długoterminowej
opieki pielęgniarskiej

OPINIE

- 22 Półpasiec – „druga odłona”
wirusa ospy wietrznej
- 24 Medyku, ugryź się w język
- 28 Opinia prawna. Czy pielęgniarka
może podać na zlecenie lekarza
dożylnie Haloperidol WZF 5mg/ml?
- 29 Rekomendacja kursu doszkalającego

PROMOCJA

Profilaktyka zakażeń wywołanych
SARS-CoV-2 w opiece
zinstytucjonalizowanej i warunkach
domowych

Studia pielęgniarskie w Karkonoskiej
Akademii Nauk Stosowanych (KANS)
w Jeleniej Górze

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr EWA PIELI-
CHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981
Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: epielichowska@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wo-
jewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica,
T: 602 795 368, E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr DOROTA KACZOR, Dolnośląskie Centrum
Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra,
T: 606 226 655, E: dorota.kaczor.ds@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO – dr n. med. MONIKA PRZESTRZEL-
SKA, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologicz-
no-Położniczego T: 71 784 18 24, 608 509 727, E: mprzestrzelska.konsultantd@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Me-
dycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k., Będkowo 1, 55-100 Trzebnica,
T: 71 312 02 20, E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dol-
nośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12,
53-413 Wrocław, T: 71 368 92 01 E: garwacka.e@dco.com.pl

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr JERZY TWARDAK, Zakład Chorób Układu Ner-
wowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartla 5, 56-618
Wrocław, T: 668 193 147, E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA, Pogotowie Ratun-
kowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039, E: [w.zielonka@pogotowie-
legnica.pl](mailto:w.zielonka@pogotowie-
legnica.pl)

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr ANNA SZACHOWSKA, Bonifrackie Centrum
Zdrowia Sp. z o.o., E: anna.szachowska@gmail.com

W związku z przejściem na wymarzoną emeryturę

SZ. P. IWONIE JASIŃSKIEJ

Dziękujemy za wieloletnią współpracę i zaangażowanie, za rzetelne i solidne wykonywanie wszystkich powierzonych obowiązków. Życzymy dużo zdrowia, szczęścia i pomyślności na nowym etapie życia, spełnienia wszystkich marzeń i upragnionego odpoczynku.

*Personel Oddziału Anestezjologii
SPZOZ w Bogatyni*

SZ. P. GRAŻYNIIE OGONOWSKIEJ

W życiu najtrudniejsze są pożegnania – zwłaszcza z takimi osobami jak Ty. Dziękujemy Ci za wiele lat współpracy, za wszystkie rady, dobre serce, mądrość i wsparcie. Życzymy Ci, aby nowy rozdział życia, który właśnie rozpoczynasz był pełen dobrych chwil.

*Personel Oddziału Anestezjologii
SPZOZ w Bogatyni*



Gratulacje i podziękowania z okazji przejścia na emeryturę

W związku z przejściem na zasłużoną emeryturę Naszej Koleżanki

STANISŁAWY CZAJKOWSKIEJ

składamy najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią współpracę, trud,
zaangażowanie i troskę o Naszych pacjentów.

Życzymy pomyślności w życiu osobistym, realizacji swoich pasji i dużo zdrowia.

Naczelną Pielęgniarką

Pielęgniarką Oddziałową wraz z koleżankami pielęgniarkami

Oddziału Pediatrycznego w Powiatowym Centrum Zdrowia

w Kamiennej Górze

*„Jeśli kiedykolwiek zamierzasz cieszyć się życiem –
teraz jest na to czas – nie jutro, nie za rok.*

Dzisiaj powinno być zawsze najwspanialszym dniem”.

Thomas Dreier



Stanowisko w sprawie tajemnicy zawodowej

STANOWISKO

Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego z dnia 9 sierpnia 2023 r. w sprawie tajemnicy zawodowej

Ogólnopolskie Porozumienie Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego wyraża głębokie zaniepokojenie brakiem poszanowania dla ustawowych gwarancji ochrony tajemnicy zawodowej osób wykonujących zawody zaufania publicznego. Jej istotą jest ochrona szczególnie ważnych i doniosłych interesów osób korzystających z pomocy przedstawicieli zawodów zaufania publicznego.

Ujawnienie przez ministra zdrowia poufnych danych medycznych – niemające uzasadnienia w idei ochrony zdrowia – to wydarzenie bez precedensu, którego skutki mają daleko idące znaczenie.

Przedstawiciele zawodów zaufania publicznego zabezpieczają interes społeczny obywateli, pozyskując poufne informacje dotyczących ich życia prywatnego i zawodowego. Tajemnica zawodowa nie jest przywilejem osób wykonujących zawody zaufania publicznego, ale ich powinnością wobec klientów. Utrata zaufania klientów uniemożliwia należyte i skuteczne wykonywanie zawodu i realizację powierzonej ochrony wolności i praw obywatela. Wydarzenia ostatnich dni i ujawnienie danych dotyczących zdrowia konkretnej osoby przez ministra zdrowia potwierdziły, że ta nieufność ma swoje uzasadnienie.

Samorzady zawodowe, stojąc na straży interesu publicznego, mają poczucie, że zarówno ustawodawca, jak i organy stosujące prawo nagminnie naruszają tajemnicę zawodową, obniżając standard należytej ochrony jednostki. Sprzyja temu m.in. tworzenie regulacji prawnych, które upoważniają coraz szerszą grupę organów i instytucji do dostępu do danych objętych tajemnicą zawodową.

Obowiązkiem władzy państwowej, jest budowanie zaufania do państwa i jego instytucji. Kierując się troską o dobro wspólne, domagamy się od przedstawicieli władz poszanowania tajemnicy zawodowej, a tym samym przestrzegania zasad demokratycznego państwa prawa.

(-) r.pr. Agnieszka Gajewska-Zabój
Sekretarz
Ogólnopolskiego Porozumienia
Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

(-) r.pr. Włodzimierz Chróścik
Przewodniczący
Ogólnopolskiego Porozumienia
Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego





Zatrudnianie pielęgniarek bezpośrednio po ukończonych studiach licencjackich

**Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego**
dr n. med. Anna Małecka-Dubiela
Gdański Uniwersytet Medyczny
Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego
80-211 - Gdańsk, ul. Dębinki 7
Tel.: 663906046, e-mail: anna.malecka@gumed.edu.pl
L. dz. kk. wdz. PR/22/23

Gdańsk, dnia 27.07. 2023 r.

Stanowisko w sprawie zatrudniania pielęgniarek bezpośrednio po ukończonych studiach licencjackich do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych

Jako Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego uważam, że pielęgniarka, która ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwa i uzyskała dyplom licencjata pielęgniarstwa może podjąć pracę w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Nie ma żadnych formalnych przeciwwskazań do zatrudniania tych osób,

ponieważ w toku kształcenia przeddyplomowego nabywają wiedzę i umiejętności potrzebne do wykonywania pracy na stanowiskach w różnych obszarach oddziału ratunkowego. Ponadto każda nowo przyjęta pielęgniarka w okresie adaptacji społeczno-zawodowej w nowym środowisku przygotowuje się do nowej roli i organizacji pracy pod nadzorem doświadczonej pielęgniarki, która jest wyznaczona na opiekuna zawodowego danej osoby. Po efektywnym wdrożeniu nowego pracownika osiąga on pełną produktywność i wysoką jakość udzielanych świadczeń. Podczas pracy nabywa on doświadczenie zawodowe oraz będzie mógł rozpocząć swoją karierę zawodową. W procesie kształcenia podyplomowego zaczynając szkolenie od kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, a następnie po 2 latach pracy może podjąć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego.

Do pracy w systemie ratownictwa medycznego potrzebne są osoby z ogromnym zaangażowaniem, dynamiczne. To przede wszystkim powinni być pasjonaci pielęgniarstwa ratunkowego. Osoby takie najczęściej swoje zainteresowanie nabywają już w toku nauczania uczestnicząc w kołach naukowych z pielęgniarstwa ratunkowego utworzonych w uczelniach medycznych. Młody człowiek chcąc się realizować w pracy w jednostkach systemu powinien podjąć pracę w szpitalnym oddziale ratunkowym, żeby nabrać doświadczenia zawodowego oraz uzyskać staż pracy 3 letni wymagany ustawowo do uzyskania tytułu pielęgniarki systemu. Uzyskanie tych wymagań umożliwi pracę w innych jednostkach systemu ratownictwa medycznego min.: w zespołach ratownictwa medycznego lub w lotniczym pogotowiu ratunkowym.

Podsumowując:

Pielęgniarka, pielęgniarz bezpośrednio po ukończeniu studiów pierwszego stopnia i otrzymaniu prawa wykonywania zawodu może podjąć pracę w szpitalnych oddziałach ratunkowych aby nabrać doświadczenia zawodowego przygotowującego do pracy w innych jednostkach systemu.

Z wyrazami szacunku

Anna Małecka-Dubiela
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego

Pismo NIPiP do Ministra Zdrowia w sprawie przywrócenia Departamentu Pielęgniarek i Położnych



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0023.93.2023.JP

Warszawa, dnia 31 lipca 2023 r.

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z przyjętym wnioskiem na VIII Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych, zwracam się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie działań mających na celu przywrócenie Departamentu Pielęgniarek i Położnych w strukturze organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w okresie 15 letniej działalności Departamentu Pielęgniarek i Położnych wypracowano platformę do wzajemnej współpracy w zakresie sprawnego rozwiązywania problemów związanych ze specyfiką zawodów pielęgniarki i położnej.

Rola Departamentu Pielęgniarek i Położnych była szczególnie ważna przy opracowaniu Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, która została przyjęta przez Rząd RP Uchwałą Nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. dokumentem *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce* (z uwzględnieniem etapów prac zainicjonowanych w roku 2018). Pozytywne początki zmian, jakie dokonały się w ostatnich latach, to wspólna ciężka praca instytucji i organizacji reprezentujących interesy środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych wspartych merytorycznie i organizacyjnie przez pracowników Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Powstanie i działanie Departamentu Pielęgniarek i położnych jako jednostki organizacyjnej w Ministerstwie Zdrowia pozwalało na realizowanie przede wszystkim następujących zadań: nadzorowanie wykonywania zadań z zakresu administracji rządowej, zleconych organom samorządów zawodowych, prowadzenie spraw dotyczących kształcenia przed i podyplomowego, prowadzenie spraw związanych z działalnością konsultantów krajowych, współpraca z samorządem zawodowym w sprawach dotyczących Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych oraz nowych rozwiązań systemowych w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, w zakresie odpowiedzialności zawodowej, współpraca z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa i nauki w zakresie standardów kształcenia, współpraca z KRASzPiP dotyczącym nadzoru merytorycznego nad systemem kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo.

Departament Pielęgniarek i Położnych, we współpracy z Departamentem Dialogu Społecznego, realizował zadania Ministra wynikające z przepisów o działalności leczniczej i prawa pracy w odniesieniu do spraw pracowniczych pielęgniarek i położnych, w tym sprawy związane z dostosowaniem krajowych przepisów dotyczących personelu pielęgniarstwa i położnictwa do regulacji obowiązujących w Unii Europejskiej. Ponadto, Departament prowadził sprawy związane z oceną realizacji obowiązku stosowania przez podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Likwidacja Departamentu Pielęgniarek i Położnych funkcjonującego na rzecz najliczniejszej grupy wśród zawodów medycznych może świadczyć o braku dostrzegania problemów zawodowych związanych z polskim pielęgniarstwem i położnictwem oraz potrzeby dialogu w sprawnym ich rozwiązywaniu.

Systematycznie narastające problemy zawodowe dotyczące pielęgniarek i położnych wynikają w znacznej mierze z braku zrozumienia specyfiki wykonywania zawodów pielęgniarki

i położnej oraz braku jednego ośrodka administracji rządowej, który analizowałby problemy zawodowe, konsultował z przedstawicielami środowiska sposoby ich rozwiązywania.

Środowisko pielęgniarek i położnych obecnie mierzy się z problemem braku zastępowalności pokoleń w tych zawodach. Dlatego, absolwenci zawodów powinni w momencie otrzymania dyplomu pielęgniarstwa, położnej znać swoją drogę kariery, wraz z możliwością awansu, rozwoju finansowego i zawodowego. Temu powinny towarzyszyć działania organów władz publicznych wzmacniające promocję tych zawodów.

Pomocnym instrumentem byłoby też przygotowanie wyceny świadczeń usług pielęgniarstwa i położniczych w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Urzędowa wycena powyższych świadczeń mogłaby przyczynić się do poprawy stabilności wykonywania pracy w ww. zawodach.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych utworzenie Departamentu Pielęgniarek i Położnych miało być również realizacją zobowiązań Polski, w związku z ratyfikowaniem konwencji MOP nr 149 z 1977 r. dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarstwa i położniczego (Ratyfikowana przez Polskę 9.10.1980 r. Dz.U. z 1981 r. Nr 2, poz. 4.). W preambule wskazano, iż Konwencja została przyjęta w porozumieniu ze Światową Organizacją Zdrowia z uwagi na uznanie istotnej roli, jaką odgrywa personel pielęgniarstwa i położniczy współpracujący z innymi pracownikami służby zdrowia w ochronie oraz podnoszeniu zdrowotności i dobrobytu ludności, uznając, że **sektor publiczny, jako pracodawca personelu pielęgniarstwa i położniczego, powinien odgrywać aktywną rolę w polepszaniu warunków zatrudnienia i pracy tej grupy zawodowej.**

Mając na uwadze powyższe, pragniemy zwrócić uwagę, że przywrócenie Departamentu Pielęgniarek i Położnych w strukturze organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia jest merytorycznie zasadne i konieczne ze względu na funkcję, jaką ten Departament pełnił w sektorze opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP



Mariola Łodzińska

Zasady długoterminowej opieki pielęgniarzkiej

Zasady opieki pielęgniarzkiej wobec pacjenta przewlekle chorego, niesamodzielnego oraz długotrwanie unieruchomionego w opiece długoterminowej

Dr n. o zdr. Mariola Rybka, prof. PANS

Konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej

Intensywny rozwój opieki medycznej wpłynął na obniżenie poziomu śmiertelności, a choroby sklasyfikowane jako wysoce śmiertelne stały się chorobami przewlekłymi. Stan zdrowia uzależniony jest w znacznym stopniu od stylu życia, dostępności do usług medyczno-rehabilitacyjnych oraz czynników ekonomicznych, socjalnych. Wskaźniki demograficzne dotyczące osób będących w wieku podeszłym są wprost proporcjonalne do zjawiska polipatologii. Wiele schorzeń równolegle na siebie zachodzących, a odnoszących się do tzw. zespołów geriatrycznych, wzajemnie się zazębiają. Najczęściej dotyczy to chorób układu sercowo-naczyniowego (75% populacji), układu ruchu (68%), oddechowego (46%), pokarmowego (34%), zaburzeń pamięci,¹ zaburzeń równowagi,^{2,3} znacznego pogorszenia funkcji narządu wzroku i słuchu.⁴ W wyniku wielochorobowości dochodzi do szeregu powikłań jak odleżyny, nietrzymanie moczu, owrzodzenia niedokrwienne, przykurcze, które mają znamienne wpływ na poziom jakości życia.^{5,6,7} Choroba przewlekła jest źródłem pogorszenia się stanu sprawności, nasila niesamodzielną w zakresie złożonych i podstawowych czynności dnia codziennego. Przejawia się ograniczeniem codziennej aktywności, obniżonym poziomem adaptacji do funkcjonowania w warunkach ciągłych zmian socjoekonomicznych. Jest ona powiązana z bólem, uciążliwym leczeniem, pogorszeniem stanu psychicznego oraz uzależnieniem od osób trzecich. Pojawia się wątpliwość, jakie podjąć działania by sprostać pojawiającym się problemom wynikającym z naturalnego procesu inwolucyjnego oraz nasilonego

poprzez wielochorobowość oraz polipragmazję. Opieka długoterminowa dotyczy dwóch obszarów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Świadczenia z zakresu opieki długoterminowej są realizowane przez profesjonalistów (pielęgniarki, lekarzy, terapeutów, rehabilitantów, opiekunów medycznych), ale również przez opiekunów nieformalnych (znajomych, członków rodziny, przyjaciół, wolontariuszy). Celem opieki długoterminowej jest podejmowanie działań, których priorytetem jest dbanie o jakość życia osób z ograniczoną zdolnością do samodzielności.⁸ Tak postrzegana opieka długoterminowa to szeroki obszar, który swoim działaniem obejmuje osoby potrzebujące opieki i pielęgnacji od narodzin, aż do ostatnich dni. Opieka długoterminowa to profesjonalna, ciągła i długookresowa pielęgnacja, rehabilitacja z zachowaniem leczenia dietetycznego oraz kontynuacją farmakoterapii. Obszar tych działań przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, obłożnie lub przewlekle chorych, u których został zakończony proces intensywnego diagnozowania i leczenia, ale ze względu na znaczne deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji wymagają dalszych świadczeń z poziomu specjalistycznej oraz podstawowej pielęgnacji i rehabilitacji. Podstawą opieki długoterminowej jest wspomaganie osoby chorej oraz osób najbliższych do podejmowania wszelkich możliwych działań mających na celu jak najdłuższy lub stały pobyt osoby niesamodzielnej, przewlekle chorej lub będącej w podeszłym wieku w środowisku domowym, wśród najbliższych. Wdrażanie skoordynowanych działań z obszaru pomocy społecznej oraz świadczeń zdrowotnych przyczynia się do poprawy jakości usług i sprawia, że pobyt w warunkach środowiska domowego daje poczucie bezpieczeństwa i wpływa na subiektywną ocenę jakości życia. Kompensacyjne działania podejmowane przez członków zespołu interdyscyplinarnego pracującego w obszarze opieki długoterminowej czyli pielęgniarki, opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholodzy rozpoznają tkwiące rezerwy somatyczne i psychiczne i ukierunkowują działania terapeutyczne na ich wzmocnienie.

Starzenie się społeczeństwa oraz systematycznie rosnąca populacja osób przewlekle chorych, niesamodzielnych wpływa na dynamiczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej. Jednym z głównych przyczyn niesamodzielności pacjentów objętych opieką długoterminową są schorzenia układu sercowo-naczyniowego m.in. udar mózgu, który stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności. Dominującym powikłaniem udaru, który utrudnia funkcjonowanie to niesamodzielność oraz dysfagia. Wielokrotnie alternatywą staje się wytworzenie gastrostomii odżywczej (PEG). Kolejnym powodem niepełnosprawności pacjentów opieki długoterminowej to stwardnienie rozsiane (SM). To choroba demielizacyjna centralnego układu nerwowego. W grupie objawów neurologicznych dominują: niedowład piramidowe kończyn dolnych i górnych, zaburzenia czucia, zaburzenia koordynacji, zaburzenia kontroli zwieraczy, zaburzenia ostrości wzroku, zawroty głowy, oczopląs, skurcze mięśniowe. Analiza najczęstszych



stanów klinicznych kierowanych do opieki długoterminowej stacjonarnej dotyczy:

- stanu po udarze mózgu
- choroby niedokrwiennej serca
- nadciśnienia tętniczego
- miażdżycy uogólnionej
- cukrzycy
- po urazach/zabiegach ortopedycznych
- niewydolności nerek
- niewydolności oddechowej
- owrzodzenia odleżynowego
- kardiomiopatii
- stanów otępiennych
- choroby Parkinsona⁹

Bardzo dużą grupę pacjentów opieki długoterminowej stanowią pacjenci z zespołami otępiennymi. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) otępienie to zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu o przewlekłym i dynamicznym postępie. W takim przypadku obserwujemy zaburzenia funkcji korowych jak pamięć, uczenie się, myślenie, orientacja, liczenie, rozumienie i zaburzenia zdolności dokonywania ocen.

W wyniku wielochorobowości, znacznego poziomu niesamodzielności oraz długotrwałego unieruchomienia pojawiają się powikłania m.in. odleżyny, które stanowią istotny problem w opiece długoterminowej, przysparzając pacjentowi cierpienia oraz nasilają dolegliwości bólowe. Rany przewlekłe w postaci odleżyn stanowią istotną grupę powikłań występujących u pacjentów obarczonych ograniczoną sprawnością ruchową, wielochorobowością, niedożywionych zarówno ilościowo jak i jakościowo, z chorobami neurologicznymi, naczyń obwodowych.^{10,11} Według międzynarodowej definicji American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) i European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) odleżyna jest umiejscowionym uszkodzeniem skóry i/lub głębszej tkanki, która zwykle pojawia się na wypukłości kostnej w wyniku ucisku lub połączenia ucisku i rozrywania.¹² Okolice ciała, w których najczęściej dochodzi do powstania odleżyn to okolica dolnej połowy ciała, umiejscowienie jest uzależnione od pozycji ułożeniowej w jakiej znajduje się pacjent, dotyczy to głównie okolicy kości krzyżowej (ok. 40%), guzów kulszowych (ok. 5%), krętarzy (ok. 10%), kostek bocznych goleni (ok. 5%) i guzów piętowych (ok. 10%).^{12,13} Powstanie rany odleżynowej może być spowodowane nieprzerwanym uciskiem trwającym kilka godzin (2-4 godz.).¹⁴ Analiza literatury przedmiotu wskazuje, iż odleżyny najczęściej rozwijają się w pierwszym okresie unieruchomienia obejmującym pierwsze 2 tygodnie, przy czym w ponad 30-40% przypadków dotyczy pierwszych 7 dni, a w ok. 70% dotyczy kolejnych dni unieruchomienia.¹⁵

Prowadzenie oraz monitorowanie ciągłej, zindywidualizowanej pielęgnacji przeciwodleżynowej stanowi priorytet w opiece pielęgniarskiej nad chorym zagrożonym jej wystąpieniem lub z występującą już odleżyną.¹² Działania profilaktyczne skupione są na identyfikacji chorych z grup ryzyka, minimalizacji lub eliminacji czynników ryzyka, unikanie bądź zmniejszenie ucisku przy zastosowaniu dostępnych na rynku pozycjonerów, utrzymanie właściwego środowiska mikroklimatu w pomieszczeniu. Istotne postępowanie terapeutyczne obejmuje pielęgnację skóry, wdrożenie adekwatnej co do stanu klinicznego pacjenta rehabilitacji ruchowej, stosowanie diety z wyrównaniem zaburzeń, na przykład stężenia cukru, białka, hemoglobiny, żelaza, wody i elektrolitów.^{10,16} Profilaktyka stanowi podstawę postępowania przeciwoodleżynowego. Pomimo intensywnych działań profilaktycznych u części chorych ryzyko powstania odleżyny będzie się utrzymywać na wysokim poziomie i dojdzie do jej powstania. Ta sytuacja stanowi kolejne wyzwanie jak postępować z trudno gojącą się raną. Proces ten jest zazwyczaj trudny i kosztochłonny wymaga on pełnego zaangażowania zespołu specjalistów w zakresie działań leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. Gojenie się ran odleżynowych może trwać od kilku (ok. 13% odleżyn powierzchownych udaje się wyleczyć w okresie ok. 2 tygodni) do kilku miesięcy, a nawet lat (zwykle 6-12 miesięcy). Dobór odpowiednich metod, technik pielęgnowania oraz leczenia miejscowego jest uzależniony od rodzaju i charakteru rany, jej umiejscowienia, wielkości łożyska rany, czasu trwania, stanu mikrobiologicznego oraz stopnia i fazy gojenia.¹⁷ Na dobór opatrunku ze względu na duży wybór opatrunków dostępnych na rynku należy się kierować określonymi kryteriami.

Tabela nr 1 Kryteria doboru opatrunku^{18, 19, 20, 21, 22}

Kryteria doboru opatrunku	
Faza gojenia rany	opatrunek dobiera się zgodnie z tkanką dominującą w dnie owrzodzenia (martwica sucha, martwica rozpułwina, ziarnina, naskórkowanie)
Wysięk	ocena wysięku zgodnie z systemem punktacji Falangi i dobór opatrunku o odpowiedniej chłonności
Stan mikrobiologiczny rany	ocena kliniczna objawów infekcji (obrzęk, rumień, zapach, ucieplenie skóry wokół odleżyny) porównana z oceną mikrobiologiczną (posiew bakteryjny)
Obecność jam, kieszeni, przetok	ocena głębokości odleżyny i dobór opatrunku wypełniającego odleżynę
Współistniejące uszkodzenia skóry pod postacią (maceracji, erozji, hydratacji, hiperkeratozy, nadżerek, wyprzeń)	dobór opatrunku albo preparatu gojącego i chroniącego otaczającą skórę przed dalszym uszkodzeniem

Konsekwencją polipatologii jest znaczne obniżenie sprawności funkcjonalnej co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne. Istotnym celem podejmowanych działań pielęgnacyjnych skierowanych do pacjentów przewlekle chorych jest edukacja ukierunkowana na samego pacjenta, ale również na jego rodzinę, osoby sprawujące bezpośrednią opiekę. Zakres edukacji obejmuje naukę samoopieki – jak korzystać z dostępnych na rynku wyrobów chłonnych, pomocniczych środków pielęgnacyjnych, jak prowadzić samokontrolę parametrów życiowych, takich jak tętno, RR, pomiar glikemii. W tym kontekście pojawia się konieczność oceny efektów profesjonalnej opieki pielęgniarstwa sprawowanej w warunkach środowiska domowego jak również tej realizowanej w zakresie stacjonarnym czyli w zakładach opiekuńczo-leczniczych/opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Postawienie diagnozy pielęgniarstwa, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych, wdrożenie odpowiednich interwencji jest kierunkiem działań podejmowanych wobec pacjenta. Przykładowe diagnozy i interwencje pielęgniarstwa wg ICNP® w opiece nad pacjentem objętym opieką długoterminową przedstawia tabela nr 2.

Tabela nr 2 Wybrane problemy pielęgnacyjne w ujęciu ICNP® stosowanych w opiece długoterminowej

Diagnoza pielęgniarstwa	Interwencje	Wynik
Nietrzymanie moczu [10025686]	Ocenianie trzymania moczu [10030781] Zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879] Zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Promowanie higieny [10032477] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Trzymanie moczu [10027836]
Nietrzymanie stolca [10027718]	Ocenianie trzymania stolca [10030558] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Trzymanie stolca [10027741]
Ryzyko upadku [100151221]	Ocenianie ryzyka upadku [10023520] Ocenianie stopnia samodzielności [10002723] Demonstrowanie metod prewencji upadków [10040248] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Nauczanie o prewencji upadków [10040253] Nauczanie rodziny o prewencji upadków [10040269] Nauczanie o bezpieczeństwie w domu [10032960] Nauczanie o urządzeniu uruchamiającym [10037474] Nauczanie o bezpiecznym korzystaniu z urządzeń [10044944] Nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10024687] Nauczanie o technikach przemieszczania [10041489] Prewencja upadków [10040211] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Brak upadku [10034704]

Tabela nr 2, ciąg dalszy Wybrane problemy pielęgnacyjne w ujęciu ICNP® stosowanych w opiece długoterminowej

Diagnoza pielęgnarska	Interwencje	Wynik
Ryzyko zaburzonego statusu odżywienia [10037224]	Ocenianie statusu odżywienia [10030660] Ocenianie ryzyka zaburzonego statusu odżywienia [10002747] Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747] Ocenianie apetytu [10038901] Ocenianie postawy wobec statusu odżywienia [10002694] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525] Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmów [10032918] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie wagi ciała [10032121] Ważenie pacjenta [10033323] Monitorowanie odżywiania [10036032] Zarządzanie reżimem diety [10023861] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Poprawa statusu odżywienia [10035569]
Deficyt samoopieki [10023410]	Ocenianie samoopieki [10021844] Ewaluacja planu opieki [10031252] Ewaluacja stanu domu przed rozpoczęciem opieki domowej [10041038] Promowanie samoopieki [10026347] Nauczanie o samoopiece [10045014] Nauczanie opiekuna [10033086] Wzmacnianie samodzielności [10022537] Asystowanie w samoopiece [10035763]	Pozytywna zdolność do samoopieki [10025714]
Ryzyko odleżyny [10027337]	Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710] Ocenianie skóry [10041126] Ocenianie integralności skóry [10033922] Ocenianie perfuzji tkanek [10030775] Monitorowanie perfuzji tkankowej [10035335] Planowanie opieki [10035915] Zapewnienie ciągłości opieki [10006966] Prewencja odleżyny [10040224] Pielęgnacja skóry [10032757] Pozycjonowanie pacjenta [1001471] Nauczanie o prewencji odleżyny [10036861] Nauczanie o używaniu urządzenia wspierającego [10040909]	Bez odleżyny [100290651]
Zaparcie [10000567]	Ocenianie statusu wypróżnienia [10036475] Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747] Ocenianie mobilności [10030527] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie przyjmowania pokarmów [1003614] Zarządzanie reżimem diety [10023861] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562] Leczenie zaparcia [10044729]	Efektywna defekacja [10028403]
Biegunka [10000630]	Ocenianie bilansu płynów [10037881] Monitorowanie bilansu płynów [10040852] Terapia płynami [10039330] Ocena kontroli objawów [10026161] Monitorowanie oznak i objawów infekcji [10012203] Zarządzanie wypróżnieniem [10041427] Monitorowanie odżywiania [10036032] Pielęgnacja skóry [10032757] Zapobieganie odleżynom [10040224]	Prawidłowe wypróżnienie [10028398]

Występowanie szeregu chorób przewlekłych jednocześnie prowadzi do pojawienia się szeregu niekorzystnych konsekwencji dla pacjenta, które negatywnie wpływają na wszystkie sfery funkcjonowania. W przypadku osób w wieku podeszłym oraz senioralnym rozpatrujemy je pod kątem wielkich problemów geriatrycznych i dotyczą one: zaburzenia mobilności/przemieszczania się, zaburzenia równowagi, nietrzymanie moczu i stolca, upadki, zaburzenia funkcji poznawczych, upośledzenie słuchu i wzroku, występowanie objawów depresji. Choroba zaburza poczucie stabilizacji, uniemożliwia pełnienie ról społecznych, prowadzi do wycofania się i powoduje pojawienie się objawów depresji. Zachęcanie pacjenta do udziału w zajęciach terapeutycznych oraz aktywnego uczestnictwa w procesie nauki działań samoopiekuńczych prowadzi do poprawy samopoczucia i utrzymania sprawności fizycznej i psychicznej na optymalnym poziomie. Opieka długoterminowa stacjonarna, realizując zadania terapeutyczne, angażuje członków zespołu interdyscyplinarnego w poszukiwaniu nowych metod leczenia, opieki, pielęgnacji, terapii oraz rehabilitacji. Mając na uwadze poprawę jakości życia osób przewlekle chorych i niesamodzielnych angażuje w ten proces samego pacjenta, ponieważ nikt inny jak tylko sam pacjent, dobrze zorientowany, zaznajomiony z zakresem oczekiwanych efektów terapii jest najważniejszym członkiem tego zespołu, jest „pierwszym terapeutą samego siebie”.

W opiece nad pacjentem przewlekle chorym ustawodawca zobowiązuje świadczeniobiorcę do oceny stanu niesamodzielności za pomocą wystandaryzowanego narzędzia jakim jest skala Barthel. Ocena według tej skali jest jednym z głównych kryteriów objęcia pacjenta opieką długoterminową. Za pomocą tej skali określany jest poziom deficytu niesamodzielności z obszaru spożywania posiłków, przemieszczania się, ubierania, utrzymania higieny osobistej oraz kontroli potrzeb fizjologicznych. Pacjent kierowany do opieki długoterminowej nie może przekroczyć 40 pkt., gdzie maksymalna liczba punktów uzyskanych przez pacjenta samodzielnego wynosi 100 pkt. Wskaźnik punktowy skali poniżej 40 pkt. wskazuje, że jest to osoba wymagająca zaangażowania wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego w proces terapeutyczny.

Do wiodących problemów pielęgnacyjnych zdiagnozowanych u pacjentów opieki długoterminowej należą: ograniczona aktywność ruchowa, upadki, suchość skóry, nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, trudności w połykaniu - dysfagia, zaparcia, odleżyny, deficyt samoopieki i samopielęgnacji, zaburzenia pamięci, odparzenia, lęk, poczucie osamotnienia. Jednym z głównych problemów pielęgnacyjnych pacjentów kierowanych do opieki długoterminowej jest ograniczona sprawność ruchowa. Wiek oraz dolegliwości wynikające z wielochorobowości są głównymi determinantami nasilenia poziomu niesamodzielności wynikającej z braku ruchu/aktywności. Wyzwaniem dla personelu medycznego jest bezpieczne przemieszczanie/transfer pacjenta przy zastosowaniu różnych metod i technik z wykorzystaniem sprzętu specjalistycznego by minimalizować powikłania

z tytułu długotrwałego unieruchomienia. Wpływ bezruchu/długotrwałego unieruchomienia spowodowanego chorobą, urazem, wypadkiem, operacją może przyjąć postać hipokinezji lub akinezji. Akinezja to bezruch spowodowany uszkodzeniem OUN. Hipokinezja to niedostatek ruchu w stosunku do potrzeb organizmu. Zarówno akinezja, jak i hipokinezja są przyczyną ciężkich zaburzeń, których proces terapeutyczny jest długotrwały, złożony i trudny do cofnięcia. Wielokrotnie powstałe zmiany stają się przyczyną kolejnego problemu jakim są odleżyny. Zmiany jakie powstają w organizmie człowieka z tytułu długotrwałego unieruchomienia dotyczą każdego narządu i układu, zwiększając ryzyko wielu powikłań, dodatkowych chorób, a przez to zwiększając ryzyko zgonu. Przyczyny długotrwałego unieruchomienia mogą być spowodowane chorobami układu sercowo-naczyniowego (np. udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, NZK), chorobami neurologicznymi (np. choroba Alzheimera, Parkinsona, stwardnienie rozsiane, miastenia), chorobami układu kostno-stawowego (np. zwyrodnienie stawów, złamania szyj kości udowej). Konsekwencje wynikające z niedoboru ruchu prowadzą do m.in.: zakrzepicy żył głębokich, zapalenia płuc, odleżyn, niewydolności układu krążenia, niewydolności układu oddechowego oraz zaburzeń funkcji układu moczowego czy zaburzeń o charakterze depresji.

Tabela nr 3 Wpływ bezruchu/unieruchomienia na poszczególne narządy i układy organizmu^{23, 24, 25}

Układy/narządy	Wpływ unieruchomienia
Układ krążenia i krwiotwórczy	Spadek RR krwi Wzrost tętna Zmniejszenie objętości osocza o 7% Zmniejszenie objętości wyrzutowej serca Przyspieszenie rytmu serca Zmniejszenie transportu krwi Obrzęki Zaleganie chłonki i krwi żyłnej Zmniejszenie erytrocytów Zagęszczenie krwi
Układ oddechowy	Spływanie i zmniejszenie liczby oddechów Zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej Zmniejszenie wydolności oddechowej Niedotlenienie tkanek Zmniejszenie pojemności życiowej płuc Zwiększone ryzyko zapalenia płuc
Układ pokarmowy	Zaburzenia wchłaniania Zaparcia
Układ nerwowy	Problemy z równowagą Zaburzenia ortostatyczne Zaburzenia czucia powierzchniowego i głębokiego
Układ mięśniowy	Oslabienie siły mięśniowej Spadek elastyczności i masy mięśni Odruchowe napięcie mięśniowe Przykurcze, niedowłady Zanik mięśni

Tabela nr 3, ciąg dalszy Wpływ bezruchu/unieruchomienia na poszczególne narządy i układy organizmu^{23, 24, 25}

Układy/narządy	Wpływ unieruchomienia
Układ kostny	Utrata wapnia Demineralizacja kości Osteoporoza
Układ stawowy	Ograniczenie ruchomości Wiotkość stawów Podatność na skręcenia i zwichnięcia Niestabilność Zesztywnienie
Skóra	Zmniejszenie elastyczności Łuszczenie się Odleżyny

Istotnym problemem w opiece nad pacjentem z chorobą przewlekłą oraz z zaburzeniami koordynacji ruchowej są upadki. Stanowią one jeden z głównych przyczyn inwalidztwa i piątą przyczynę śmiertelności.²⁶ Powodują spadek aktywności ruchowej, nasilają objawy depresji, pojawia się lęk poupadkowy, który demotywuje do uczestnictwa w podejmowaniu prób przemieszczania się, poruszania. Kolejnym istotnym problemem determinującym jakość życia pacjentów opieki długoterminowej jest zaburzona czynność zwieraczy prowadząca do nietrzymania moczu, stolca.

Nietrzymanie moczu (NTM) to bezwiedny wyciek, na który cierpi ponad 10% populacji. Problem ten zdecydowanie dotyczy kobiet w średnim i starszym wieku, a nasila go polipatologia. Mężczyźni borykają się z wymuszoną mikcją i dyskomfortem częstego kropelkowego oddawania moczu, który towarzyszy w przypadku przerostu gruczołu krokowego. U pacjentów ze stwardnieniem rozsianym obserwujemy częstomocz oraz bezwiedne oddawanie moczu. Problem zaburzenia oddawania stolca to znaczący problem mający charakter nietrzymania stolca lub zaparc. Nietrzymanie stolca to problem u chorych w polineuropatii cukrzycowej, po uszkodzeniach rdzenia kręgowego czy też u chorych ze zdiagnozowanymi zmianami w mózgu o charakterze naczyniowym. Zaparcia najczęściej występują u pacjentów po urazie rdzenia kręgosłupa, u chorych z chorobą Parkinsona, w stwardnieniu rozsianym oraz dotyczy to wszystkich pacjentów długotrwale unieruchomionych, gdzie w wyniku braku ruchu występuje leniwa peristaltyka jelit. Współczesne osiągnięcia medyczne i techniczne dają nam możliwość rozwiązywania powyższych problemów pielęgnacyjnych poprzez wykorzystanie dostępnych na rynku wyrobów medycznych w postaci pieluchomajtek, wkładek anatomicznych, majtek chłonnych, podkładow zawierających środki absorpcyjne/wchłaniające oraz barierowych kremów ochronnych.

Tabela nr 4 Systematyka wyrobów medycznych zalecanych w NTM

Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania z bielizną		
Rodzaj	Funkcja/zastosowanie	Charakterystyka/zastosowanie
Wkładki anatomiczne (urologiczne) dla kobiet i dla mężczyzn	<ul style="list-style-type: none"> • mały i średni stopień NTM • ochrona skóry • pacjenci sprawni ruchowo lub częściowo samodzielni • zbieranie i gromadzenie moczu 	<ul style="list-style-type: none"> • wkłady profilowane odpowiednio do anatomii kobiet lub mężczyzn • zróżnicowany poziom chłonności oraz rozmiarowo
Pieluchy anatomiczne dla kobiet i mężczyzn	<ul style="list-style-type: none"> • średni i duży stopień NTM • ochrona skóry • pacjenci sprawni ruchowo lub częściowo samodzielni 	<ul style="list-style-type: none"> • wkłady profilowane odpowiednio do anatomii ciała • uniwersalne dla obu płci • zróżnicowane wielkością, poziomem chłonności
Wkłady na nietrzymanie kału	<ul style="list-style-type: none"> • zbieranie kału • ochrona skóry 	<ul style="list-style-type: none"> • anatomiczne wkłady chłonne specjalnego przeznaczenia • niwersalne dla obu płci
Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania bez dodatkowego mocowania		
Majtki chłonne	<ul style="list-style-type: none"> • średni i ciężki stopień NTM • ochrona skóry 	<ul style="list-style-type: none"> • profilowane odpowiednio do anatomii kobiet lub mężczyzn • zróżnicowane rozmiarowo i poziomem chłonności
Pieluchomajtki	<ul style="list-style-type: none"> • umiarkowany i duży stopień NTM • pacjenci leżący, niemobilni, z zaburzeniami świadomości 	<ul style="list-style-type: none"> • uniwersalne dla obu płci • zróżnicowane rozmiarowo i poziomem chłonności

Głównym kryterium doboru środków absorpcyjnych jest stopień mobilności pacjenta, poziom nietrzymania moczu, stan świadomości. W odniesieniu do cech produktu chłonnego istotne znaczenie ma rozmiar produktu, chłonność, „oddychalność produktu”, sposób mocowania oraz zabezpieczenie przed wyciekami. W celu poprawy integralności skóry oraz minimalizacji inkontynencji zaleca się stosowanie specjalistycznych preparatów wzmacniających integralność skóry, a w przypadku oddziaływania wilgoci również preparatów barierowych. Pielęgniarki przy stosowaniu wyrobów chłonnych bardzo często zalecają stosowanie środków pomocniczych w postaci barierowych kremów ochronnych, pianek, chusteczek.

Tabela nr 5 Systematyka środków do higieny osobistej zalecanych w NTM

Preparat/rodzaj środka/postać	Funkcja/działanie
<ul style="list-style-type: none"> • gąbki • myjki jednorazowe • jednorazowe rękawice do mycia na sucho • jednorazowe rękawice do mycia na mokro • pianki • płyny • chusteczki • ochronne preparaty barierowe 	<ul style="list-style-type: none"> • oczyszczanie i odkażanie skóry • oczyszczanie i nawilżanie skóry • oczyszczanie i nawilżanie śluzówki, • łagodzenie podrażnień skóry • natłuszczenie • neutralizacja PH • tworzenie bariery ochronnej • tworzenie bariery ochronnej dla wilgoci, działanie antybakteryjne i przeciwzapalne, odbudowa płaszcza hydrolipidowego naskórka, zmniejszenie uczucie świądu

Artykuł powstał w ramach Akademii Pielęgniarstwa i Położnictwa Sudocrem Expert

PARTNER HONOROWY



PARTNER MERYTORYCZNY



PARTNER PROGRAMU EDUKACYJNEGO



Piśmiennictwo:

1. Kocemba J. Biologiczne wyznaczniki starości (w:) Panek A., Szrota Z. (red.) Zrozumieć starość, Kraków 2000; 107-110
2. Kowalik S. Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (w:) Wołowicka L. (red.) Jakość życia w naukach medycznych. Wyd. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, 54-77
3. Żak M. Problemy rehabilitacji geriatrycznej - unieruchomienie, upadki, poruszanie się. (w:) Panek A., Szrota Z. (red.) Zrozumieć starość, Kraków 2000; 116-121
4. Wieczorkowska-Tobis K. Specyfika medycyny geriatrycznej, Polska Medycyna Rodzinna, 2004; 6
5. Kosicka B., Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę, Via Medica, Problemy pielęgniarstwa 2007, tom 15, zeszyt 2-3, 187-191
6. Szewczyk T., Jawień A. Sytuacja zdrowotna chorych z owrzodzeniem żylnym, Valetudinaria 2002, 7, 3, 44-49
7. Szewczyk T. i wsp. Znaczenie masażu w obrzękach kończyn dolnych w przewlekłej niewydolności żylny, Valetudinaria 2002, 7, 3, 50-54
8. Szwałkiewicz E. Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek, Toruń 2006:5
9. Mapy potrzeb na lata 2022-2026, Ministerstwo Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa/> (30.04.2023 r.)

10. Krasowski G., Kruk M. Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2008
11. Szewczyk M., Sopata M., Jawień A. i wsp. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn, *Leczenie Ran* 2010; 7: 79-106
12. Sopata M., Tomaszewska E., Głowacka A. Odleżyny – ocena ryzyka zagrożenia i profilaktyka, *Pielęg. Chir. Angiol.* 2007; 4: 165–169
13. Budynek M., Nowacki C. Opatrywanie ran, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008
14. Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: a network meta-analysis. *PLoS ONE* 2018; 13: e0192707
15. Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I* Prophylaxis of the pressure ulcers – recommendations of the Polish Wound Management Association. Part I. *Leczenie Ran* 2020; 17 (3): 113-146
16. Kózka M. Odleżyny - występowanie, profilaktyka i leczenie. *Rehab. Med.* 2004, 8: 29–38
17. Cwajda-Błasiak J., Szewczyk M., Mościcka P. i wsp. Leczenie ran odleżynowych. (w:) *Leczenie ran przewlekłych*. Szewczyk M., Jawień A. (red.). PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2019; 161-183
18. Terech-Skóra S., Piotrkowska R., Książek J. Trudności w pielęgowaniu i leczeniu ran. *Analiza przypadków Pielęgniarstwo i Położnictwo* 2017; 3-4
19. Moffat CJ, Falanga V, Romanelli M. Wound bed preparation in practice. Position document. European Wound Management Association. Medical Education Partnership, London 2004
20. Sopata M., Tomaszewska E., Kotlińska-Lemieszek A. Nowoczesne zasady zachowawczego leczenia odleżyn, *Leczenie Ran* 2012; 9: 25-32
21. Sopata M., Jawień A., Mrozikiewicz-Rakowska B. i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran, *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran*, *Leczenie Ran* 2020; 17: 1-21
22. Fadzil M, Hani A, Arshad L i wsp. Detection and Classification of Granulation Tissue in Chronic Ulcers. Second International Visual Informatics Conference, IVIC 2011. Part 1. *LNCS 7066*; 139-150
23. Stawińska T., Wójcik G. Aktywność pacjenta [w:] *Podstawy pielęgniarstwa* (red.) Ślusarska B., Zarzycka D. PZWL Wydawnictwo Medyczne 2017, 195-196
24. Strugała M., Talarska D. (red.) *Rehabilitacja i pielęgowanie niepełnosprawnych*. PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2013
25. Szewczyk M., Jawień A. Leczenie ran przewlekłych, PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2012, 110-111
26. Czerwiński E., Białoszewski D., Borowy P., Kumoreka., Białoszewski A. Epidemiologia, znaczenie kliniczne oraz koszty i profilaktyka upadków u osób starszych, *Epidemiology, Clinical Significance, Costs and Fall Prevention in Elderly People*. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2008; 5(6); Vol. 10, 419-42
27. Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: Nietrzymanie moczu 2017

Półpasiec – „druga odłona” wirusa ospy wietrznej

Ospa wietrzna i półpasiec to dwie różne choroby, choć przyczyną jest ten sam wirus. O ile ospa to choroba wieku dziecięcego, to półpasiec dotyka głównie dorosłych. Szacuje się, iż w związku ze starzeniem się społeczeństwa i przy większej liczbie osób w stanie immunosupresji liczba zachorowań na półpasiec będzie wzrastać. Czy można temu zapobiec?

**mgr Dorota Andrzejewska,
specjalista zdrowia publicznego, „
Sancor” Zakład Paliatywnej Opieki
Zdrowotnej i Rehabilitacji w Gnieźnie**

Półpasiec występuje tylko u osób, które wcześniej zostały zakażone wirusem *Varicella zoster virus* (VZV), najczęściej w następstwie naturalnego zakażenia i przebycia ospy wietrznej lub rzadziej w następstwie szczepienia przeciw tej chorobie. Po wyzdrowieniu z ospy wietrznej, wirus VZV pozostaje w organizmie w grzbietowych zwojach nerwowych w postaci uśpionej, nieaktywnej, co określa się jako latencję wirusa. Z przyczyn, które nie zostały w pełni poznane, najprawdopodobniej z powodu spadku swoistej odporności typu komórkowego, wiele lat później dochodzi do mnożenia się wirusa VZV i reaktywacji zakażenia, co klinicznie objawia się jako półpasiec. Wspomniany spadek odporności może wynikać ze stopniowego zanikania odporności związanej z wiekiem i czasem, który upłynął od pierwotnego zakażenia, chorób współistniejących niekorzystnie wpływających na odporność lub przyjmowania leków immunosupresyjnych.

JAK OBJAWIA SIĘ PÓLPASIEC ?

Półpasiec objawia się jednostronnym występowaniem bolesnych pęcherzyków przypominających pęcherzyki ospy wietrznej, nieco jednak większych i głębiej umiejscowionych. Pęcherzyki są charakterystycznie umiejscowione na obszarach skóry unerwionych przez jeden korzeń rdzeniowy zwanych dermatomami. Ponieważ zmiany występują po jednej stronie i zwykle nie przekraczają linii środkowej ciała, a najczęstszą lokalizacją półpaśca są nerwy międzyżebrowe – stąd pochodzi nazwa choroby „pół-pasiec”. Wystąpienie zmian skórnych jest zwykle poprzedzone pieczeniem, swędzeniem, mrowieniem i bólami, które mogą się utrzymywać przez cały czas choroby. Wysypce towarzyszy często powiększenie okolicznych węzłów chłonnych oraz gorączka. Wykwity skórne wycofują się na ogół po 7–14 dniach. U 50%



osób powyżej 60 r.ż. w miejscach po wykwitach utrzymuje się bolesność, trwająca nawet kilka miesięcy. Rzadziej wysypka może mieć charakter rozsiany i zajmować trzy lub więcej dermatomów. Stan ten nazywany jest półpaścem uogólnionym (rozszanym).

Leczenie półpaśca obejmuje okres do zagojenia zmian skórnych oraz dokuczliwej i niekiedy długotrwałej neuralgii po półpaścu. Dokuczliwość zmian skórnych można złagodzić, stosując miejscowe środki ściągające, łagodzące i chłodzące. Pomocne jest założenie miękkiego opatrunku, który chroni wrażliwą skórę przed podrażnieniem i ocieraniem o ubranie. Stosuje się także leki w postaci aerozoli i płynów o działaniu odkażającym, znieczulającym miejscowo i ściągającym. Ból można złagodzić, podając leki przeciwbólowe. Leczenie przeciwwirusowe powinno być zarezerwowane dla cięższych przypadków choroby, półpaśca występującego w okolicy oczu oraz dla pacjentów po 50. roku życia i z osłabionym układem odpornościowym.

CZY PÓLPASIEC JEST ZARAŻLIWY?

Od chorego na półpasiec można się zarażać ospą wietrzną, ale nie półpaścem. Wirus

jest obecny w wydzielinie z pęcherzy i choroba jest zakaźna, dopóki wszystkie pęcherze się nie zagoją. Średnio u osób z półpaścem zaraźliwość utrzymuje się do tygodnia od wystąpienia wysypki. Dla zdrowej osoby, która przechorowała ospę, kontakt z chorym na półpasiec nie będzie stanowił zagrożenia. Osoby nieuodpornione (niezaszczepione lub te które nie chorowały) powinny kontakty z chorym ograniczyć z uwagi na ryzyko zakażenia ospą wietrzną. Kobiety w ciąży, które nie przechodziły ospy wietrznej w przeszłości, i osoby o osłabionym układzie immunologicznym powinny unikać osób chorych na półpasiec.

JAKIE CZYNNIKI SPRZYJAJĄ WYSTĄPIENIU PÓLPASCA?

Czynnikiem rozwoju półpaśca jest wiek. Ryzyko półpaśca gwałtownie wzrasta po 50. roku życia. Po 85. roku życia ryzyko półpaśca wynosi 50%. Do czynników ryzyka rozwoju półpaśca należą choroby prowadzące do obniżenia odporności typu komórkowego, takie jak rozsiane nowotwory, w tym białaczki i chłoniaki, zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), a także leczenie

immunosupresyjne (glikokortykosteroidy, leki podawane po przeszczepieniu narządów).

CZY ISTNIEJE ZWIĄZEK MIĘDZY PÓŁPAŚCĄ A COVID-19 ?

Ostatnie badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych potwierdzają zwiększone ryzyko zachorowania na półpasiec po przechorowaniu COVID-19. Związek między COVID-19 a herpeswirusami, do których należy wirus ospy wietrznej i półpaśca, nie jest dobrze poznany, jednak niektóre doniesienia sugerują rozwój półpaśca jako możliwe powikłanie zakażenia SARS-CoV-2. Jak wskazują badania, istnieje związek między zakażeniem SARS-CoV-2 a reaktywacją wirusa ospy wietrznej i półpaśca. Zakażenie COVID-19 może zwiększać ryzyko reaktywacji *Varicella zoster virus* poprzez zmniejszenie liczby limfocytów i obniżenie odporności komórkowej. Zmiany skórne charakterystyczne dla półpaśca mogą być pierwszym objawem COVID-19, współistnieć z zakażeniem SARS-CoV-2 lub pojawić się po jego przebyciu. Mimo że trudno jest określić związek patogenetyczny między COVID-19 a półpaścem, to obserwowany na świecie wzrost częstości współwystępowania obu chorób, zwłaszcza u osób młodych, immunokompetentnych, skłania do przeprowadzenia u chorych na półpasiec skrupulatnego wywiadu epidemiologicznego i ewentualnych badań diagnostycznych, nawet w przypadku braku objawów zakażenia SARS-CoV-2.

JAKIE POWIKŁANIA WYWOŁUJE PÓŁPASIEC?

Półpasiec błędnie postrzegany jest jako choroba łagodna. W rzeczywistości cięższy przebieg kliniczny i towarzyszący chorobie przewlekły nerwoból, sprawia, że schorzenie to stanowi dużo poważniejszy problem zdrowotny niż ospa wietrzna. Najczęstszym powikłaniem półpaśca jest neuralgia popółpaścowa. Jest to przewlekły ból, który lokalizuje się w miejscu występowania wysypki. Podstawą rozpoznania neuralgii jest utrzymywanie się bólu pomimo ustąpienia wysypki przez okres dłuższy niż 30 dni lub ponad 90 dni po wystąpieniu wysypki. Pacjenci cierpiący na neuralgię odczuwają silne bóle przez dłuższy czas – do kilkunastu miesięcy, a nawet kilku lat. Ból związany z neuralgią popółpaścową może być bardzo nasilony i prowadzić do znacznego obniżenia jakości życia i zaburzeń funkcjonowania. U około 10% (1/10) chorych bóle po półpaścu utrzymują się co najmniej przez 90 dni. Starsze osoby są bardziej narażone na wystąpienie neuralgii i skarżą się na bardziej długotrwałe i silniejsze bóle. Neuralgia po półpaścu występuje rzadko wśród osób poniżej 40. roku życia. Według przeprowadzonych badań ryzyko wystąpienia neuralgii po półpaścu wynosi: 5% w wieku 22–59 lat, 10% w wieku

60–69 lat, 17% w wieku 70–79 lat oraz rośnie do 20% w wieku powyżej 80 lat.

Możliwy jest też ciężki przebieg kliniczny półpaśca. Opisano postać krwotoczną przebiegającą z wylewami do skóry oraz zgorzelinową, w której dochodzi do rozpadu zmian skórnych z pozostawieniem zgorzelinowych owrzodzeń. U osób z ciężkimi zaburzeniami odporności może się rozwinąć postać uogólniona (rozsiana), w której zmiany skórne są

Schorzenie to przynosi nie tylko długotrwały dotkliwy ból, ale też trwałe i groźne następstwa. Przed półpaścem można jednak skutecznie się chronić.

rozsiane na tułowiu. Półpasiec może prowadzić do poważnych powikłań związanych z jego umiejscowieniem. Przy zajęciu pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego dochodzi do groźnego dla wzroku półpaśca ocznego. Przy zajęciu nerwu słuchowego może dojść do upośledzenia słuchu. Powikłaniem półpaśca zajmującego nerwy trzewne jest zajęcie narządów wewnętrznych, które może przebiegać z towarzyszącym zapaleniem płuc, wątroby, jak też prowadzić do ostrej martwicy narządów wewnętrznych. Rzadkim powikłaniem jest zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie mózgu. Pozostałe powikłania półpaśca obejmują bakteryjne nadkażenia zmian skórnych, zazwyczaj wywoływane przez gronkowce lub paciorkowce oraz porażenia nerwów obwodowych i czaszkowych zajętych procesem chorobowym. Na ciężki przebieg półpaśca oraz ryzyko powikłań narażeni są pacjenci z osłabionym układem odpornościowym szczególnie ci po przeszczepieniu szpiku kostnego oraz narządów litych, którzy przyjmują leki immunosupresyjne, w tym glikokortykosteroidy. Czynnikiem ryzyka jest także leczenie choroby nowotworowej za pomocą radioterapii lub chemioterapii. Leczenia szpitalnego z powodu powikłań półpaśca wymaga około 1–4 % chorych na półpasiec.

JAK CZĘSTO WYSTĘPUJE PÓŁPASIEC?

Półpasiec to choroba, która nie podlega obowiązkowi zgłaszania, dlatego dokładna liczba przypadków półpaśca w Polsce nie jest znana. Choroba może się rozwinąć u każdego, kto przeżył ospę wietrzną, w tym u dzieci, jednak ryzyko choroby istotnie wzrasta z wiekiem. W praktyce półpasiec jest chorobą ludzi dorosłych, przy czym około połowy wszystkich przypadków półpaśca występuje po 60. roku życia. Zazwyczaj dochodzi do rozwoju jednego epizodu półpaśca w życiu. W rzadkich przypadkach, szczególnie przy obecności czynników sprzyjających, półpasiec może wystąpić dwa i więcej razy. Szacunkowe dane wskazują, że wśród osób, które chorowały na ospę wietrzną na półpaśca zachoruje ok. 1/3, a wśród nich kolejne 1/3 będzie chorowało z objawami półpaśca długotrwałego i bo-

lesnego. Dlatego istnieje potrzeba ochrony przeciw półpaścowi ludzi starszych, którzy przechorowali ospę wietrzną w dzieciństwie. Działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym powinny koncentrować się na przekazaniu rzetelnej wiedzy o samym schorzeniu i jego następstwach, głównie w tym celu, by zachęcać osoby starsze do szczepień przeciw tej bolesnej i przynoszącej nieprzewidywalne skutki chorobie.

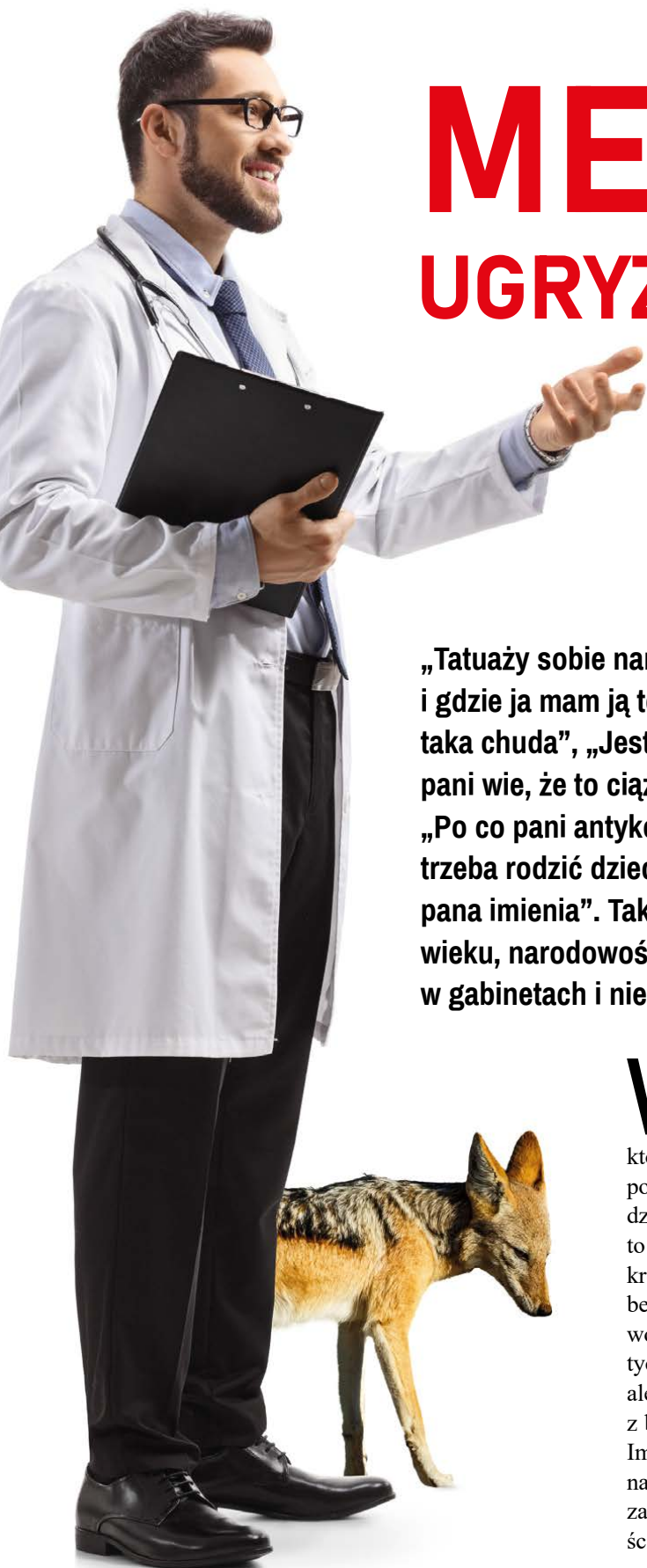
PRZECIWKO PÓŁPAŚCOWI MOŻNA SIĘ ZASZCZEPIĆ

Jedynym skutecznym sposobem zapobiegania wystąpienia półpaśca wśród osób dorosłych są szczepienia ochronne. W Polsce dostępna jest szczepionka przeciw półpaścowi o nazwie Shingrix. Szczepionka ta została dopuszczona do obrotu przez Europejską Agencję Leków w roku 2018, jednak na rynku aptecznym w Polsce jest ona dostępna od marca 2023 roku. Jest to szczepionka inaktywowana, czyli zawierająca zabite drobnoustroje. Jest ona wskazana do profilaktyki półpaśca oraz neuralgii półpaścowej u osób w wieku 50 lat i starszych oraz dorosłych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec. Cykl szczepienia składa się z 2 dawek podawanych we wstrzyknięciu, w odstępie 2 miesięcy.

Szczepionka przeciw półpaścowi charakteryzuje się wysoką skutecznością. Skuteczność przeciw półpaścowi: wynosi powyżej 90% we wszystkich grupach ≥ 50 lat, natomiast skuteczność przeciw neuralgii popółpaścowej wynosi 91,2% u osób w wieku ≥ 50 lat i 88,8% u osób w wieku ≥ 70 lat. Szczepienie przeciw półpaścowi jest skuteczne w zapobieganiu zachorowaniom na półpasiec do 10 lat od szczepienia. Należy jednak podkreślić, iż o ile szczepionka zapobiega półpaścowi u osób, które miały kontakt z wirusem wywołującym ospę wietrzną, to nie jest wskazana do stosowania w celu zapobiegania ospie wietrznej.

Szczepionka Shingrix jako szczepionka zalecana jest dostępna odpłatnie. W celu szczepienia przeciw półpaścowi należy zgłosić się do lekarza rodzinnego, poprosić o receptę oraz wykupić ją w aptece i zgłosić się na przeprowadzenie szczepienia. Szczepienie przeciw półpaścowi jest dobrze tolerowane i wiąże się z niewielkim ryzykiem niepożądanych odczynów poszczepiennych. Najczęściej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi były: ból w miejscu wstrzyknięcia, bóle mięśni, zmęczenie i ból głowy. Większość reakcji, zarówno miejscowych, jak i ogólnoustrojowych, miała nasilenie łagodne do umiarkowanego i krótkotrwały charakter (1–3 dni).

Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 5.2023



MEDYKU, UGRYŹ SIĘ W JĘZYK



A OLIWIA
TARASEWICZ-GRYT

Dziennikarka specjalizująca się w tematyce ochrony zdrowia. Wykładowca akademicki w dziedzinie PR i badania wizerunku

„Tataży sobie narobił i wygląda jak notatnik”, „Żył nie ma i gdzie ja mam ją teraz ukłuć?”, „Pani chyba nic nie je, że taka chuda”, „Jest pani doskonałym inkubatorem”, „Skąd pani wie, że to ciąża – może to tylko zarodek bez główki?”, „Po co pani antykoncepcja, jest pani w wieku, w którym trzeba rodzić dzieci”, „Nawet nie będę próbować wymówić pana imienia”. Takie komentarze dotyczące wyglądu, stroju, wieku, narodowości, planów życiowych słyszą pacjenci w gabinetach i nie są to incydenty.

Wszyscy potrafimy się jakoś komunikować, więc rzadko mamy sobie coś do zarzucenia. Na szkoleniach z komunikacji, szczególnie tych, które trwają nieco dłużej niż jeden dzień, uczestnicy na początku twierdzą, że w tym obszarze wszystko u nich działa prawidłowo i w zasadzie jedyne, czego im brakuje, to odrobina asertywności. Nie potrzeba im wiedzy z zakresu NVC (*Non Violent Communication* – porozumienie bez przemocy), a koncepcja mikroagresji to jedynie nowoczesny wymysł kultury przesadnie akcentującej polityczną poprawność. Niewielu uważa się za agresywnych, ale część jest zdania, że powiedzenie czegoś bez ogródek, z bezwzględną szczerością to zaleta, która wiele ułatwia. Im dłużej się rozmawia, tym częściej okazuje się, że wielu napięć i konfliktów można by było uniknąć, wiele spraw załatwić skuteczniej dzięki dobrze rozwiniętej umiejętności komunikacji. A jednak jej zabrakło.

W komunikacji z pacjentem jest to szczególnie ważne, gdyż ma ona kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia. Personel medyczny, dzięki umiejętnie przeprowadzonej rozmowie, może zredukować lęk i stres, wzbudzić u pacjenta poczucie kontroli nad chorobą, podwyższyć jego poczucie wartości, wzmocnić psychiczne zasoby potrzebne w walce o zdrowie, wyzwolić chęć współpracy i zbudować zaufanie.

Dobry lekarz to miły lekarz?

Komunikacja to współpraca. Zawsze obejmuje dwie strony, dlatego poza sytuacjami, kiedy standardowy dialog jest niemożliwy – np. z racji stanu zdrowia pacjenta, utrudnionego logicznego kontaktu czy innych czynników – powinna przebiegać w atmosferze szacunku i budzić zaufanie. Rzut oka na recenzje w portalach typu Znany Lekarz to potwierdza. Zadowoleni pacjenci chętnie podkreślają, że lekarz był miły, cierpliwy, potrafił dobrze wyjaśnić problem i zalecenia itd. Taka komunikacja nie zakłada oceniania, niechcianych rad, poniżania, krytyki czy wzbudzania poczucia winy. Jest empatyczna i pozbawiona agresji.

Z drugiej strony – w medycznych zawodach empatyczna komunikacja, w której pomija się wiek, czy takie aspekty wyglądu, jak otyłość, jest szczególnym wyzwaniem, ponieważ są to czynniki, które mają wpływ na zdrowie i leczenie pacjenta. Czym innym będzie zdanie zaczynające się od „W pana wieku...”, usłyszane od pracownika salonu z telefonami (ewidentnie nie na miejscu) a czym innym od lekarza. Nie oznacza to jednak, że ten drugi jest uprawniony do takiego sposobu wyrażania myśli. Można się komunikować tak, aby druga strona nie poczuła się urażona czy wręcz dyskryminowana, np. będąc nazywana babcią przez obcą osobę albo słysząc: „dopóki pani nie schudnie, nie mam tu nic do zrobienia”.

Nieprofesjonalne uprzedzenia

Nie uświadamiamy sobie części barier komunikacyjnych, jakie stawiamy innym. Wynikają one z pewnych przekonań, które leżą u podstaw naszego oceniania świata i innych osób. Mogą mieć szkodliwy wpływ nie tylko na komunikację, ale także na sposób, w jaki się zachowujemy i traktujemy innych – nawet jeśli głęboko wierzymy, że traktujemy wszystkich równo.

Każdy z nas ma uprzedzenia – świadome bądź nie. Powstają, ponieważ tak działa mózg. Potrzebuje szybkiej i automatycznej oceny sytuacji. Szufladkuje zebrane informacje i kategoryzuje je. Ocena wyglądu czy zachowa-



nia dzieje się automatycznie. Co ważne – częściej kierujemy się tymi uprzedzeniami, kiedy jesteśmy pod presją – czasu lub sytuacji. Uprzedzenia nie są profesjonalne. U personelu medycznego mogą powodować, że niektórzy pacjenci będą traktowani gorzej od innych: otrzymają niedokładne diagnozy lub doświadczą opóźnień w diagnozowaniu. Potwierdzają to liczne badania, dlatego tak ważne jest uświadomienie sobie źródeł uprzedzeń i praca nad sobą, która pozwoli wyeliminować mało empatyczne, oceniające i agresywne komunikaty oraz dyskryminujące zachowania (nawet jeśli uprzedzenia w nas pozostaną). Przykładem uprzedzeń w branży medycznej jest postrzeganie odczuwania bólu w zależności od płci. Badanie Trusted Source wykazało, że niektórzy pracownicy medyczni oczekiwali od mężczyzn siły i opanowania w sytuacji, kiedy doświadczają bólu. Przekonanie, że mężczyźni nie powinni okazywać cierpienia – i oczekiwanie tego od nich – może prowadzić do tego, że mężczyźni nie będą szukać pomocy, aby nie wyglądać na słabych. Pracownicy medyczni częściej postrzegali też kobiety z przewlekłym bólem jako emocjonalne, histeryczne lub przewrażliwione. Byli również bardziej skłonni uważać kobiety za pacjentów bardziej „czasochłonnych” lub frustrujących.

Wolę młodszych

Z ageizmem mamy do czynienia wtedy, gdy ludzie spotykają się ze stereotypami, uprzedzeniami lub dyskryminacją ze względu na wiek. Jednym z powszechnych stereotypów jest przekonanie, że wszyscy starsi ludzie są

słabi i bezradni. To także przekonanie, że wszystkie osoby starsze są trudne i nieprzyjemne. Założenia te mogą prowadzić do dyskryminacji, np. niechęci do rozpoznawania i respektowania potrzeb starszych dorosłych lub traktowania ich mniej przychylnie niż osób młodszych.

Ageizm w opiece zdrowotnej to powszechny, udokumentowany problem. W badaniu przeprowadzonym w Anglii stwierdzono różnice wiekowe w leczeniu pacjentów z rakiem płuc i wykazano, że szanse na skierowanie na operację były mniejsze w przypadku osób starszych, mimo wielu doniesień, że powrót do zdrowia po operacji nie zależy od wieku. Oszacowano też niedawno, że roczne koszty zdrowotne związane z ageizmem w Stanach Zjednoczonych – w tym nadmierne lub niedostateczne leczenie powszechnych schorzeń – wynoszą łącznie 63 miliardy dolarów. Także polskie badanie z 2015 roku potwierdziło ageizm wśród personelu medycznego. Zjawisko to obserwuje co piąty pracownik ochrony zdrowia. Najczęściej ma miejsce w ZRM oraz SOR (czyli tam, gdzie trzeba działać szybko).

Ageizm w komunikacji może przejawiać się tzw. *elder-speak*, czyli wolniejszym i/lub głośniejszym mówieniem, protekcyjnym tonem. Do starszych ludzi częściej mówi się jak do dzieci, zakładając że nie rozumieją. Warto się pochylić nad tym problemem w starzejącym się społeczeństwie, gdzie zmienia się nie tylko postrzeganie starszych osób, ale także ich postrzeganie samych siebie i nie zgadzają się na protekcyjne traktowanie.

Dyskryminowani ze względu na wiek czują się też młodzi. Na instagramowym profilu Patoginekologia młode pacjentki piszą, że usłyszały w gabinecie ginekologicznym uwagi typu „Do następnej wizyty masz być przetkana, bo tu nic nie widać, już na to czas” (do dwudziestoletniej dziewczyny) lub „W pani wieku to za dzieci powinna się pani brać, a nie spirale zakładać”.

Gdzie tu rodząca? Ja widzę zwały tłuszczu

O stygmatyzacji i wykluczaniu osób z nadwagą mówi się stosunkowo dużo i coraz rzadziej z ust lekarza można usłyszeć klasyk „w Oświęcimiu grubych nie było”, jednak wciąż wiele jest do zrobienia – szczególnie, że brak empatii personelu medycznego i przekonanie, że ktoś jest otyły, bo „się zapuścił” sprawia, że otyli pacjenci omijają gabinety. „Kiedy wchodzę do jakiegokolwiek gabinetu, zamiast dzień dobry słyszę o operacji bariatrycznej” – skarży się jedna z pacjentek.

Z amerykańskich badań przeprowadzonych na osobach otyłych wynika, że 66% odczuwa dyskryminację ze względu na wagę. Badanie pracowników opieki zdrowotnej potwierdziło te wyniki – nawet ci, którzy specjalizują



się w dziedzinie otyłości bywają uprzedzeni i np. postrzegają pacjentów otyłych jako mniej zdyscyplinowanych i bardziej „irytujących”.

Badania wykazały też, że studenci medycyny uważają, że pacjentom otyłym brakuje samokontroli, rzadziej przestrzegają zasad leczenia i są bardziej „niechlujni” i „nieprzyjemni” niż pacjenci szczupli. Studenci medycyny przyznali też, że pacjenci z chorobliwą otyłością byli najczęstszym obiektem uwłaczającego humoru wśród lekarzy prowadzących, rezydentów i studentów.

Autorzy badania poświęconego stygmatyzacji otyłości wykazali, że np. oczekiwanie gorszych wyników z powodu wagi („no i proszę – taka gruba – zaraz cukrzyca, nadciśnienie”) było powszechnym doświadczeniem pacjentów. Ponad połowa badanych w pewnym momencie swojego życia doświadczyła nieodpowiednich komentarzy ze strony lekarzy. 69% uczestników badania wskazało personel medyczny jako drugie najczęstsze źródło krzywdzących uwag, wyprzedzając jedynie członków rodziny.

Takie zachowanie szkodzi – częstą strategią radzenia sobie z poczuciem wykluczenia jest u osób otyłych spożywanie dodatkowych kalorii lub odmowa stosowania diety. Pomimo najlepszych intencji, pracownicy służby zdrowia, którzy wykazują uprzedzenia do wagi, mogą w rzeczywistości pogłębiać problem.

Częściowym usprawiedliwieniem zwracania uwagi na otyłość jest fakt, iż bywa ona istotnym czynnikiem wpływającym na diagnostykę czy leczenie. Problemem może być brak sprzętu – np. fotela ginekologicznego dla kobiet z otyłością (szczególnie olbrzymią) czy nawet łóżek. Również transport takiej osoby stwarza dodatkowe wyzwania.

Intencje zatem mogą być dobre, jednak nic nie stoi na przeszkodzie, by sposób komunikacji z takim pacjentem był wyważony, empatyczny i profesjonalny.

Pomaga świadomość

Nikt z nas nie uważa się za chama, szczególnie w gronie wykształconych profesjonalistów. Sporo z niezręcznych zachowań i komunikatów to tzw. mikroagresje. Zachowania, które należy eliminować, a kiedy jesteśmy świadkami – zwracać uwagę sprawcy. W miejscu pracy zaś – stworzyć kodeks zasad zwracania się do pacjentów (i do siebie nawzajem, bo mikroagresje dotyczą często codziennych zachowań w miejscu pracy).

Czym są mikroagresje? To codzienne, subtelne zachowania i postawy wobec innych, które wynikają ze świadomych lub nieświadomych uprzedzeń. Często biorą się z przekonania, że reprezentujemy większościową (lub w inny sposób uprawnioną) grupę i „mamy prawo”. To wszelkiego rodzaju komunikaty, pytania i żarty, które mogą wydawać się pozornie neutralne, ale utrwalają stereotypy, bądź są opresyjne wobec osób z grup narażonych na marginalizację.

To poniżające komentarze, niewerbalny brak szacunku, np. niedostrzeganie jakiejś osoby, mówienie przy niej w trzeciej osobie, uogólnienia dotyczące tożsamości, reprezentowanej grupy społecznej, kwestionowanie doświadczenia, wypytywanie o pochodzenie etniczne czy rasowe, komentowanie wyglądu, tatuaży, kolczyków czy ubrania. To także mówienie „daj spokój, nie obrażaj się, to tylko żart” w reakcji na protest drugiej strony. To pytanie skierowane do osoby o innym kolorze skóry niż biały „skąd pani pochodzi?”, które sugeruje, że pacjent „nie jest stąd”, nie przynależy „tutaj”. Jeśli nie ma to żadnego znaczenia dla terapii, jest pytaniem niepotrzebnym. Podobnie uwaga „ojej, nie jestem w stanie wymówić pana nazwiska” nie ma żadnego celu, a jeśli faktycznie wymówienie nazwiska jest potrzebne i sprawia kłopot, to wystarczy powiedzieć „przepraszam, jeśli źle wymawiam nazwisko”.

Mikroagresja może przyczynić się do powstawania i utrzymywania różnic w traktowaniu grup marginalizowanych przez pracowników opieki zdrowotnej.

Stosuj język żyrafy

Ważne jest, aby wszyscy pracownicy medyczni oceniali swoje nieświadome uprzedzenia i praktykowali autorefleksję nad własnym sposobem komunikacji. Pomaga w tym np. znajomość zasad porozumienia bez przemocy (NVC).

To metoda opracowana przez psychologa klinicznego Marshalla Rosenberga. Zakłada komunikowanie oparte na rozpoznawaniu potrzeb i emocji, pozwala na ograniczenie czy nawet zniwelowanie możliwości wystąpienia przemocy i agresji w dialogu. Polega na niestosowaniu ocen, etykietowania, na dostrzeganiu emocji – swoich i drugiej strony, uważnym słuchaniu, obserwacji i dostarczaniu informacji zwrotnej.

Zamiast mówić „Boli, bo musi boleć! Każdą boli, a pani tu histeryzuje. O, to ta pani, którą wszystko boli!”, można powiedzieć „Widzę, że skurcze są częstsze i dłuższe (obserwacja), czuje się pani wykończona (uczucia), może kąpiel przyniosłaby teraz ulgę (potrzeba)? Jak pani myśli?”

Taka komunikacja to w nomenklaturze NVC język żyrafy. Na co dzień mamy tendencję do używania tzw. języka szakala – blokującego empatię i prowokującego konflikty. Ten sposób porozumiewania jest głęboko zakotwiczony w naszej kulturze i mentalności. Wiąże się ze skłonnością do oceniania wszystkich i wszystkiego i przekonaniem, iż „złe” (nieakceptowalne) zachowania i poglądy powinny być (w taki czy inny sposób) karane i zwalczane na wszelkie sposoby.

W zawodzie medycznym pokaż używania języka szakala jest szczególnie silna, ponieważ medyk stoi po stronie „racji” i „prawdy” – przekazuje zalecenia oparte na dowodach naukowych i oczekuje ich przestrzegania. Piętnuje złe nawyki i z założenia wie, co jest właściwe. Dlatego tym ważniejsze jest ćwiczenie języka żyrafy.

Prostsza metodą, która może być stosowana doraźnie, bez specjalnych treningów, jest zasada 5 minut: jeśli dana osoba nie może czegoś zmienić w 5 minut, to się tego nie komentuje. W 5 sekund nie da się schudnąć, sprawić, że żyły staną się widoczne, wyprostować zębów czy nóg. Najprostsze zaś jest po prostu obserwowanie i komunikowanie faktów oraz takich ich konsekwencji, które nie będą niepotrzebnie wzbudzać poczucia winy i wstydu u pacjenta. ■



Opinia prawna

CZY PIEŁĘGNIARKA MOŻE PODAĆ NA ZLECENIE LEKARZA DOŻYLNIE HALOPERIDOL WZF 5MG/ML?

Opracował Marcin Kosmański,
Dział merytoryczny NIPiP
Stan prawny na dzień 25 kwietnia 2023 r.

W przypadku otrzymania zlecenia lekarza na podanie leku Haloperidol WZF pielęgniarka powinna podać go zgodnie z treścią zlecenia i kartą charakterystyki, czyli może podać ten lek domięśniowo, w przypadkach szczególnych, określonych w karcie charakterystyki, także dożylnie.

W przypadku Haloperidolu WZF zleconego w podaniu dożylnym, zlecenie lekarza powinno zawierać wskazanie zgodne z kartą charakterystyki, tj. że przy podaniu należy prowadzić monitorujące badanie EKG (w celu wykrycia wydłużenia odstępu QTc lub komorowych zaburzeń rytmu). Jeżeli nie ma takiego wskazania w zleceniu, pielęgniarka może podjąć decyzję o odmowie wykonania zlecenia lekarskiego.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego Haloperidol WZF, roztwór do wstrzykiwań wskazany jest u dorosłych w:

- ◆ szybkiej kontroli objawów ciężkiego, ostrego pobudzenia psychoruchowego w przebiegu zaburzeń psychiatrycznych lub w epizodach manii w chorobie afektywnej dwubiegunowej, gdy nie można zastosować leczenia doustnego;
- ◆ doraźnym leczeniu majaczenia, po niepowodzeniu leczenia nefarmakologicznego;
- ◆ leczeniu płasawicy o nasileniu łagodnym i umiarkowanym w chorobie Huntingtona, gdy inne produkty lecznicze nie są skuteczne lub nie są tolerowane, a leczenia doustnego nie można zastosować;
- ◆ zapobieganiu wymiotom i nudnościom pooperacyjnym, jako jedyny lek lub w skojarzeniu, u pacjentów z umiarkowanym lub wysokim ich ryzykiem, gdy inne produkty lecznicze nie są skuteczne lub nie są tolerowane;
- ◆ skojarzonym leczeniu nudności i wymiotów pooperacyjnych, gdy inne produkty lecznicze nie są skuteczne lub nie są tolerowane.

W części *Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności (Wpływ na układ sercowo-naczyniowy)* producent wskazuje, iż Haloperidol WZF roztwór do wstrzykiwań zalecany jest wyłącznie do stosowania domięśniowego. Jeśli jednak jest podawany dożylnie, należy prowa-

dzić monitorujące badanie EKG, w celu wykrycia wydłużenia odstępu QTc lub komorowych zaburzeń rytmu.

WYKONANIE I ODMOWA WYKONANIA ZLECENIA LEKARSKIEGO

Zgodnie z art. 15 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2702 ze zm.) – dalej: „ustawa”, pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Taki obowiązek zapisu w dokumentacji medycznej nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku uzasadnionej wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania.

Z treści art. 12 ww. ustawy wynika, iż pielęgniarka jest obowiązana, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka

w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego niezgodnego z sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przelożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzi przypadek zagrożenia określony powyżej.

W takim przypadku, pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym.

W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych z przyczyn, o których mowa powyżej, pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Źródło: *Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 4.2023*



Rekomendacja kursu doszkalającego



GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

EP.NE.72.9.2023

Warszawa, dnia 26 czerwca 2023 r.

**Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Prezes,

na wstępie dziękuję za możliwość zarekomendowania przygotowanego przez Państwa kursu doszkalającego dla pielęgniarek i położnych *Profilaktyka zakażeń wywołanych SARS-CoV-2 w opiece zinstytucjonalizowanej i warunkach domowych*, personelu tak istotnego dla bezpiecznej realizacji codziennej opieki nad pacjentami.

Propozycję warsztatów doskonalących wiedzę i umiejętności praktyczne, opartych na bogatym doświadczeniu minionych lat epidemii, w zakresie diagnostyki, profilaktyki i zwalczania zakażeń wywołanych przez SARS-CoV-2, oceniam pozytywnie, bowiem ciągłe doskonalenie zawodowe personelu medycznego w dobie wielu zagrożeń ze strony czynników zakaźnych należy uznać za ważne i niezbędne.

Przedłożony szczegółowy program kursu doszkalającego dla pielęgniarek i położnych *Profilaktyka zakażeń wywołanych SARS-CoV-2 w opiece zinstytucjonalizowanej i warunkach*



Główny Inspektorat Sanitarny
ul. Targowa 65 | 03-729 Warszawa | tel. +48 22 345 33 00
inspektorat@sanepid.gov.pl | www.gov.pl/gis



domowych pozwala na zapoznanie się z aspektami prawnymi nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami SARS-CoV-2, jak i zagadnieniami klinicznymi, a więc kompleksowo prezentuje tematykę tego zagrożenia. Atutem z pewnością jest element praktyczny dotyczący zagadnień diagnostycznych, jak też stosowania środków ochrony osobistej, co zwykle stanowi dla personelu medycznego najważniejszą kwestię i jest obciążone istotnymi konsekwencjami, tym bardziej uzasadniając potrzebę ciągłego doskonalenia pracowników sektora ochrony zdrowia. Dodatkowym walorem jest bezpłatny udział w szkoleniu, co z pewnością poprawi zainteresowanie przedmiotowym kursem.

Reasumując, pozytywnie oceniam wartość kursu doszkalającego dla pielęgniarek i położnych *Profilaktyka zakażeń wywołanych SARS-CoV-2 w opiece zinstytucjonalizowanej i warunkach domowych* oraz rekomenduję, w szczególności podmiotom leczniczym i indywidualnym praktykom, jego wdrożenie do realizacji przez pielęgniarki i położne, w każdym obszarze opieki medycznej.

Z poważaniem

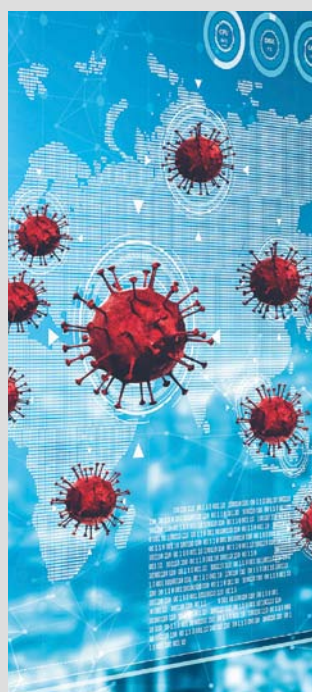
Główny Inspektor Sanitarny

wz. Krzysztof Saczka

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych zaprasza na **BEZPŁATNY** kurs doszkalający

Profilaktyka zakażeń wywołanych SARS-CoV-2 w opiece zinstytucjonalizowanej i warunkach domowych



Kurs jest realizowany w ramach projektu „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” nr POWR.07.01.00-00-0004/22
Projekt realizowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

DLACZEGO WARTO

- Kurs trwa **TYLKO 16 GODZIN** – zyskasz nowe kompetencje zawodowe w zakresie zakażeń
- Otrzymasz **TABLET lub e-CZYTNIK**, a na nim aż 17 podręczników szkoleniowych
- Gwarantujemy **CATERING**
- Kurs może się odbyć w Twoim zakładzie pracy, a jego tematyka wpisuje się w szkolenia wewnątrzzakładowe dotyczące zakażeń
- Zajęcia teoretyczne i praktyczne poprowadzą doświadczeni wykładowcy

KTO MOŻE SKORZYSTAĆ

- Każda pielęgniarka, pielęgniarz i położna, położny posiadający prawo wykonywania zawodu
- Osoba bezrobotna osoba pracująca, bezrobotna, nieaktywna zawodowo (posiadająca PWZ)

JAK SIĘ ZAPISAĆ

- Wejdź na stronę nipip.pl/zakladka **PROJEKT** i wybierz miejsce szkolenia
- O szczegóły zapytaj w swojej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych



KARKONOSKA AKADEMIA
NAUK STOSOWANYCH
W JELENIEJ GÓRZE

właściwa droga do sukcesu!

pielęgniarstwo
studia magisterskie

zapisz się już dziś!

www.kans.pl

www.wnmit.kans.pl

bezpłatne studia stacjonarne

