



III AKADEMIA PIEŁĘGNIARSTWA KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA

„Bezpieczny Szpital dla Dzieci”

WROCLAW 2010

SPONSORZY:



Dla Najważniejszych na świecie.

HiPP Polska Sp. z o.o.



MAGNUS MEDICAL



MedPharm Polska Sp. z o.o.



Nestle Polska S.A.



FABRYKA ZDROWIA

OLEOFARM Sp. z o.o.



GSK Commercial Sp. z o.o.



Vitis Pharma Sp. z o.o.

III AKADEMIA PIEŁĘGNIARSTWA

KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA

„Bezpieczny Szpital dla Dzieci”

WROCLAW 2010

ISBN 978-83-929308-1-5

ORGANIZATORZY:

Dolnośląska Okręgowa
Izba Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu



KOMITET ORGANIZACYJNY:

1. Urszula Olechowska- Przewodnicząca
2. Anna Szafran
3. Dorota Milecka
4. Bożena Wargocka
5. Ewa Kadłubowska
6. Bożena Bedryk

PROGRAM KONFERENCJI 1 X 2010 R.

od 8³⁰

Rejestracja uczestników

9⁰⁰-9¹⁵

Rozpoczęcie i powitanie gości

9¹⁵-9⁴⁰

Prof. dr hab. Alicja Chybicka – „Problemy zdrowotne dzieci w Polsce”

9⁴⁰-10⁰⁰

mgr Elżbieta Karasek – „Prawa dziecka w szpitalu”

10⁰⁰-10²⁰

Dr n. med. Krystyna Piskorz- Ogórek – „Specyfika hospitalizacji dziecka”

10²⁰-10⁴⁰

mgr Amelia Ścibor – „Kierunki rozwoju pielęgniarstwa w Polsce”

10⁴⁰-10⁵⁰

Małgorzata Sadowy – Piątek- „Promocja praw pacjenta”

10⁵⁰-11²⁰

Występ dzieci z Zespołu Szkół nr 13 we Wrocławiu

11²⁰-11⁴⁰

Przerwa kawowa

11⁴⁰-11⁵⁰

mgr Mariola Kasprzak – „Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Dolnośląskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu”

11⁵⁰-12⁰⁵

mgr Dorota Milecka – „Stan pielęgniarstwa pediatrycznego na podstawie kontrolowanych oddziałów dziecięcych”

12⁰⁵-12²⁰

mgr Małgorzata Szypska, mgr Małgorzata Nowak – „Nauka i zabawa w trakcie pobytu dziecka w szpitalu. Funkcje szkoły w procesie hospitalizacji”

12²⁰-12³⁰

mgr Iwona Twardak- „Wolontariusze na rzecz dzieci”

12³⁰-12⁴⁰

Bogumiła Ostrowska – „Błędy jatrogenne w opiece nad dzieckiem. Komunikowanie się w sytuacjach konfliktowych”

12⁴⁰-12⁵⁰

mgr Dorota Pustuł – „Dziecko z dysfunkcją słuchu w szpitalu”

12⁵⁰-13⁰⁰

Ks. Wojciech Zięba – „Opieka duchowa nad dzieckiem i jego bliskimi”

13⁰⁰-13⁴⁰

Przerwa na lunch

13⁴⁰-13⁵⁵

mgr Aneta Kubisa – „Ogólne aspekty opieki nad dziećmi”

13⁵⁵-14¹⁵

dr Małgorzata Fleischer – „Bezpieczeństwo epidemiologiczne dziecka i jego bliskich”

14¹⁵-14²⁵

mgr Grażyna Radzioch – „Współczesne poglądy na rolę i udział pielęgniarki w profilaktyce Zespołu Nagłego Zgonu Niemowląt”

14²⁵-14⁴⁰

mgr Beata Pawełczyk, Jolanta Kowalik – „Zespół dziecka maltretowanego”

14⁴⁰-14⁵⁰

mgr Ewa Kadłubowska- „Dziecko przewlekle chore”

14⁵⁰-15⁰⁰

Zakończenie konferencji

Sesje plakatowe:

1. „Wypowiedzi dzieci o pobycie w szpitalu”
2. mgr Bożena Bedryk – „Pacjent niesłyszący. Informacja o nauce języka migowego”

Szanowni Państwo

W imieniu Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu oraz Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych organizatorów konferencji serdecznie witam na III Akademii Pielęgniarstwa pt. „Bezpieczny szpital dla dzieci”.

Ideą tych jesiennych spotkań naukowo-szkoleniowych jest nawiązanie współpracy z towarzystwami i stowarzyszeniami skupiającymi pielęgniarki i położne różnej specjalności oraz wskazanie znaczenia i roli pielęgniarki, położnej w specjalistycznej opiece nad pacjentem.

Tegoroczna konferencja poświęcona jest problematyce pobytu dziecka w szpitalu, ze szczególnym uwzględnieniem zabezpieczenia jego potrzeb zdrowotnych, zapewnienia bezpieczeństwa, przestrzeganiu praw dziecka hospitalizowanego, zabawy i nauki podczas pobytu w szpitalu, a także opieki duchowej i wielu innych.

W ostatnim dwudziestoleciu rozwój pielęgniarstwa pediatrycznego jest niezwykle dynamiczny. Rola pielęgniarek pediatrycznych w szeroko rozumianych działaniach ochronnych na rzecz dziecka hospitalizowanego, rola edukacyjna, opiekuńcza, umiejętność współpracy z rodzicami ma w opiece nad małym pacjentem ma znaczenie fundamentalne.

Dziękuję wszystkim gościom, wykładowcom, uczestnikom konferencji oraz firmom wspierającym jej organizację za przyjęcie zaproszenia i udział w tym także ważnym dla naszego środowiska wydarzeniu.

W sposób szczególny pragnę podziękować pielęgniarkom pediatrycznym, które nieustannie poszerzają swoją wiedzę profesjonalną, doskonałą umiejętności zawodowe, zmieniają swoją praktykę wykorzystując to w codziennej pracy, niosąc pomoc, ulgę i wywołując uśmiech na buziach swoich małych pacjentów.

Z wyrazami szacunku,

Urszula Olechowska

Przewodnicząca DORPiP

Prof. dr hab. Alicja Chybicka

Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
Akademii Medycznej we Wrocławiu

PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI W POLSCE

Zdrowie, według definicji ogłoszonej przez światową organizację zdrowia, to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niedomagania. Zdrowie zależy od czterech grup czynników określonych w 1973 roku przez Lalonde jako tzw. Pola zdrowotne. Często powtarzamy starą mądrość, że lepiej zapobiegać, niż leczyć. Wciąż jednak niechętnie chodzimy z NASZYMI DZIEĆMI na badania kontrolne.

Stan zdrowotny populacji wieku rozwojowego w Polsce nie jest zadowalający pomimo, że dobra opieka medyczna nad dziećmi ma uzasadnienie w przesłankach społecznych, moralnych i ekonomicznych. Trwający w Polsce od 19 lat proces transformacji ustrojowej wywarł zróżnicowany wpływ na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży. Wzorcowy model opieki medycznej nad dziećmi z lat 90 już nie istnieje i chyba dlatego zbyt późno rozpoznawane są choroby wieku dziecięcego a do leczenia specjalistycznego trafiają dzieci głównie w bardzo zaawansowanych stadiach choroby. Wykazały to między innymi przeprowadzone we Wrocławiu i w Katowicach badania przesiewowe, w których stwierdzono wiele odchyśleń ogólnopediatrycznych od stanu prawidłowego między innymi wady serca, nerek, układu kostnego, alergię.

Poważny problem stanowi w Polsce niepełnosprawność u dzieci. Do przyczyn powodujących tą niepełnosprawność zaliczamy:

1. choroby genetycznie uwarunkowane : chromosomowe jednogenowe np. zespół Downa, zespół łamliwego chromosomu X, dysgenезja mózgu
2. uwarunkowania metaboliczne np. niedoczynność tarczycy, fenyloketonuria, glikogenozy i inne spichrzeniowice

3. Teratogenne działanie substancji np. alkoholu, narkotyków, leków
4. Wrodzone zakażenia : różyczka, cytomegalowirus, toksoplazmoza
5. Uszkodzenia okołoporodowe
6. Wypadki ,urazy , zatrucia

U naszych dzieci stwierdzamy wiele rodzajów niepełnosprawności. Są to:

1. dzieci niewidome i niedowidzące
2. dzieci z uszkodzeniem słuchu głuche, niedosłyszające
3. głuchociemne dzieci z zaburzeniami percepcji wzrokowej i słuchowej)
4. dzieci upośledzone umysłowo oraz z inteligencją niższą od przeciętnej
5. dzieci z obniżoną sprawnością komunikowania się (dzieci z zaburzeniami mowy, dzieci autystyczne)
6. dzieci z trudnościami wychowawczymi, niedostosowane społecznie, niezrównoważone nerwowo i emocjonalnie, uzależnione od środków narkotycznych)
7. dzieci z obniżoną sprawnością ruchową (dzieci z dysfunkcją narządu ruchu oraz z zaburzeniami kinestetycznymi)
8. dzieci z obniżoną ogólną sprawnością psychofizyczną spowodowaną chorobami somatycznymi oraz na tle anomalii wagi i wzrostu, z obniżoną ogólną sprawnością psychofizyczną spowodowaną zaniedbaniami opiekuńczo-wychowawczymi.

Niepełnosprawność intelektualna, dotyczy ok. 3% populacji. Częstość jej występowania wśród dzieci do lat 16 waha się od 2 do 4%, a wśród osób dorosłych od 1 do 2% .

Mózgowe porażenie dziecięce występuje z częstością 2 dzieci na 1000 żywych urodzeń.

Częstość nieprawidłowych umiejętności społecznych i komunikacyjnych z kręgu autyzmu 3-6 na 1000 nowych urodzeń . Zaburzenia wzroku i słuchu występują 1 na 100 żywych urodzeń.

Dziecko niepełnosprawne ma trudności w rozwoju, nauce i w społecznym przystosowaniu spowodowane obniżoną sprawnością psychofizyczną. U dzieci do 2-3 roku życia trudno jest oddzielić rozwój intelektualny od rozwoju ruchowego. Rozwój motoryczny ściśle koreluje z rozwojem psychicznym i jego zaburzenia odzwierciedlają uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym (rozwój psycho-motoryczny, inteligencja sensoryczno-motoryczna). Dlatego u dzieci w tym wieku nie określa się poziomu sprawności intelektualnej lecz mówi się o rozwoju psychoruchowym. Dziecku

niepełnosprawnemu potrzebna jest specjalna pomoc. Dotknięte nią dzieci i młodzież powinny mieć zapewnioną pomoc w przezwyciężaniu trudności w uczeniu się. W Polsce powinno się stworzyć konkretny system finansowania i organizacji profilaktyki, który musi obejmować nowoczesny kalendarz szczepień, badania profilaktyczne i bilansowe, przyspieszenie rozpoznawania chorób wieku rozwojowego w tym nowotworów, cukrzycy, chorób układu krążenia.

Podsumowując przydałoby się znacznie więcej projektów przesiewowych pozwalających na wykrycie wczesnych stadiów chorób, zwiększenie nadzoru pediatrycznego i świadomości społecznej zarówno rodziców jak i samych dzieci, które mając po 14 lat mogłyby i powinny już same zgłaszać swoje dolegliwości.

BIBLIOGRAFIA:

1. Lissauer T , Clayden, *Pediatrics*. Wyd. Polskie red A. Milanowski 2009, 43-63.
2. Komorska M.: *Sytuacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w społeczeństwie polskim*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2000.
3. Otto- Buczkowska E. *Pediatrics – co nowego*. 2007 wyd. Cornetis

PRAWA DZIECKA W SZPITALU

Każdy pobyt dziecka w szpitalu można i należy rozpatrywać jako sytuację trudną dla samego dziecka oraz jego rodziny. W zależności od tego, w jakim wieku jest dziecko, jaki jest rodzaj schorzenia oraz w jakim trybie trafiło do szpitala – sprawy związane z jego bezpieczeństwem występują trochę w innych aspektach. Zawsze jednak, podczas pobytu dziecka w szpitalu należy uwzględnić:

- ▶ Bezpieczeństwo zdrowotne dziecka – zabiegi medyczne i pielęgnacyjne powinny być wykonywane ze starannością oraz uwzględnieniem np. rodzaju i rozmiaru sprzętu adekwatnego do wieku dziecka, zabezpieczenie go przed bólem, przemyślenie konieczności i zasadności np. ilości wkluć, formy leku itp. Bardzo ważna jest umiejętność patrzenia oczami dziecka na to, co się dzieje z nim w szpitalu, zdolność do porozumienia się na jego poziomie percepcji, docenienie oraz wykorzystanie w praktyce umiejętności i gotowości do współpracy ze strony dziecka;
- ▶ Bezpieczeństwo emocjonalne dziecka – zapewnienie obecności rodziców lub opiekunów, ograniczenie czasu oddzielenia dziecka od opiekunów do absolutnie niezbędnego, wyjaśnianie rzeczywistości „szpitalnej” poprzez przekazywanie dziecku zrozumiałej dla niego prawdy;

W Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52, poz. 417) zawarte są prawa jakie powinny być zagwarantowane każdemu pacjentowi, w tym pacjentowi nieletniemu. Za szczególnie istotne dla zaspokojenia potrzeb małoletnich należy uznać:

W zakresie prawa do informacji:

- ▶ pacjent małoletni ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego

i terapeutycznego – nie można wobec tego używać argumentów, że ustalenia na temat jego leczenia odbyły się tylko z opiekunami prawnymi dziecka.

W zakresie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych :

- opiekun dziecka lub ono samo ma prawo do konsultacji z psychologiem lub psychiatrą, jeśli stwierdzi, że istnieje taka konieczność – zapewnia to uprawnienie zawarte w przepisie art.6, ust.3, pkt. 1 cytowanej wyżej ustawy.

W zakresie prawa do tajemnicy:

- istotne jest, by informacje związanej z leczeniem, stanem zdrowia, sposobem leczenia udzielano wyłącznie osobom do tego uprawnionym, tj. opiekunom prawnym, sądom rodzinnym, a nie np. przedstawicielom dyrekcji szkoły.

W zakresie poszanowania intymności i godności pacjenta:

- tam, gdzie jest to możliwe, dziecku powinna towarzyszyć bliska osoba,
- w stosunku do dzieci i młodzieży szczególnie należy dbać o zapewnienie przestrzegania warunków intymności przy czynnościach wymagających obnażenia ciała, załatwiania czynności fizjologicznych, przeprowadzaniu wywiadu.

W zakresie prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego:

- dziecko ma prawo do stałego kontaktu osobistego z bliskimi, ważne jest by osobom opiekującym zapewnić w miarę możliwości dobre warunki przebywania wraz z dzieckiem oraz wykorzystać czas wspólnego pobytu w szpitalu do prozdrowotnych działań edukacyjnych.

Ważne jest, by wiedza o prawach pacjenta była upowszechniana, przekazywana małoletnim pacjentom w sposób rzeczywisty, przystępny oraz dostosowany do ich możliwości percepcji.

Informacja o poziomie przestrzegania praw pacjentów w danym zakładzie może być użytecznym wskaźnikiem oceny jakości usług.

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI DZIECKA

Dziecko to nie mały dorosły
Janusz Korczak

Pięć etapów (stadiów) reakcji na chorobę wg N.K. Cohna:

1. *Stadium szoku psychicznego* – trwa ok. 2-7 dni. Rodzice i/lub starsze dziecko nie chcą przyjąć do wiadomości zaistniałego faktu. Zaprzeczenie i wyparcie ma znaczenie obronne, gdyż człowiek nie dopuszczając w pełni do świadomości zagrożenia, zmniejsza napięcie emocjonalne.
2. *Stadium wyczekiwania wyleczenia* – choroba postrzegana jest jako przeszkoda w realizacji zamierzonych celów dziecka lub jego rodziców. W tym stadium rodzice i dziecko mają nadzieję na wyleczenie, ale nie dostrzegają jednak swojej roli w pokonywaniu trudności i przywracania zdrowia. Jest to bierne „oczekiwanie na cud” z jednoczesnym stawianiem bardzo wysokich wymagań wobec personelu.
3. *Stadium opłakiwania straty* – rodzice małych dzieci cierpią nad startą zdrowego dziecka, nie mogą pogodzić się z faktem, że jeszcze nie tak dawno ich dziecko było zdrowe, a teraz jest ciężko chore. W przypadku starszych dzieci do żalu rodziców dołącza się żal, rozpacz dzieci – gdyż z dnia na dzień zmieniło się diametralnie ich życie.
4. *Stadium zachowania obronnego*, które może mieć dwie formy:
 - *Zachowania neurotyczne* – występuje wtedy, gdy rodzice i dziecko nie dostrzegają, że choroba powoduje pewne ograniczenia. Nie stosują się do zaleceń i zasad leczenia.
 - *Zachowania zdrowe* – to zachowanie nastawione na pozytywne działanie. Rodzice wraz z dzieckiem zaczynają walczyć z chorobą. Następuje

konstruktywna adaptacja do zaistniałej sytuacji i współpraca z zespołem terapeutycznym w pokonywaniu trudności choroby.

5. *Stadium końcowego przystosowania* – na tym etapie choroba nie stanowi jedynej i najważniejszej cechy, ale jest jedną z wielu, z którą trzeba żyć przez niezbędny do pełnej remisji choroby okres.

Przewlekły lęk powoduje u dziecka:

- Utratę łaknienia
- Zaburzenia snu, bezsenność, koszmary senne
- Bóle brzucha, głowy
- Trudności wychowawcze
- Trudności w skupieniu uwagi i zapamiętywaniu
- Chwiejność emocjonalną
- Reakcje motoryczne tj. dzieci „kulą się w sobie”, przykucają w kącie łóżeczka, chcą być niewidoczne, chowają się pod kołdrę

Czynniki determinujące reakcje dziecka na hospitalizację

- Wiek i poziom rozwoju bio-psycho-społecznego dziecka
- Odporność psychiczna na trudne sytuacje, wrażliwość układu nerwowego
- Okres pobytu w szpitalu
- Wcześniejsze doświadczenia związane z hospitalizacją
- Warunki pobytu w szpitalu
- Czynniki determinujące reakcje dziecka na hospitalizację
- Stosunek personelu do pacjenta i rodziny
- Kontakty dziecka z rodziną i rówieśnikami
- Sposób przygotowania dziecka do hospitalizacji
- Metody wychowawcze w rodzinie
- Rodzaj choroby (nowotworowa) i stosowane leczenie
- Postawy rodziców wobec dziecka i jego choroby

Siedem okresów rozwojowych w życiu dziecka, w których występują charakterystyczne reakcje na rozłąkę. Są to:

Niemowlęta do 3 m-ca życia

- Rozpoznają zapach i dotyk matki, barwę jej głosu i rytm jej serca.
- Brak tych bodźców powoduje u dziecka dyskomfort psychiczny, pojawia się ogólna reakcja organizmu na zmianę środowiska w postaci niepokoju, zaburzeń rytmu snu, łaknienia, wydalania.

- Obecność matki zaspakaja potrzebę obecności bliskiej osoby, daje poczucie bezpieczeństwa, działa kojąco, jest warunkiem prawidłowego rozwoju psychosomatycznego.

Niemowlęta od 3 do 6 m-ca życia

- na brak matki reagują nagłą dezorientacją, zakłóceniem równowagi wewnętrznej, gwałtownym płaczem.
- Jeśli w tym okresie zabraknie obecności matki, pobyt w szpitalu może stać się silnym urazem psychicznym.

Dziecko od 6 do 18 m-ca życia

- Rozstanie z matką jest traumatycznym przeżyciem (dziecko zna już swoją matkę, rozpoznaje ją wizualnie, przy niej czuje się bezpieczne i spokojne).
- Brak bezpośredniej opieki matki, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia wyzwała lęk separacyjny.
- Zniknięcie matki z pola widzenia oznacza dla dziecka brak matki w ogóle. Dziecko nie rozumie, że ktoś kogo nie widzi nadal istnieje, że mama wróci. Reaguje płaczem, krzykiem, pobudzeniem psychoruchowym.

Dziecko od 18 m-cy do 4 lat

- Matka pełni w tym okresie najważniejszą funkcję, posiada największy autorytet, zaspakaja jego potrzebę wiedzy, zabawy, aktywności ruchowej, wyjaśnia pojęcia, uczy zachowań społecznych, daje poczucie bezpieczeństwa i miłości.
- Przywiązanie do matki w tym okresie jest bardzo silne, egoistyczne i zaborcze.
- Dziecko ufa matce bezgranicznie, a jej brak traktuje jako porzucenie, opuszczenie.
- Nasilenie lęków separacyjnych. Stany lękowe mogą być tak silne, że przybierają formy agresji (krzyk, kopanie, bicie, płucie itp.) lub nawet auto-agresji (rzucanie się na podłogę, bicie głową o ziemię itp.).
- Rozłąka dziecka z rodzicami jest w tym okresie najbardziej niebezpieczna.
- Najlepszym rozwiązaniem dla dziecka do lat 4 jest pobyt w szpitalu wraz z matką.

Zachowanie dziecka – fazy

1. Protestu (płacz, odrzuca uspakajanie, odmawia współpracy, uzyskuje za-interesowanie otoczenia)
2. Rozpaczy (przestaje płakać, obojętne, niema rozpacz – porzucone przez matkę)

3. Odrzucenia (jakby zapomniało matkę, bawi się, tuli do pielęgniarki, odwraca od matki, niedojrzałość, wiąże się z każdym kto jest dobry)

Dzieci powyżej 4 roku życia

- Są zdolne do oczekiwania na powrót matki,
- Są podatne na perswazje i tłumaczenia,
- Skutki hospitalizacji bywają mniej dotkliwe niż u dzieci młodszych.
- Oprócz potrzeby kontaktu z matką jest potrzeba kontaktu z rówieśnikami, potrzeba zdobywania nowych umiejętności, sprawności, potrzeba działania, współzawodnictwa, potrzeba oceny, akceptacji, pochwały i zachęty.
- Matka spełnia rolę podpory moralnej we wszystkich działaniach.
- Rozwijają się świadomość własnego ciała, rodzi się zatem lęk o nie, o jego utratę (np. wypadanie włosów w trakcie chemioterapii).
- Dzieci uczęszczające do przedszkola lub posiadające rodzeństwo, łatwiej nawiązują kontakty z innymi dziećmi w szpitalu lub z personelem.

Dzieci w wieku szkolnym

- Są już bardziej niezależne od rodziców, łatwiej znoszą rozstanie.
- Dzięki kontaktom z rówieśnikami i umiejętności wyrażania uczuć odreagowują napięcie psychiczne związane z chorobą i szpitalem.
- Okres szkolny to okres aktywności fizycznej, a hospitalizacja tę aktywność ogranicza, co powoduje frustrację.
- Pojawia się agresywne zachowanie (tj. agresja słowna, stawianie oporu do próby ucieczki włącznie) lub nastrój przygnębienia.
- U dzieci starszych długotrwały pobyt w szpitalu może wywierać negatywne skutki w postaci nasilenia bierności w zachowaniu, zatracenia poczucia odpowiedzialności.
- Może to doprowadzić do zawężenia zainteresowań do środowiska szpitalnego i problemów choroby, rozluźnienia więzów rodzinnych i towarzyskich.

Dzieci w wieku młodzieńczym

- Stres spowodowany uświadomieniem sobie choroby powoduje reakcje bardziej zróżnicowane.
- Stany lękowe mogą mieć charakter depresyjny.
- Młodzież zwykle reaguje na chorobę buntem lub agresją i niechętnie poddają się zabiegom terapeutycznym

Postawy rodzicielskie ich wpływ na proces leczenia Maria Ziemska :

1. Pozytywne wychowawczo (pożądane, właściwe)

2. Negatywne wychowawczo (niewłaściwe)

Postawy rodzicielskie pozytywne

- Akceptacja dziecka
- Współdziałanie
- Dawanie dziecku rozumnej swobody
- Uznanie praw dziecka

Postawy rodzicielskie negatywne

- Postawa unikająca
- Odtrącenie
- Postawa nadmiernie wymagająca
- Nadopiekuńczość

Pozamedyczne aspekty hospitalizacji

- Przygotowanie dziecka do szpitala
- Nauka w szpitalu (f. terapeutyczna, wychowawcza, opiekuńcza, dydaktyczna)
- Pobyt rodziców
- Zabawa i czas wolny
- Wolontariat
- Organizacje pozarządowe
- Klimat i środowisko terapeutyczne – potrzeby wieku rozwojowego

Europejska Karta Dziecka w Szpitalu

- Przyjęta przez 13 krajów na I Europejskiej Konferencji w 1998 r. , w tym przez Polskę.
- Dzieci powinny przebywać w szpitalu tylko wtedy, gdy leczenie, którego wymagają nie może być prowadzone w domu, ambulatoryjnie lub w oddziale dziennym
- Dzieci przebywające w szpitalu powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z rodzicami lub opiekunami.
- Wszystkim rodzicom należy stworzyć możliwość pozostawiania w szpitalu razem z dzieckiem, trzeba ich do tego zachęcać i pomagać. Rodzice powinni uczestniczyć w opiece nad dzieckiem, powinni być informowani o sposobie postępowania i zachęceni do aktywnej współpracy.
- Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o zapobieganie i łagodzenie stresów fizycznych i emocjonalnych u dzieci w związku z ich pobytem w szpitalu.

- ▶ Dzieci i rodzice mają prawo świadomie uczestniczyć we wszelkich decyzjach dotyczących opieki nad ich zdrowiem. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami i badaniami.
- ▶ Dzieci powinny przebywać w szpitalu z dziećmi o podobnych potrzebach rozwojowych. Nie należy umieszczać dzieci w oddziałach dla dorosłych. Nie powinno być żadnych ograniczeń wiekowych dla osób odwiedzających dzieci przebywające w szpitalu.
- ▶ Dzieci powinny mieć pełną możliwość zabawy, odpoczynku i nauki dostosowanej do swego wieku i stanu zdrowia. Powinny przebywać w otoczeniu zaprojektowanym, urządzonym i wyposażonym z myślą o ich potrzebach oraz z personelem potrafiącym zaspakajać ich potrzeby.
- ▶ Dziećmi powinien opiekować się personel, którego przygotowanie i umiejętności zapewniają zaspakajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych i rozwojowych dzieci ich rodzin.
- ▶ Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
- ▶ Dzieci powinny być traktowane z taktem i zrozumieniem, a ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

Pobyt rodziców/matki w oddziale wraz z dzieckiem

- ▶ Niezbędny w zależności od okresu rozwojowego dziecka
- ▶ Kto ponosi koszty?

Koszty pobytu matki/opiekuna

- ▶ *Pacjent* – art. 34,35 Ustawy z 6.XI.08 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (31.III.09) „pacjent ponosi koszty realizacji praw (...) wysokość opłaty ustala kierownik zakładu uwzględniając koszty rzeczywiste”
- ▶ NFZ – Zarz. Prezesa NFZ nr 69/2009/ zał. nr 1 –katalog świadczeń do sumowania „Przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka pow. 5 doby” – 2 pkt./doba (oddz. Poł-gin.)

Współczesne pielęgniarstwo pediatryczne

- ▶ Samodzielne
- ▶ Holistyczne
- ▶ Całościowe
- ▶ Zespół interdyscyplinarny
- ▶ Oparte na podstawach naukowych –teorie pielęgnowania

- ▶ Oparte na dowodach
- ▶ Współczesne pielęgniarstwo pediatryczne c.d.

Opieka nad populacją wieku rozwojowego 0-18 r.ż (25 r.ż.?)

- ▶ dzieckiem zdrowym – profilaktyka,
- ▶ dzieckiem chorym
- ▶ Wczesne wykrywanie zaburzeń np. odżywiania, wzroku, somatycznych itp.

LITERATURA:

Wybrane programy edukacyjne w pediatrii, red. Piskorz-Ogórek K. Wydawnictwo Dashofer. Warszawa 2010, www.dashofer.pl

mgr Amelia Ścibior

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych

ROZWÓJ PIEŁĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

*Godność człowieka jest wartością którą widzi się i czuje,
ale o której trudno mówić*

Ks. prof. J. Tischner

Wśród wielu praw jakie przysługują jednostce, szczególne znaczenie mają prawa, które określa się jako „prawa człowieka”. Chronią one bowiem to, co jest najcenniejsze dla każdego istnienia ludzkiego. Źródłem praw i wolności jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka. Podstawowym postulatem praw człowieka jest: zakaz instrumentalnego traktowania, oraz uznanie go za cel sam w sobie. W miarę rozwoju medycyny pracownicy medyczni coraz częściej zdają sobie sprawę z faktu naruszania podstawowych praw człowieka w przebiegu różnorodnych badań, zabiegów i operacji.

Respektowanie praw człowieka i jego godności w dużym stopniu związane jest z istotą i celami medycyny.

Szczególny wkład w rozwój praw pacjenta wniosły organizacje skupiające krajowe towarzystwa lekarskie, pielęgniarek i położnych, oraz specjalistyczne towarzystwa zawodów medycznych. W polskim systemie prawnym, prawa pacjenta występują w szeregu różnych aktów prawnych. Większość fundamentalnych dokumentów dotyczących rozwoju praw człowieka zawiera akcenty odnoszące się do potrzeb zdrowotnych oraz prawa do utrzymania dobrego stanu zdrowia.

Dziecko wymaga stworzenia odpowiednich warunków życia i kompleksowych rozwiązań w organizacji opieki nad dzieckiem, które stanowią jeden z ważnych czynników w rozwoju każdego młodego organizmu ludzkiego. Jednym z kierunków rozwoju w pielęgniarstwie pediatrycznym jest organizacja i realizacja opieki nad dzieckiem w okresie jego największej

bezradności, najmniejszej odporności psychofizycznej i największej wrażliwości na wpływy otoczenia, tj. w wieku rozwojowego. Realizacja przyjętych założeń jest możliwa, pod warunkiem, że „uznamy dziecko za człowieka – istotę z którą trzeba się liczyć (...) kierować nim umiejętnie, z rozważą, wysiłkiem umysłu, uczucia i woli” (J.Korczak). W szybkim i ciągle postępującym rozwoju medycyny, wprowadzaniu nowoczesnych technologii, metod leczenia, w ciągłym dążeniu do postępu, nie możemy zgubić czegoś co jest niezwykle istotne w postępowaniu z dzieckiem, szczególnie z dzieckiem chorym, tj., jego potrzeb: własnego pokoju, swobodnej zabawy, dostępu do nauki, stałej obecności rodziny, niezahamowanego rozwoju w trakcie choroby, lub pobytu w szpitalu. Jedną z potrzeb, która ma wpływ na jakość opieki nad dzieckiem leczonym, a jednocześnie nierozzerwalnie związaną z przestrzeganiem praw dziecka jest potrzeba bezpieczeństwa.

Poziom zaspokojenia tej podstawowej potrzeby, świadczy o przestrzeganiu praw dziecka, jak również jest wskaźnikiem jakości opieki. Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, to zaspokojenie niezbywalnych potrzeb koniecznych dla prawidłowego rozwoju biopsychospołecznego.

Umocowania prawne dotyczące Praw Pacjenta nałożyły szczególną odpowiedzialność na pracowników medycznych celem zapewnienia bezpieczeństwa poprzez przestrzeganie praw dziecka – w różnych okresach jego rozwoju.

Szczególne znaczenie ma odpowiedzialność zawodowa pracowników medycznych w respektowaniu praw dziecka, a szczególnie praw dziecka hospitalizowanego, czego wyrazem jest ratyfikowanie przez Polskę Konwencji o Prawach Dziecka (1991r.). Rozdział XV Konwencji o Prawach Dziecka obejmuje artykuły dotyczące polityki zdrowotnej oraz Ustawa Nr. 408 Dz.U. RP z 15.10.1991 r. dały formalno-prawne podstawy do respektowania PRAW DZIECKA HOSPITALIZOWANEGO.

W szpitalu dziecięcym dziecko i rodzic są specyficznymi odbiorcami świadczeń pielęgniarskich. Istotą pielęgnowania jest pomaganie dziecku, wspieranie jego rodziców w celu przywracania i umacniania zdrowia dziecka. W realizacji zadań zawodowych, pielęgniarka nie może zapomnieć, że dziecko to nie maszyna. Humanizm oraz przestrzeganie praw pacjenta jest w pracy pielęgniarki pediatrycznej naczelną dewizą w relacjach pielęgniarka-pacjent i jego rodzic. Sposób realizacji opieki nad pacjentem uległ zmianie, polegającej na wprowadzeniu celowych, zaplanowanych działań, określonych jako proces pielęgnowania i zapewniających choremu opiekę całościową. Celem zapewnienia wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej, podsystem

pielęgniarstwa wdrożył program, zmierzający do tworzenia jak najlepszych warunków w opiece nad dzieckiem, poprzez wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań w pielęgowaniu, spełniających oczekiwania dzieci i rodziców.

Poprawę jakości świadczeń pielęgniarki pediatryczne uzyskują poprzez: podwyższanie kwalifikacji zawodowych, poprawę organizacji pracy i wyposażenia pielęgniarskich stanowisk pracy, dokumentowanie podjętych wobec pacjenta działań, wprowadzenie indywidualnej odpowiedzialności pielęgniarki za pacjenta. Dokumentacja odzwierciedla indywidualną, kompleksową opiekę dostosowaną do potrzeb pacjenta oraz indywidualną odpowiedzialność pielęgniarki za wyniki tej opieki. Jest dokumentem, w którym zapisano zakres realizowanych świadczeń. Prowadzona dokumentacja, zapewnia bezpieczeństwo pracownikowi i Pacjentowi.

Pielęgniarka pediatryczna ponosi odpowiedzialność za Pacjenta- dziecko, za realizację zadań wynikających z powierzonych obowiązków i odpowiedzialności, za przestrzeganie Praw Człowieka, Praw Pacjenta. Rodzice i Pacjent obdarzają zaufaniem pielęgniarkę i ufają, że wszystkie informacje dotyczące jego zdrowia, choroby czy sytuacji osobistej zostaną zachowane w tajemnicy. Dobro i bezpieczeństwo pacjenta jest regułą, a zachowanie poufnych informacji uzyskanych od pacjenta i rodziny jest obowiązkiem i zarazem miarą profesjonalizmu.

Jak oceniają nas pacjenci? Czy zawsze zapewniamy opiekę pielęgniarską na wysokim poziomie, czy realizujemy świadczenia pielęgniarskie w sposób kompetentny, odpowiedzialny, wykorzystując nowe rozwiązania organizacyjne, technologie medyczne? Jak my, pielęgniarki pediatryczne oceniamy siebie w zakresie jakości realizowanych świadczeń pielęgniarskich? Czy dzieci, objęte opieką pielęgniarską, mają zaspokojoną potrzebę bezpieczeństwa? Czy zawsze postępujemy zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej?

Czy w dążeniu do minimalizacji kosztów leczenia poprzez redukcję zatrudnienia, ograniczenia wydatków na wyposażenie pielęgniarskich stanowisk pracy, zwiększaniu obłożenia łóżek w szpitalu, prowadzeniu dodatkowych dokumentów związanych z rozliczeniami z NFZ, nie zagubiliśmy po drodze Pacjenta-dziecka i jego niezbywalnych potrzeb? Pielęgniarka, to nie tylko sprawna manualnie i instrumentalnie osoba uczestnicząca w procesie realizacji wysoko specjalistycznych procedur medycznych.

Pielęgniarka pediatryczna, jest pracownikiem posiadającym wiedzę w zakresie rozwoju dziecka w różnych okresach życia, pedagogiki, psychologii,

socjologii, samodzielnie planującej i realizującej zadania w środowisku dziecka, zgodnie z postawioną diagnozą

Świadczenia realizowane przez pielęgniarki pediatryczne powinny w jak największym zakresie objąć opieką profilaktyczną dziecko w różnych okresach jego rozwoju biopsychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz promocji zdrowia tj: kampanie szkoleniowe w środowisku zamieszkania, wychowania, w zakresie zapobiegania wypadkom i kalectwu (pierwsza pomoc) dziecko z chorobą przewlekłą w środowisku wychowania i nauczania (akcje promocyjne dla rodziców i nauczycieli) pielęgniarka pediatryczna i jej rola w profilaktyce rozpoznawania i zapobiegania przemocy wobec dziecka. Rola i zadania pielęgniarki w zwalczaniu uzależnień wśród dzieci i młodzieży.

Właśnie pielęgniarka pediatryczna powinna mieć kontakt z rodziną dziecka, znać problemy zdrowotne, udzielać porad, wspierać w sytuacjach problemowych.

Na którym zakęcie w organizacji pracy pielęgniarskiej jesteśmy, my – pielęgniarki pediatryczne, w ciągle zmieniającej się organizacji ochrony zdrowia?

USTAWA O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

5 czerwca 2009 roku weszła w życie „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” z 6 listopada 2008 roku (Dz.U. z 31 marca 2009, nr. 2009.52.417). Od czasu Karty Praw Pacjenta minęło sporo lat, sporo też się w prawie zmieniło, wreszcie jednak podstawowe prawa pacjenta zostały ujęte w jeden ustawowy akt prawny. Przez lata pracy jako Rzecznik Praw Pacjenta DOW NFZ mogłam zaobserwować niewątpliwy wzrost poziomu znajomości praw pacjenta wśród Dolnoślązaków, jednakże jest to ciągle wiedza dość powierzchowna, po którą sięga się dopiero, gdy sprawa dotyczy bezpośrednio zainteresowanego lub jego bliskich. Dlatego bardzo ważnym zadaniem jest upowszechnianie tej wiedzy; świadomość własnych praw stymuluje – jak się wydaje – także wzrost odpowiedzialności za zdrowie swoje i bliskich. Znajomość obowiązującego prawa przez wszystkich uczestników systemu może być także podstawą niezaburzonych relacji między pacjentem - z jednej strony i lekarzem, pielęgniarką, terapeutą – z drugiej.

Ustawa dzieli się na dwie części:

I

Część pierwsza ustawy określa prawa pacjenta (Rozdz. 1-10, art. 1-40). Znajdziemy tu większość praw i obowiązków pacjenta, do tej pory umieszczonych w różnych ustawach (stosowne artykuły jednocześnie zostały zmienione lub wykreślone z tych ustaw, (np. z ustawy o ZOZ, ustawy o zawodzie lekarza... ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, itd). Poza ustawą o prawach pacjenta (...) znalazły się artykuły z innych ustaw odnoszące się do praw szczególnych, np. prawa inwalidy wojennego, kombatanta, honorowego dawcy krwi, itp.

W ustawie zagwarantowano m.in. prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonego do nich dostępu – do „rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń”.

Warto zwrócić uwagę na to, że niektóre istniejące dotychczas zapisy o prawach pacjenta w nowej ustawie zostały doprecyzowane i uszczegółowione.

Nowością jest art. 4, w którym określono, że sąd w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta „może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę”. Odnosi się to tylko do niektórych sytuacji zawinionego naruszenia praw pacjenta.

W art. 5 znajdujemy precyzyjnie określone sytuacje, w których prawa pacjenta mogą być ograniczone przez kierownika zakładu: przyczyny epidemiologiczne, ale również możliwości organizacyjne zakładu.

W rozdziale 2 – „Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych” czytelnie zostało sformułowane prawo pacjenta do zgłoszenia wniosku o zasięgnięcie opinii innego lekarza lub zwołania konsylium lekarskiego. Wprawdzie lekarz może odmówić realizacji takiego wniosku pacjenta, ale musi to być odnotowane w dokumentacji medycznej.

Jeśli chodzi o prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia nowością jest precyzyjne opisanie praw osób małoletnich po 13 roku życia i po 16 roku życia. Również podkreślenie, że pacjent może wyrazić swoje zdanie po wysłuchaniu diagnozy lekarza jest ważne z punktu widzenia pacjenta. Sprawa może się wydawać oczywista, ale z praktyki wiemy jak często niestety lekarze tego prawa nie „lubią”.

W ślad za tym w art. 10 doprecyzowano warunki korzystania przez lekarzy z art. 38 ustawy o zawodzie lekarza, sformułowano wymóg odpowiednio wcześniejszego poinformowania pacjenta o odmowie leczenia z jednoczesnym wskazaniem innego lekarza lub podmiotu, który przejmie leczenie.

Artykuły 15, 16, 17 określają warunki wyrażenia zgody przez pacjenta na świadczenie zdrowotne. Art. 18 wymaga zgody na zabieg albo metodę leczenia podwyższonego ryzyka – koniecznie w formie pisemnej. Wyrażenie zgody przez pacjenta powinno być poprzedzone odpowiednią informacją lekarza.

W rozdziale 7 części pierwszej ustawy określono m.in. zasady udostępniania dokumentacji medycznej i wysokość odpłatności za to udostępnienie – są tu nieznacznie skorygowane niektóre odpłatności, np. za wydanie dokumentacji w formie elektronicznej – w stosunku do dotychczas obowiązujących wartości. W rozdziale 9 zwraca uwagę art. 35 w którym wyraźnie stwierdzono,

że pacjent ponosi koszty realizacji prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami oraz prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, jeżeli ich realizacja skutkuje kosztami poniesionymi przez stacjonarny zakład opieki zdrowotnej (cennik ma być jawny).

W rozdziale 8, art. 31 określono prawo pacjenta do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza – jest to zupełna nowość, związana z uprawnieniami Rzecznika Praw Pacjenta. Pacjent może zgłosić taki sprzeciw jeżeli opinia albo orzeczenie lekarza ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Taki sprzeciw pacjent wnosi do Komisji Lekarskiej powoływanej i działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta za pośrednictwem tego ostatniego.

II

Druga część ustawy, poczynając od rozdziału 12 poświęcona jest sposobowi powoływania, zadaniom oraz kompetencjom Rzecznika Praw Pacjenta.

Rzecznik jest centralnym organem administracji rządowej. Powołuje go, odwołuje i sprawuje nadzór na jego działalnością Prezes Rady Ministrów. Kandydatów na Rzecznika wyłania w drodze publicznego konkursu zespół powołany przez ministra właściwego ds. zdrowia.

Zespół przedstawia Prezesowi Rady Ministrów nie więcej niż trzech kandydatów. Wyniki naboru mają charakter jawny i są ogłaszane w Biuletynie Informacji Publicznej.

Powołany przez Prezesa Rady Ministrów Rzecznik Praw Pacjenta swoje zadania wykonuje przy pomocy Biura RPP oraz nie więcej niż dwóch zastępców – powoływanych na wniosek Rzecznika przez Prezesa Rady Ministrów; jeden z nich musi posiadać wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych. Organizację Biura i sposób działania Rzecznika określa statut nadany w drodze rozporządzenia przez Prezesa Rady Ministrów. Pracownikami Biura są również Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Rzecznik raz w roku przedstawia sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta, które Rada Ministrów wraz ze swoim stanowiskiem przedkłada następnie Sejmowi.

Do zakresu działania Rzecznika Praw Pacjenta (art. 47) należy:

1. prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
2. prowadzenie postępowań w trybie art. 50-53;
3. w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55;

4. opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
5. występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;
6. opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
7. współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
8. przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
9. współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
10. analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
11. wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

2. Organy i instytucje, do których Rzecznik zwrócił się z wnioskami określonymi w ust. 1 pkt 5 i 8, są obowiązane ustosunkować się do tych wniosków w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.

Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające jeśli poweźmie informację o naruszeniu praw pacjenta na wniosek, który jest wolny od opłat; Rzecznik może także wszcząć postępowanie z własnej inicjatywy.

Rzecznik prowadząc postępowanie może to zrobić samodzielnie, może zwrócić się o wyjaśnienia do właściwych organów (np. prokuratury, kontroli państwowej, zawodowej lub społecznej). Rzecznik ma ponadto prawo zbadania sprawy nawet bez uprzedzenia, na miejscu. Może żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy prowadzonej przez m.in. naczelne i centralne organy administracji rządowej, organizacje pozarządowe, samorządy terytorialne i medyczne. Co ważne – może też żądać przedłożenia informacji o stanie sprawy prowadzonej przez sądy, a także prokuraturę i inne organy ścigania oraz żądać wglądu na miejscu do akt sprawy. Rzecznik ma prawo odmówić ujawnienia danych osobowych pacjenta, jeśli służy to ochronie praw tego ostatniego.

W sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta ważnym uprawnieniem Rzecznika jest to, że z urzędu lub na wniosek strony może żądać wszczęcia postępowania oraz brać udział w toczącym się postępowaniu – na prawach przysługujących prokuratorowi.

W rozdziale 13 – Postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów – znajdziemy definicję takich praktyk (np. nielegalny strajk w placówce służby zdrowia) oraz uprawnienia Rzecznika do wszczęcia postępowania w razie ich zaistnienia. W przypadku wydania przez Rzecznika decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje on jej zaniechania lub usunięcie skutków w określonym terminie. Na decyzję Rzecznika przysługuje skarga do Sądu Administracyjnego.

Rzecznik w razie stwierdzenia praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów ma prawo decyzją nałożyć na podmiot udzielający świadczeń albo organizatora strajku karę do wysokości 500.000 zł. Karę do wysokości 50.000 zł może również nałożyć na podmiot, który na żądanie Rzecznika nie przekazał w stosownym terminie dokumentów w postępowaniu o stosowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta.

mgr Mariola Kasprzak

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

ASPEKT PRAWNY BEZPIECZEŃSTWA DZIECKA W SZPITALU

Pielęgniarka, położna w trakcie realizacji zadań zawodowych na rzecz pacjentów – również dzieci ponosi odpowiedzialność określoną przez:

- przepisy regulujące wykonywanie zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, a to ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej wraz z przepisami wykonawczymi oraz Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003r.;
- Kodeks Pracy;
- Kodeks Karny;
- Kodeks Cywilny;
- Regulaminy zakładowe;
- Zakresy obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności na stanowisku pracy;
- Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej;

Pielęgniarki podlegają regułom prawnym i moralnym na zasadzie powszechności i za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność:

- karną
- cywilną
- materialną
- służbową
- zawodową
- etyczną/moralną

W zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność za:

- zawinione naruszenie zasad wykonywania zawodu
- postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej

- naruszenie praw pacjenta
- naruszenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej

W związku z naruszeniem zasad odpowiedzialności zawodowej postępowaniem wyjaśniającym objęto następujące sprawy:

- omyłkowe podanie w iniekcji kilkakrotnie większej dawki leku niż w zleceniu lekarskim;
- nieprawidłową pielęgnację dziecka, która mogła się przyczynić do złamania kończyny górnej
- oparzenie noworodka na oddziale położniczo-noworodkowym;
- podania leku bez zlecenia lekarskiego przez położną podczas porodu;
- śmierć noworodka na oddziale położniczo-noworodkowym;
- współudział w aborcji;
- rażące zaniedbania w pielęgnacji noworodka podczas hospitalizacji na dwóch oddziałach, które mogło przyczynić się do powstania zakażenia szpitalnego oraz złamania kończyny dolnej;
- publiczne zniesławienie matki dziecka przez pielęgniarki;
- obcięcie opuszki palca w związku z usuwaniem pozostałości strzępków martwiczych skóry – na ustne zlecenie lekarskie;
- nieuwaga personelu medycznego podczas porodu skutkująca upadkiem noworodka na podłogę;
- podważanie przez pielęgniarkę autorytetu / pozycji zawodowej lekarza;

W skali rozpoznawanych spraw przedawkowanie leków jest najczęstszym błędem popełnianym przez pielęgniarki i położne w praktyce zawodowej. Należy zatem zastanowić się nad przyczyną zaistniałego stanu i wyciągnąć odpowiednie wnioski.

Istnieje szeroki wachlarz przyczyn poza zawinieniem pielęgniarki. Podstawowe przyczyny wykroczeń zawodowych:

- brak odpowiednich warunków pracy oraz sprzętu do realizacji zadań zawodowych,
- nieprzestrzeganie formalnych reguł w wykonywaniu czynności zawodowych,
- lekceważenie zasad i procedur postępowania,
- rutynowe podejście do pacjenta,
- niewłaściwa postawa pracowników służby zdrowia wobec pacjentów,

- brak wiedzy i świadomości zachowań etycznych,
- nieprawidłowa współpraca w zespole terapeutycznym,
- nieprawidłowo określone zadania i obowiązki pracowników na stanowiskach pracy,
- brak jasno sprecyzowanych zakresów obowiązków i odpowiedzialności na stanowisku pracy,
- przeciążenie pracą, niedobory w zatrudnieniu / brak prawidłowo określonych etatyzacji na stanowiskach pielęgniarek i położnych,
- przyjmowanie do wykonania wielu obowiązków ze świadomością niemożności ich wykonania,
- obawa przed utratą pracy, złą oceną kierownictwa,
- niewłaściwa organizacja świadczeń pielęgniarских,
- niewłaściwa organizacja pracy i sposób kierowania zespołem,
- niedostateczny poziom wiedzy i umiejętności zawodowych,
- brak znajomości procedur i standardów postępowania,
- lekceważenie i nieprzestrzeganie praw pacjenta,
- ograniczenie liczby personelu pomocniczego (pielęgniarki wykonują czynności porządkowe i inne...),
- niesprawność kierowania zespołami pielęgniarскими, zła organizacja pracy,
- drastycznie pogarszające się warunki wykonywania pracy ze względu na zmniejszenie liczby pielęgniarek i położnych (przeciążenie pracą),
- brak udziału pracodawców w finansowaniu kształcenia i doskonalenia podyplomowego i brak możliwości oddelegowania pracownika w ramach urlopu szkoleniowego (niemożność podnoszenia kwalifikacji),
- zakłócenia w funkcjonowaniu innych oddziałów organizacji.

Przykłady wykroczeń zawodowych w oparciu o pracę Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych dotyczące wykroczeń wobec dzieci:

AKTY PRAWNE:

- Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
- Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003r.;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1993 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.

mgr Dorota Milecka

Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
dla województwa dolnośląskiego

STAN PIEŁĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO NA PODSTAWIE KONTROLOWANYCH ODDZIAŁÓW DZIECIĘCYCH

Przedmiotem analizy były kontrolowane oddziały pediatryczne na terenie woj. dolnośląskiego w latach 2007 – 2010, na terenie Dolnośląskiej, Wałbrzyskiej oraz Jeleniogórskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Analiza została przeprowadzona na podstawie protokołów kontrolnych sporządzonych w trakcie kontroli. Przedmiot kontroli dla wszystkich kontrolowanych oddziałów był ujednolicony i obejmował:

1. Kwalifikacje personelu pielęgniarzkiego
2. Zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień personelu pielęgniarzkiego
3. Zakres i rodzaj świadczeń, zapobiegających, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego
4. Zapotrzebowanie na kształcenie podyplomowe personelu pielęgniarzkiego
5. Liczba zatrudnionych pielęgniarek
6. Metoda szacowania zapotrzebowania na opiekę pielęgniarzką
7. Warunki do udzielania świadczeń zdrowotnych – baza lokalowa oraz wyposażenie oddziału
8. Prowadzenie dokumentacji medycznej
9. Przestrzeganie praw pacjenta
10. Metody zapewniania jakości usług medycznych
11. Zgodność postępowania pielęgnacyjnego z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków
12. Aktywność zawodowa personelu pielęgniarzkiego
13. Dostępność w Oddziale Karty Praw Pacjenta, Informatora dla pacjenta i opiekunów, Europejskiej Karty Dziecka w Szpitalu, Karty praw dziecka – UNICEF, Zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.

14. Dostępność na Oddziale dokumentów wymienionych w Stanowisku Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa, skierowanym o konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa oraz kadry zarządzającej w pielęgniarstwie.
15. Wykaz dokumentów niezbędnych do przedstawienia podczas kontroli przeprowadzanej przez konsultantów wojewódzkich w dz. pielęgniarstwa oraz konsultanta krajowego w dz. pielęgniarstwa

L.P.	Rodzaj dokumentu
1.	Zakresy odpowiedzialności dla kluczowych stanowisk w szpitalu w obszarze pielęgniarstwo
2.	Dokumentacja potwierdzająca współuczestnictwo kierujących działami (w obszarze pielęgniarstwo) w planowaniu , jakości i kosztu świadczeń
3.	Analiza aktualnych i pożądaných potrzeb sprzętowych
4.	Analiza aktualnych i pożądaných potrzeb personalnych
5.	Analiza aktualnych i pożądaných potrzeb szkoleniowych
6.	Opisy stanowisk pracy Opis wymaganych kwalifikacji Zakresy odpowiedzialności
7.	Dokumentacja rocznej oceny pracownika
8.	Program adaptacji pielęgniarki
9.	Procedury postępowania w zakresie zakażeń, dokumentacja z prowadzonych kontroli bieżących pielęgniarki epidemiologicznej, wyposażenie w niezbędny sprzęt w zakresie ochrony przed zakażeniami Procedury ograniczenia ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń szpitalnych u pacjentów, Personelu, Procedury izolacji chorych o podwyższonym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażenia
10.	Raporty z kontroli przeprowadzanych w dni świąteczne , nadzór nad zespołem pielęgniarskim w aspekcie organizacyjnym , przygotowanie kadry kierowniczej pielęgniarskiej (kursy , kwalifikacje)

11.	Informacje na temat kadry pielęgniarskiej w tym szczególnie dowodów szkoleń (z zakresu wykonywanych zabiegów, etyki zawodowej, zakażeń szpitalnych)
12.	Oddziałowe plany szkoleń Plany szkoleń na poziomie zakładu opieki zdrowotnej Budżet szkoleń dla pielęgniarstwa Dokumentacja potwierdzająca przebycie przez każdego pracownika przynajmniej jednego szkolenia w ciągu roku w zakresie I pomocy
13.	Wyniki oceny pracy pielęgniarek w opinii pacjentów, badanie satysfakcji pacjenta
14.	Program bezpiecznego przemieszczania i podnoszenia chorych prze użyciu odpowiedniego sprzętu, Inne programy realizowane w obszarze pielęgniarstwa
15.	Informacje o działalności wewnętrznych zespołów, komisjach w pielęgniarstwie lub zespołach interdyscyplinarnych w których biorą udział pielęgniarki
16.	Standardy określające zawartość dokumentacji medycznej – wykaz dokumentacji pielęgniarskiej Wytyczne określające zawartość rutynowej oceny pielęgniarskiej
17.	Standardy pielęgniarskie (pielęgnacyjne, zabiegowe , inne)
18.	Dokumentacja potwierdzająca dokonywanie analizy dokumentacji medycznej – pielęgniarskiej i wykorzystywanie płynących z niej wniosków
19.	Procedury informowania pacjenta o przysługujących mu prawach
20.	Procedury identyfikacji personelu przez pacjenta
21.	Procedury stosowania wobec pacjenta ograniczeń i izolacji
22.	Procedura zabezpieczania wartościowych przedmiotów pacjenta
23.	Procedury przechowywania leków w oddziale
24.	Procedury postępowania z pacjentem na izbie przyjęć w zakresie: Przyjęć planowych Przypadków nagłych Katastrof

We wszystkich kontrolowanych oddziałach stwierdzono ład organizacyjny, dbałość o przestrzeganie obowiązujących przepisów w sprawowaniu opieki nad dzieckiem w szpitalu oraz miłą atmosferę w oddziale zarówno wśród pracowników jak i życzliwość oraz troskliwość personelu wobec pacjentów i ich opiekunów. Pragnę podkreślić moje uznanie dla personelu pielęgniarского oraz Pielęgniarek Oddziałowych, ponieważ w trakcie kontroli widoczne było ogromne zaangażowanie personelu w działania na rzecz małego pacjenta i jego bliskich. W celu dalszego podnoszenia jakości świadczonych usług w zakresie opieki nad dzieckiem w zaleceniach pokontrolnych wskazywane były obszary wymagające wprowadzenia zmian. Zalecenia wydane przez konsultanta w dziedzinie piel. pediatrycznego wynikały z obowiązujących przepisów w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarki, prowadzenia dokumentacji, praw dziecka , a także obejmowały zalecenia w zakresie organizacji opieki nad dzieckiem i jego bliskimi w szpitalu. Wszystkie wydane zalecenia zostały zrealizowane lub są w trakcie realizacji.

Szczegółowe dane dotyczące kontrolowanych oddziałów wraz z podaniem najczęściej występujących problemów i zaleceń zostaną przedstawione w trakcie konferencji.

Praca zbiorowa pod redakcją mgr Małgorzaty Szypskiej
nauczycielki Zespołu Szkół nr 13 we Wrocławiu, przy ulicy Wołowskiej 9

Wykład wygłosi mgr Małgorzata Nowak

NAUKA I ZABAWA W TRAKCIE POBYTU DZIECKA W SZPITALU. FUNKCJA SZKOŁY W PROCESIE HOSPITALIZACJI

Tradycje szkolnictwa przyszpitalnego w Polsce są bardzo bogate. Początki pracy rewalidacyjnej z dziećmi chorymi są nierozdzielnie związane z całą historią polskiej pediatrii. Szkoły przyszpitalne istnieją od początku XX wieku, ale wyraźny rozkwit szkolnictwa leczniczego przypada na lata pięćdziesiąte poprzedniego wieku.

Wrocławskie szkolnictwo szpitalne rozwija się już od ponad 60 lat. Pierwsza szkoła przyszpitalna w powojennej Polsce powstała właśnie we Wrocławiu w 1957 roku w Szpitalu Dziecięcym im. Korczaka. Jednym z dwóch zespołów szkół działających obecnie w placówkach szpitalnych jest Zespół Szkół nr 13 mający swoją główną siedzibę przy ulicy Wołowskiej 9. Obejmuje swoim zasięgiem:

- Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy przy ulicy Wołowskiej,
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego – oddziały dziecięce przy ulicy Kasprzowicza,
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny przy ulicy Kamińskiego,
- Klinikę Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej przy ulicy Bujwida,
- Szpital Kliniczny nr I przy ulicy Chałubińskiego.

Opieka dydaktyczno-wychowawcza skierowana jest do dzieci i młodzieży na trzech poziomach obowiązkowej edukacji szkolnej: klasy 0-III i IV-VI szkoły podstawowej oraz I-III gimnazjum.

Pracownicy zatrudnieni w zespole szkół to nauczyciele poszczególnych przedmiotów oraz wychowawcy (mający wykształcenie wyższe w swojej

specjalności), ale przede wszystkim osoby, które ukończyły studia podyplomowe z zakresu pedagogiki leczniczej – czyli specjaliści dobrze znający problemy dzieci przewlekle chorych. Pedagodzy bardzo dbają o to, aby dzieci w kontakcie z nauczycielem czuły się bezpiecznie. Starają się zrobić co w ich mocy, aby uczniowie jak najmniej tęsknili za domem. Praca w szkole przyszpitalnej wiąże się ze stałym przemieszczaniem się w obrębie kilku szpitali często rozsianych po całym mieście. Większość pracowników szkoły w ramach swojego etatu pracuje w 3 lub 4 szpitalach. Nauczyciele mają jednak dość energii i zapału, aby oprócz zajęć dydaktycznych przygotowywać przedstawienia teatralne dla naszych uczniów. Dzięki Teatrowi Nauczycielskiemu, który prezentuje się zawsze w Dniu Dziecka, możemy pokazać naszym podopiecznym, że radość można czerpać nie tylko z brania, ale i dawania ciepła innym.

Podstawową funkcją szkoły przyszpitalnej jest zapewnienie uczniom-pacjentom możliwości korzystania z prawa do nauki. Nauczyciele starają się poświęcić jak najwięcej czasu szczególnie tym dzieciom, które przez różne dolegliwości, od dłuższego czasu nie mogły uczęszczać do szkoły i mają spore zaległości w nauce.

Z punktu widzenia dydaktycznego w pełni przejmujemy funkcję szkół macierzystych, zapewniając dzieciom naukę wszystkich przedmiotów, umożliwiając im uczestniczenie w przewidzianych w systemie edukacji sprawdzianach ogólnokrajowych oraz klasyfikując je do następnej klasy. Pomimo hospitalizacji zapewniamy ciągłość nauki, a tym samym zapobiegamy lękom jakie pojawiają się u chorych dzieci w związku z długą nieobecnością w szkole.

W procesie nauczania nauczyciele stosują pełną indywidualizację. Starają się dostosować zajęcia do aktualnych możliwości psychofizycznych ucznia. Szkoła pracuje w systemie małych zespołów klasowych. Daje szansę wyrównania zaległości w nauce, usprawnienia zaburzonych funkcji percepcyjnych, opanowania treści, które dotąd sprawiały uczniom problemy. Nauczyciele stosują różnorodne metody aktywizujące uczniów oraz wykorzystują podczas lekcji najnowocześniejsze środki nauczania; korzystają z atrakcyjnych pomocy uniijnych i tych przez lata gromadzonych przez szkołę. Stale się doksztalcają, uczestniczą w licznych szkoleniach, aby jak najlepiej służyć swoim uczniom-pacjentom. Dzięki temu mamy w naszym gronie osoby wyspecjalizowane w zakresie oligofrenopedagogiki, tyflopädagogiki, logopedii, terapii pedagogicznej itd.

Obok dydaktyki niezwykle ważna jest praca terapeutyczna i wychowawcza. Każdemu choremu uczniowi stwarzamy szansę odniesienia sukcesu,

umożliwiając mu udział w konkursach organizowanych przez środowisko lokalne oraz naszą placówkę. W ten sposób budujemy w nich poczucie własnej wartości i pomagamy przetrwać najtrudniejsze chwile związane z chorobą.

Podczas zajęć wychowawczych stwarzamy dzieciom jak najlepsze warunki do zabawy, nauki i rekreacji w szpitalu. Świetlice na oddziałach wyposażone są w dużą ilość gier planszowych, biblioteczkę, sprzęt audiowizualny. Wychowawcy dbają o to, aby angażować dzieci do tworzenia prac plastycznych. Podczas tego typu zajęć dzieci rozwijają swoje zdolności manualne i estetyczne, poznają różne techniki artystycznego wyrazu – ich prace ozdabiają szpitalne korytarze, często także biorą udział w aukcjach charytatywnych. Wielokrotnie były publikowane w formie kalendarzy okolicznościowych.

Szkoła szpitalna spełnia bardzo ważną funkcję terapeutyczną. Przejawia się ona zarówno w życzliwym stosunku nauczyciela do ucznia, tak bardzo potrzebnym przy likwidowaniu lęków czy zaburzeń emocjonalnych, jak i w ocenie stawianej nie tylko za osiągnięcia, ale także za małe postępy, pracę i wytrwałość. Dużą rolę w szkole odgrywa arteterapia realizowana na muzyce, plastyce, języku polskim i zajęciach teatralnych oraz biblioterapia, która ma nieoceniony wpływ na poprawę stanu psychofizycznego dziecka. Wykorzystywanie książek i czasopism jako pomoc terapeutyczna zostało na stałe wpisane nie tylko w plan działań szkolnej biblioteki. Podczas zajęć wychowawczych również inni nauczyciele sięgają po bajkoterapię jako świetną metodę relaksacyjną i pomoc w rozwiązywaniu niektórych problemów naszych podopiecznych.

Możliwość wyrażenia swoich emocji przez wszelkiego rodzaju sztukę jest od dawna sprawdzoną metodą pracy z dzieckiem przewlekle chorym. Satisfakcja z występu, wystawy swoich prac czy upowszechnienie twórczości, np. w formie przedstawienia teatralnego, czy kalendarza z rysunkami dzieci niejednokrotnie staje się załącznikiem wiary we własne możliwości. Pokazuje inny, lepszy świat. Choroba, ból, lęk przesuwają się wtedy na drugi plan. Wymierną oceną starań i umiejętności naszych nauczycieli i wychowawców są coroczne spotkania z absolwentami Dziennego Oddziału Psychiatrii i Zaburzeń Mowy przy ul. Wołowskiej. Jeśli po latach uczniowie nadal przychodzą do naszej placówki i mają ochotę spotkać swoich pedagogów, chwalą się sukcesami, opowiadają o trudnościach, to znaczy, że na pewnym etapie życia tych młodych ludzi byliśmy im bardzo potrzebni i odegraliśmy znaczącą rolę. Szkoła przyszpitalna zapewnia ciągłość edukacji podczas leczenia, zapobiega wyalienowaniu dziecka poza uczniowską społeczność, stanowi integralną część procesu powrotu do zdrowia.

WOLONTARIUSZE NA RZECZ DZIECI

W Polsce według różnych grup szacunkowych jest od 2 do 5 milionów wolontariuszy. Według Ustawy z dnia 23 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie: wolontariuszem jest ten, kto dobrowolnie i świadomie, oraz bez wynagrodzenia angażuje się w pracę na rzecz osób, organizacji pozarządowych, a także rozmaitych instytucji działających w różnych obszarach społecznych, wykraczając poza więzi koleżeńsko-rodzinne.

Pojęcie wolontariatu jest tak stare, jak sama ludzkość. Na początku nie miało ono ram instytucjonalnych, z czasem zaistniało w organizacjach kościelnych, samopomocowych, a wreszcie pozarządowych. Działalność społeczna w Polsce notowana jest od momentu przyjęcia chrztu przez Mieszka I w 966 r. kiedy to zaczęli napływać do nas duchowni z innych krajów stopniowo wprowadzając modele zachodnich instytucji charytatywnych. Według niektórych źródeł, za najstarszą instytucję charytatywną uważany jest założony przez fundację biskupią w 1108 r. szpital we Wrocławiu. Pomimo tak długiej tradycji, wolontariat jest w Polsce zjawiskiem znacznie mniej powszechnym, niż w krajach zachodnich. Jedną z przyczyn może być to, że jeszcze do tej pory działalność taka utożsamiana jest z „czynem społecznym”, który był popularny w powojennej Polsce i nie miał wiele wspólnego z rzeczywistą pomocą a raczej z demonstracją ludu pracującego miast i wsi. Dopiero przełom, który nastąpił w 1989 roku, pozwolił na nowo zdefiniować pojęcie wolontariatu i przywrócić sens takiej działalności. Jednakże zanim wolontariusze weszli do szpitali i oddziałów dziecięcych musiało upłynąć jeszcze sporo czasu. Strach przed szerzeniem się drobnoustrojów chorobotwórczych i przyzwyczajenia z poprzednich lat ograniczające dostęp do dzieci samym rodzicom powodowały, że wolontariusze do takich placówek zaglądali bardzo rzadko. Dopiero koniec lat 90-tych spowodował,

że doświadczenia zebrane w innych krajach zostały przeszczepione na nasze warunki i zaczęto widywać wolontariuszy w szpitalach dziecięcych. Obecnie jest szereg fundacji i organizacji pożytku publicznego, które w swoim statusie mają zapisaną działalność na rzecz chorych i cierpiących dzieci opartą na wolontariacie. W niniejszym opracowaniu nie sposób wymienić wszystkich organizacji ale przedstawię kilka działających we wrocławskich szpitalach.

Fundacja *Dr Clown*

Fundacja założona została w latach 60-tych przez amerykańskiego lekarza Huntera Cambella Adamsa, który popularyzował ideę terapii śmiechem. W przebraniu klauna rozweselał pacjentów w szpitalu. Głęboko wierzył, że zadaniem lekarza nie jest jedynie leczenie, ale również podnoszenie jakości życia w każdej sytuacji zdrowotnej. Od 1999 roku terapia śmiechem realizowana jest w Polsce, przez pracowników i wolontariuszy Fundacji „Dr Clown”. Obecnie na terenie naszego kraju istnieją 22 Przedstawicielstwa Fundacji, działające na terenie różnych miast, również we Wrocławiu.

Zadaniem Fundacji jest pomaganie chorym dzieciom przebywającym głównie w szpitalach ale i innych placówkach. Wizytówką są wolontariusze i animatorzy – „doktorzy clowni”, występujący w kolorowych strojach, maskażu i z charakterystycznym czerwonym noskiem. Swoim strojem, zachowaniem i magicznymi pokazami likwidują stres, napięcie i poczucie izolacji u małych pacjentów. Oddział we Wrocławiu powstał w 2001 roku i nieprzerwanie niesie uśmiech wszystkim potrzebującym dzieciom. Do placówek, które są objęte nieustanną pieczą animatorów i wolontariuszy należą:

- Dolnośląskie Centrum Pediatrii im. J. Korczaka
- Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej przy ul. Bujwida 44 we Wrocławiu
- Szpital im. Tadeusza Marciniaka przy ul. Traugutta

Fundacja *Mam Marzenie*

Miejscem założenia Fundacji Mam Marzenie jest Kraków. Powstała ona w 2003 roku z inicjatywy Piotra Piwowarczyka, wzorując się na organizacji amerykańskiej zajmującej się podobną działalnością. Jej funkcjonowanie opiera się wyłącznie na pracy wolontariuszy. Obecnie na terenie Polski istnieje 16 oddziałów obejmujących swym zasięgiem cały obszar państwa. Zadaniem fundacji jest spełnianie marzeń dziecięcych w przedziale wiekowym od 3 do 18 lat, które cierpią na chorobę zagrażającą życiu. Dziecko

samodzielnie powinno określić swoje marzenie, a zadaniem wolontariuszy jest dopilnowanie aby na taką decyzję nie miały wpływu inne osoby, włączając w to rodziców. Szansę mają również dzieci, które nie są w stanie werbalnie przekazać swojej prośby. W takich przypadkach w podjęciu decyzji pomaga dziecięcy psycholog lub inna kompetentna osoba. Marzenia dzieci są bardzo różne, ale najczęściej dotyczą sprzętu elektronicznego (laptopy, konsole do gier, kino domowe, lustrzanka cyfrowa), wyjazdu do Disneylandu, oceanarium, spotkania z ulubionym zespołem muzycznym, drużyną sportową, aktorami lub całkiem prozaiczne – wyremontowanie pokoju, postawienie huśtawki, kupno rowerka. Można pomyśleć, że bez tych wszystkich przyjemności chore dziecko może się obejść, a zaoszczędzone pieniądze można wydać na inne potrzeby, ale należy pamiętać, że są to marzenia dzieci bardzo ciężko chorych i często jest to ostatnia przyjemność jakiej mogą zaznać. Takie sytuacje pomagają zapomnieć o bólu, strachu, uciążliwych procedurach medycznych i wzmacniają chęć walki z chorobą i wolę życia. Dają również rodzicom poczucie, że ich dziecko jest ważne a jego uśmiech bezcenny. W województwie wrocławskim Fundacja Mam Marzenie spełniła już 271 dziecięcych pragnień, ale na realizację czeka jeszcze 44.

Placówką wrocławską, która jest najczęściej odwiedzana przez wolontariuszy fundacji jest Klinika Transplantacji Szpiku, Hematologii i Onkologii Dziecięcej, ale także Wrocławskie Hospicjum Dla Dzieci, czy Klinika Nefrologii Pediatricznej. W bieżącym roku w województwie wrocławskim zostało spełnionych już 21 dziecięcych marzeń.

Fundacja „ABCXXI - Cała Polska czyta dzieciom”

Zadaniem fundacji utworzonej w 1998 roku jest wspieranie zdrowia psychicznego, umysłowego i moralnego dzieci i młodzieży. 1 czerwca 2001, Fundacja zainaugurowała kampanię społeczną „Cała Polska czyta dzieciom”, której celem jest stymulowanie wszechstronnego rozwoju dzieci poprzez systematyczne czytanie. Naukowcy udowodnili, że również dzieci niepełnosprawne i chore dzięki czytaniu znacznie lepiej się rozwijają, potrafią rozumieć otaczający je świat i lepiej radzą sobie w sytuacjach trudnych. Czytanie jest formą mądrego kontaktu z dzieckiem i doskonałą metodą wychowawczą, jest również alternatywą dla TV i gier komputerowych tak powszechnych w szpitalach dziecięcych. Nadmiar mediów elektronicznych powodują, że coraz więcej dzieci ma problemy emocjonalne i coraz gorzej zna polski język literacki. W ramach Kampanii organizowane są na oddziałach pediatricznych wspólne czytanie bajek przez wolontariuszy i dzieci. Wolontariuszami są

nie rzadko osoby sławne i znane, przedstawiciele branży rozrywkowej, sportowcy i politycy różnego szczebla co dodatkowo uatrakcyjnia tę Kampanię.

Aktorzy, sportowcy i osoby znane z życia publicznego

W szpitalach i na oddziałach dziecięcych coraz częściej można spotkać osoby znane z TV i gazet. Jako wolontariusze przychodzą oni na spotkanie z dziećmi, aby porozmawiać, pobawić się z nimi, rozdać autografy i pozować do wspólnych zdjęć. Takie spotkania są często dla małych pacjentów powodem do dumy i tematem wielu rozmów przez długi czas. Dzieci często tworzą własne albumy z fotografiami sławnych ludzi i w momentach trudnych stanowią one niezwykle cenne źródło wsparcia.

Artyści plastycy

Wiele dziecięcych oddziałów swój barwny wystrój zawdzięcza wolontariuszom uzdolnionym plastycznie, którzy z poświęceniem ozdabiają puste i smutne ściany kolorowymi rysunkami barwnych postaci znanych dzieciom. Leżąc w łóżku taki widok często poprawia nastrój i powoduje, że dzieci nie czują się takie samotne.

Nie można również pominąć harcerzy, dzieci, młodzież i studentów z Dolnego Śląska, które często dając koncerty, przedstawienia teatralne i poprzez zbiórki charytatywne włączają się czynnie w wolontariat na rzecz chorych dzieci. Dzięki pomocy studentów wrocławskiego AWF, już po raz trzeci odbyły się Onkoigrzyska dla dzieci z chorobą nowotworową.

ADRESY FUNDACJI:

- Fundacja *Mam Marzenie*
ul. Św. Krzyża 7, 31-028 Kraków
tel/fax: 12 426 31 11, e-mail: fundacja@mammarzenie.org
- Fundacja *Dr Clown*
ul. Goszczyńskiego 9, 02-610 Warszawa
tel: 22 844 84 03, fax: 22 844 81 00
- Fundacja „ABCXXI - Cała Polska czyta dzieciom”
ul. Rosoła 44a, 02-786 Warszawa
tel: 22 648 38 91, fax: 22 648 38 92, e-mail: fundacja@cpcd.pl

BŁĘDY JATROGENNE W OPIECE NAD DZIECKIEM. KOMUNIKOWANIE SIĘ W SYTUACJACH KONFLIKTOWYCH

Na stan psychiczny pacjenta wpływ mają czynniki jatropatogenne, zwane także błędami jatrogennymi. Są to sposoby zachowań lekarza, pielęgniarki lub innego pracownika służby zdrowia, które to zachowania wpływają szkodliwie na stan zdrowia człowieka.

Charakteryzują się biologicznym podejściem do pacjenta, nieuwzględnieniem w procesie leczenia jego potrzeb i przeżyć psychicznych, przedmiotowym traktowaniem.

Przedmiotowo traktujące pacjenta osoby personelu medycznego wyznają pogląd, że im mniej wie pacjent o negatywnych aspektach choroby, tym lepiej dla jego samopoczucia lub, że pacjent nie jest w stanie zrozumieć istoty procesu leczenia, działania leków, czy stosowanych zabiegów.

Dobra komunikacja jest szczególnie ważna, gdy pacjentem jest dziecko. Brak rozmowy z dzieckiem na temat czekających je w szpitalu zabiegów, nieprzygotowanie psychiczne do ograniczeń ruchowych stosowanych w leczeniu mogą zwiększyć jego przeżycia stresowe.

Zdarza się, że pielęgniarki zawężają informację do aspektów medycznych i instrumentalnych, nie wprowadzają kontekstu terapeutycznego, łagodzącego lęk dziecka przed czekającym go zabiegiem.

Każdy pacjent jest wrażliwy na wypowiedzi personelu i jeśli nie jest należycie informowany o chorobie, to stara się nawet z oderwanych słów, niedomówień i gestów wyczytać prawdziwą opinię o chorobie.

W zakresie diagnozy i leczenia często dochodzi u dzieci do negatywnych doznań emocjonalnych i fizycznych. Brak psychicznego przygotowania do

zabiegu (potrzeba pobrania krwi, założenia wkłucia) może być przyczyną bolesnych przeżyć, oraz powoduje nerwowe zachowania obronne i lęk.

Postępowanie takie wpływa negatywnie na poczucie bezpieczeństwa i powoduje utratę zaufania do personelu medycznego. Po takim doświadczeniu dziecko przed następnym działaniem diagnostyczno – terapeutycznym domaga się przeprowadzenia rozmowy. Oczekuje od personelu jasnych i wyczerpujących informacji dotyczących celu i przebiegu leczenia.

Wysoce jatrogenne jest dla dzieci przebywanie wiele dni w monotennie urządzanej sali szpitalnej, w której skazane są na wielogodzinne leżenie w łóżku. Nie zawsze personel rozumie, że skazanie dziecka na bezczynność i nudę wpływa na jego samopoczucie, źle służy jego leczeniu i może powodować u niego różne dodatkowe zaburzenia natury psychosomatycznej, jak: brak apetytu, bezsenność, płaczliwość, napady złości, agresji, czy oporu wobec poleceń lekarzy i pielęgniarek. Sytuacje zwykle pogarszają błędy jatrogenne popełnione przez personel, jak np. przełamywanie przemocą oporu dziecka w czasie karmienia czy zabiegu, zawstydzanie i karmienie siłą, straszaniem go dodatkowym zabiegiem, czy dłuższym pobytem w szpitalu.

Stworzenie dziecku przebywającemu w szpitalu warunków do aktywności na miarę jego możliwości wysiłkowych wpływa korzystnie na samopoczucie, zmniejszając koncentrację na chorobie, łagodzi odczucia bólowe i rozładowuje napięcia emocjonalne.

Oddziały dziecięce w szpitalach powinny być wyposażone w zabawki i pomoce do różnych gier i zajęć odpowiednich do wieku dziecka i ich ograniczonych możliwości wysiłkowych związanych z chorobą i stosowanym leczeniem.

Jeżeli chodzi o dobrą komunikację pacjent – personel w oddziale w którym pracuje w Oleśnicy staramy się swoją postawą, gestami, uśmiechem, rozmową tłumaczeniem celowości danego badania z zachowaniem zasad intymności i poszanowania godności w trakcie wykonywania tego badania, zminimalizować stres związany z pobytem w oddziale.

Rodzice jak i opiekunowie dziecka mogą przebywać ze swoim dzieckiem przez całą dobę i towarzyszyć mu w trakcie badania. Uważamy, że stan psychiczny rodzica, jego spokój, wiara w profesjonalizm zespołu terapeutycznego przenosi się na spokój dziecka.

Sale na których leżą pacjenci są kolorowe, na ścianach znajdują się motywy bajkowe. Jest też dostępność do książek, bajek, zabawek, gier i telewizji. Jako oddział uczestniczymy w różnych programach jak np. „ Motylkowe Szpitale dla Dzieci”, „PHU Promyczek” – pomoc dzieciom.

Dzięki współpracy w Telekomunikacja Polską w ramach akcji „Telefon do mamy” mali pacjenci mają stały bezpłatny kontakt telefoniczny z rodzicem lub opiekunem.

Bierzemy udział w różnych konkursach rysunkowych.

W ankietach badających satysfakcję pacjenta przeprowadzonych w 2009 roku wśród rodziców i dzieci w wieku od 14-18 r. ż. na pierwszym miejscu podkreślana jest miła, serdeczna atmosfera, opiekuńczość, życzliwość zatrudnionego personelu.

Staramy się pracować zgodnie z misją szpitala „ Zdrowie Pacjenta Najwyższym Celem” i poprzez dobrą komunikację z chorym dzieckiem i jego rodziną eliminujemy błędy jatrogenne w zachowaniu personelu.

PIŚMIENNICTWO:

Grażyna Cepuch, Krystyna Twarduś *Diagnozowanie i leczenie dziecka hospitalizowanego, a problem jatropatogenii*

prof. hab. Aleksandra Maciarz Kwartalnik pedagogiczno – terapeutyczny nr 3-4/2001 „Nasze Forum Hospitalizacja – jej przemiany i zagrożenia dla rozwoju dziecka”

Dorota Pustuł

mgr surdopedagogiki i oligofrenopedagogiki, terapeuta SI
Dolnośląski Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 12
dla Niesłyszących i Słabosłyszących
Przychodnia Rehabilitacji Dzieci przy WZSOZ we Wrocławiu

DZIECKO Z DYSFUNKCJĄ SŁUCHU W SZPITALU

Choroba jest tą szczególną sytuacją, która dezorganizuje unormowany za-
zwyczaj tryb życia dziecka i ogranicza znacznie możliwość jego dotychczas-
wej aktywnej działalności. Niemal każdą chorobę cechuje konieczność ogra-
niczenia aktywności ruchowej oraz stosowanie wielu zakazów i nakazów.

Problem narasta, gdy konieczna jest hospitalizacja. Oderwanie dziecka
od rodziny, przeniesienie do zupełnie nowego, obcego środowiska rzeczy
i ludzi, zmiana trybu życia, konieczność przystosowania się do nowej sytu-
acji wpływają na stan psychiczny dziecka i wpływają na proces jego lecze-
nia.

Proces adaptacji w nowych warunkach jest na pewno trudniejszy dla dzieci
z deficytami zmysłów.

**Zmysł słuchu należy do tych źródeł informacji i kontaktu ze światem,
który po wzroku przynosi największą ilość informacji.**

Dziecko niesłyszące nie odbiera dźwięków ze świata otaczającego i może
do pewnego stopnia kompensować to sobie wzrokiem, ale bez pełnej moż-
liwości poznania świata za pomocą słów nie jest mu łatwo orientować się
w otaczającej go, nowej rzeczywistości. Dziecko zmysłem wzroku obserwuje
każdą nową sytuację i stara się, korzystając z własnych doświadczeń, doko-
nać wstępnej oceny.

**W procesie tej obserwacji ogromne znaczenie ma obecność osoby bli-
skiej, która jest w stanie porozumieć się z dzieckiem, wytłumaczyć mu
niepokojące go zjawiska.**

Każda nowa sytuacja, której dziecko nie jest w stanie zrozumieć rodzi
w nim poczucie bezradności i lęku. Silne emocje utrudniają rzeczową ocenę

i porozumienie, a w rozwoju dziecka niesłyszącego sfera emocjonalna odgrywa rolę pierwszoplanową.

W nowym środowisku, gdy nie ma możliwości skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego optymalną formą porozumienia będzie zastosowanie elementów totalnej komunikacji, czyli porozumiewanie się przy pomocy dostępnych środków jakimi są:

- ▶ ekspresja słowna (przy zachowaniu formy prostej wypowiedzi)
- ▶ wzrokowa percepcja wypowiedzi (odczytywanie mowy z ust)
- ▶ mimika i pantomima
- ▶ obrazy graficzne

Celem totalnej komunikacji jest danie sobie i dziecku prawa wypowiadania się w sposób spontaniczny, stworzenie wspólnego języka na podstawie języka mówionego, gestów twarzy i ciała ,gwarantujących samozadowolenie i porozumiewanie a w konsekwencji brak poczucia wyobcowania u dziecka.

Podstawą powodzenia takiego porozumienia jest otwartość i porzucenie obaw w kontaktach z osobami niesłyszącymi.

mgr Aneta Kubisa

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

OGÓLNE ASPEKTY OPIEKI NAD DZIEĆMI

Opieka nad dziećmi jest istotnym elementem życia w naszym społeczeństwie. Osoby świadczące tę opiekę powinny być opiekuńcze i pozytywnie nastawione na wykonywanie tych czynności, ponadto powinny zwracać uwagę na poszanowanie indywidualnych potrzeb dzieci. Istotnym elementem opieki są dobre, wzajemne relacje pomiędzy rodzicami a personelem medycznym. Jakość i intensywność bodźców ma ogromny wpływ na rozwój malucha. Zasadniczym źródłem bodźców jest dla dziecka jego najbliższe otoczenie.

Dla noworodka i niemowlęcia ogromne znaczenie ma pielęgnacja. Codzienne karmienie, przewijanie, noszenie, kąpanie dostarcza różnorodnych wrażeń. Zabiegi pielęgnacyjne są świetną formą zabawy z dzieckiem i stymulują jego rozwój. Noworodek ma znakomicie rozwinięty zmysł dotyku, dlatego lubi być noszony, świetnie odbiera pieszczoty i masaż. Pierwsze doznania, które powstają pod wpływem dotykania mają ogromne znaczenie dla rozwijania i kształtowania się wrażliwości dotykowej, umiejętności ruchowych oraz orientacji przestrzennej. Dotyk ma znaczenie dla zdrowia i dobrego samopoczucia malucha. Jednym z podstawowych elementów opieki nad dzieckiem jest podnoszenie, noszenie na rękach. Ruchy te powinny być sprawne i pewne. Ma to wpływ na poczucie bezpieczeństwa u dzieci oraz rozwój emocjonalny podczas bezpośredniego kontaktu z rodzicem. Technikę noszenia, należy dobrać indywidualnie, tak aby dziecko było zrelaksowane i tolerowało sposób trzymania. Kąpiel jest również formą pielęgnacji, która umacnia więzi między dzieckiem a opiekunami. Podczas ubierania,

przewijania malucha, należy zwracać uwagę, aby odczuwało ono swój ciężar ciała na bokach, plecach, brzuchu. Tempo ruchów należy dostosować do reakcji dziecka. Dzięki prostym zabawom dziecko poczuje swoje ciało, rozwinię swoje zmysły.

Podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych rozwijają się więzi rodzinne, które będą procentować w przyszłości dziecka.

PIŚMIENNICTWO:

1. M.Ziemska: *Rodzina i dziecko*. PWN Warszawa 1986, s. 360-400.
2. Twardowska I., Szczapa J.: *Organizacja i zasady opieki nad zagrożonym i chorym noworodkiem*, Łozińska D., Twardowska I.(red.): Neonatologia .PZWL Warszawa 1993, s. 15-16.
3. Szczapa J.: *Ocena stanu ogólnego, zagrożenia oraz dojrzałości noworodków*, Szczapa J.(red.): Neonatologia PZWL Warszawa 2000, s. 13-25.
4. Szreter T. ; Grzywna W.: *Organizacja intensywnej terapii noworodków*, Norska- Borówka I., Szreter T.(red.): Stany nagłe u noworodków. PZWL Warszawa 1993. s. 15-27.
5. Świerkowicz M., Szczapa J. *Transport noworodka*, Szczapa J. (red.): Neonatologia . PZWL Warszawa 2000, s. 648- 656.
6. Norska- Borówka I.: *Żywienie, pielęgnowanie, rehabilitacja*, Norska – Borówka I., Szreter T. (red.): Stany nagłe u noworodków . PZWL Warszawa 1993, s. 280-301.
7. Piotrowski A.: *Niewydolność oddechowa noworodków – zapobieganie i leczenie*. medica Press Bielsko- Biała 1999.
8. Saint- Maurice C., Murat I. Ecoffey C.: *Podręcznik anestezjologii pediatricznej*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Wrocław Warszawa Kraków 1994, s. 47-66.
9. Borkowski W.M., Bacza A., Golańska Ż.: *Opieka pielęgniarska nad noworodkiem*, Medycyna Praktyczna s.c. Kraków 1994, s. 176-195.
10. Borkowski W.: *Techniki najczęściej wykonywanych zabiegów na oddziałach noworodkowych*, Łozińska D., Twardowska I.(red.): Neonatologia PZWL Warszawa 1993, s. 566-573.
11. Kornacka M.: *Wpływ bliskiego kontaktu dziecka z matką krótko po porodzie na późniejsze zachowania noworodka*. Medycyna Praktyczna Pediatra, 2004.

mgr pielęgniarstwa Grażyna Radzioch
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
Ośrodek Badawczo-Rozwojowy

WSPÓŁCZESNE POGLĄDY NA ROLĘ I UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W PROFILAKTYCE ZESPOŁU NAGŁEGO ZGONU NIEMOWLĄT

Zespół Nagłego Zgonu Niemowląt (SIDS Sudden Infant Death Syndrome), znany również jako tzw. śmierć łóżeczkowa występuje na całym świecie. Uwzględniając aktualną wiedzę uznaje się, że najlepszym sposobem zmniejszenia częstości występowania tego zespołu jest upowszechnianie wiedzy o jego czynnikach. SIDS nie jest dosłownym określeniem choroby, czy też zespołu chorobowego, ale rodzajem nagłej, naturalnej i niespodziewanej śmierci dziecka, której przyczyn nie wyjaśnia wywiad chorobowy, okoliczności zgonu ani kompleksowe badania pośmiertne. Jest to zgon małego dziecka w czasie snu, które dotąd przez rodziców i lekarzy uważane było za zdrowe.

W krajach wysokorozwiniętych SIDS stał się główną przyczyną (po wadach wrodzonych) umieralności dzieci w okresie ponoworodkowym. Problem nagłej śmierci dziecka z niewyjaśnionych przyczyn jest przedmiotem zainteresowania zespołów badawczych w wielu krajach. Badania epidemiologiczne obejmujące rodziny, w których wystąpił SIDS, umożliwiły zidentyfikowanie głównych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia nagłego zgonu, jednak przyczyna wciąż nie została jednoznacznie wyjaśniona. Przyjmuje się, że do śmierci łóżeczkowej doprowadzić może jednocześnie zadziałanie niekorzystnych czynników, których „natężenie” przekracza możliwości adaptacyjne organizmu dziecka. Szacuje się, że częstość występowania tego zespołu określa się na 1-3 przypadków/1000 żywo urodzonych noworodków.

W Polsce brak jest jednoznacznych badań epidemiologicznych. Istnieją jedynie fragmentaryczne dane z kilku ośrodków informujące o udziale SIDS wśród przyczyn umieralności niemowląt. Współczynnik zgonów domowych

jest dość wysoki, ale trudno określić, ile z nich spełnia kryteria rozpoznania SIDS, gdzie decyduje wynik badania autopsyjnego dziecka, który pozwala na wykluczenie innych przyczyn zgonu tj. nieszczęśliwy wypadek lub niewłaściwe traktowanie przez rodziców czy też jakąkolwiek chorobę. Śmierć łóżeczkowa najczęściej dotyka niemowlęta między 2. a 6. miesiącem życia, później występuje coraz rzadziej a po upływie 1-go roku życia dziecka nie występuje. Przyczyna, czy też przyczyny wywołujące ten zespół, nie są wciąż znane naukowcom. Jednak to co już zostało odkryte posłużyło do określenia grup zagrożenia i wyłonienia szeregu czynników, które mogą w mniejszym lub większym stopniu wpływać na poziom ryzyka wystąpienia SIDS u danego dziecka a są związane z nim samym, jego rodziną i otoczeniem w jakim przebywa oraz sposobem sprawowania nad nim opieki.

Stwierdzono, że najbardziej narażone są dzieci płci męskiej, niemowlęta których poród miał niewłaściwy przebieg, urodzone w zamartwicy, wcześniaki, noworodki o niskiej masie urodzeniowej, z niską punktacją Apgar i z zaburzeniami oddychania po urodzeniu, dzieci pochodzące z ciąży mnogiej, a także te, u których wystąpiły napady bezdechu lub sinicy bez widocznej przyczyny. Wskazuje się na zależność warunków socjoekonomicznych w rodzinie, poziom wykształcenia rodziców, przemoc w rodzinie, młody wiek matki, jak również to czy w czasie ciąży piła alkohol i paliła papierosy lub zażywała narkotyki. Ponadto istotne znaczenie ma również niewłaściwa opieka przedporodowa (lub jej brak), krótkie okresy między kolejnymi ciążami, samotne wychowywanie dziecka oraz pochodzenie z ubogiego środowiska i rodziny wielodzietnej, czy też patologicznej. Za czynniki związane ze sprawowaniem opieki nad niemowlęciem uznano: ułożenie ciała podczas snu, dbanie o bezpieczne miejsce snu, przegrzewanie, spanie z dzieckiem w jednym łóżku, ekspozycja niemowlęcia na dym tytoniowy, karmienie piersią oraz ochronne działanie smoczka.

W czasie wykładu zostanie przedstawiony obecny stan wiedzy, szeroko pojęta profilaktyka koncentrująca się na przeciwdziałaniu czynnikom, na które mamy wpływ, oraz właściwe działania w postępowaniu pielęgnacyjnym z niemowlęciem.

PIŚMIENNICTWO:

1. Grygalewicz J., Mazurkiewicz H. *Zespół nagłego zgonu niemowląt*. Medycyna Lekarza Pediatri, 2001.
2. Grygalewicz J., *Zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS) na progu nowego wieku: rozdział nadal otwarty*. Medycyna Praktyczna 2002.
3. Wasilewska J., Kaczmarowski M., *Zespół Nagłej Śmierci Niemowlęcia (SIDS) – czynniki ryzyka, na które możemy wpływać. Aktualne wytyczne zapobiegania SIDS*. Wiadomości Lekarskie, 2009.
4. Grygalewicz J., *Wydarzenia jawne zagrażające życiu: ALT i zespół nagłego zgonu niemowląt: SIDS. Dwa różne objawy tej samej choroby?* Pediatria po dyplomie, 2006.
5. Grygalewicz J., *SIDS: ryzyko jeszcze istnieje*. Pediatria po dyplomie, 2004.
6. Wasilewska J., Kaczmarowski M., Jarocka-Cyrta E., Jastrzębska-Piotrowska D.: *Ze smoczkiem czy bez smoczka*. Klin. Pediatr. 2001.
7. Grygalewicz J., *Zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS) na progu nowego wieku: rozdział nadal otwarty*. Medycyna Praktyczna 2002.
8. Mazurkiewicz H. *Zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS). Zapobieganie – zalecenia*. Medycyna Wieku Rozwojowego, 2000.
9. Helwich E. *Zasady zapobiegania zespołowi nagłej śmierci niemowląt – rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie neonatologii*. Warszawa 2002.
10. Kopyta I., Marszał E., Emich-Widera E. w: *Zespół nagłej śmierci niemowlęcia*. Neurologia Dziecięca , 1998.

ZESPÓŁ DZIECKA MALTRETOWANEGO

Definicja PRZEMOCY – przemoc wobec dzieci to stosowanie kar cielesnych, zadawanie cierpień psychicznych i inne formy poniżania dzieci. Sprawcami przemocy wobec dzieci często są mu bliskie osoby, także rodzice. Przemoc wobec dzieci nie jest powiązana ze statusem społecznym czy materialnym rodziny, może się zdarzyć w każdym środowisku

Syndrom dziecka maltretowanego

Maltretowanie dziecka jest ogólnym pojęciem zawierającym wszystkie typy powtarzanego krzywdzenia i zaniedbania.

Sprawcą maltretowania może być każda osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem, czy mająca prawo do opieki lub kontroli dziecko-rodzice, nauczyciele, opiekunowie, personel instytucji opiekuńczych itp.

Typy maltretowania:

- krzywdzenie fizyczne
- krzywdzenie psychiczne (emocjonalne)
- krzywdzenie seksualne
- zaniedbanie: fizyczne i emocjonalne

Trzy podstawowe wskaźniki mogące sugerować maltretowanie:

- obecność fizycznych uszkodzeń ciała /nieprawidłowy wygląd/
- zachowanie wskazujące na rezultat maltretowania
- czynniki środowiskowe towarzyszące najczęściej krzywdzeniu dziecka
- uszkodzenia ciała
- zadrapania, otarcia, podbiegnięcia krwawe po uderzeniach, ubytki włosów, ugryzienia, oparzenia, złamania

Objawy zaniedbania:

- zły stan higieniczny, nieprawidłowy zaniedbany wygląd, zły stan odżywienia, nieprawidłowa waga i wzrost, ubiór nieadekwatny do pogody, chroniczne zmęczenie, apatia, widoczny brak opieki lekarskiej i stomatologicznej, niefrasobliwość (beźmyślność).

Rola pielęgniarki w przypadku hospitalizacji dziecka krzywdzonego

W działaniach ochronnych na rzecz dziecka hospitalizowanego podstawową rolę odgrywa pielęgniarka. Jako pierwsza nawiązuje kontakt z rodzicami, zbiera istotne informacje o zwyczajach dziecka, o jego sposobach sygnalizowania potrzeb i wymagań.

Pielęgniarka może podsunąć matce kilka prostych sposobów, które zmniejszą u dziecka niepokój. To pielęgniarka okazuje matce życzliwość, zachęca do aktywnej postawy wobec dziecka, nie tylko siedzenie przy łóżku. Z powyższym problemem wiąże się następna rola pielęgniarki-umiejętność współpracy z rodzicami, którzy także w życiu rodzinnym byli w słabym, czy wręcz złym kontakcie z własnym dzieckiem, zaniedbywali je fizycznie i emocjonalnie. Często rodziców trzeba uczyć zasad prawidłowego żywienia dziecka, utrzymania higieny osobistej, unikania zagrożeń mogących spowodować uszkodzenia ciała czy kalectwo. Równie ważna jest rola pielęgniarki, żeby przygotować rodziców do właściwego postępowania z dzieckiem po powrocie do domu. Tym dzieciom, które nie mają dobrego domu, pobyt w szpitalu dzięki pielęgniarkom może dostarczyć pierwszych pozytywnych doświadczeń.

Przepisy prawa:

- Konstytucja RP
- Kodeks Postępowania Karnego Art.304
- Kodeks Postępowania Cywilnego Art.572
- Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dn. 29.07.2005 art.12
- Ustawa o pomocy społecznej
- Ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka

Uwagi końcowe-różne

Nie ma środowiska społecznego wolnego od jakiegś formy maltretowania dziecka, zawsze zwraca uwagę nieadekwatność rodzaju urazu do opowiadania opiekuna lub jego brak świadomości co do rodzaju urazu/jest to sugestia

urazu nieprzypadkowego/agresja opiekuna wobec zbierającego wywiad lekarza czy pielęgniarki jest także znamienna i zwykle charakterystyczna dla osób z tzw. dobrych, bogatych środowisk, nie każde dziecko brudne jest maltretowane, istnieje też podział na dzieci: te czyste i te szczęśliwe, część zaniedbań jest nie do wycofania bez poprawy sytuacji państwa – a w zasadzie poprawy mentalności polityków.

WAŻNE TELEFONY:

infolinia 0 801 109 801

bezpłatny telefon zaufania dla dzieci i młodzieży 116 111

bezpłatny Dziecięcy telefon zaufania Rzecznika Praw Dziecka 0 800 121 212

Towarzystwo Rozwoju Rodziny

50-944 Wrocław, ul. Podwale 74, tel. 71 3421413 lub 71 3437955

Ośrodek interwencji kryzysowej i socjoterapii „Przeciw przemocy”

Wrocław ul. Ofiar oświęcimskich 17, tel 71 341 71 43

„ZESPÓŁ DZIECKA MALTRETOWANEGO”

Maltretowanie dzieci, przejawiające się w różnych formach, znane jest od zawsze, natomiast termin „zespół maltretowanego dziecka” został po raz pierwszy zaprezentowany przez Charlesa Kempa i Johna Caffego na Zjeździe Amerykańskich Pediatrów w Los Angeles w roku 1961. Pełna nazwa brzmi: „The Battered Child Syndrom”(BCS) i oznacza „stan kliniczny u małego dziecka, które doznało poważnego fizycznego obrażenia, jest częstą przyczyną trwałych uszkodzeń ciała czy śmierci”. Na przełomie lat termin ten uległ przemianom, głównie w kierunku poszerzenia zakresu zjawisk obejmowanych tym pojęciem. Zarówno kierunek, jak i zakres tych zmian ukazuje definicja sformułowana przez Zarząd Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych i Światową Organizację Zdrowia, która przyjmuje, że za maltretowanie dziecka uważa się każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny lub psychospołeczny dziecka.

W Polsce „zespół dziecka maltretowanego” został zdefiniowany po raz pierwszy na sympozjum naukowym w 1981 zorganizowanym przez Sekcję Dziecięcej Chirurgii Urazowej Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych. Podając za B. Mossakowską w wyniku obrad ustalono, co następuje:

„Jedno na tysiąc dzieci leczonych w oddziałach chirurgii dziecięcej ma rozpoznany zespół dziecka maltretowanego. Zespół dotyczy częściej dziewczynki niż chłopca, a wiek obejmuje granicę od kilku miesięcy do kilku lat. Narzędziem urazów są najczęściej: ręka, oraz przedmioty takie jak pasek, smycz, sznur, palący papieros. W następstwie wyładowania fizycznego agresji osoby dorosłej, częściej matki niż ojca, dalej partnera matki lub partnerki ojca dochodzi do obrażeń, takich jak:

- a) wylewy krwawe zewnętrzne, krwotoki wewnętrzne do narządów jam ciała – czaszki, opłucnej, jamy brzusznej;
- b) złamania kości długich lub czaszki. Obrażenia te często prowadzą do trwałego kalectwa lub zgonu.”

Sprawcą maltretowania może być każda osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem, czy mająca prawo do opieki lub kontroli dziecka. To określenie zawiera w sobie np. rodziców, nauczycieli, opiekunki do dzieci, personel instytucji opiekuńczych itp.

Literatura podaje następujące typy maltretowania:

- Krzywdzenie fizyczne
- Krzywdzenie psychiczne (emocjonalne)
- Krzywdzenie seksualne
- Zaniedbanie:
 - -fizyczne
 - -emocjonalne

Dzieci maltretowane wywodzą się najczęściej z rodzin o patologicznej strukturze i funkcji. Obrażenia, jakich doznały, w większości przypadków (84%) stanowiły zagrożenie dla ich zdrowia, wymagały hospitalizacji. Badane dzieci ujawniały poważne zaburzenia rozwoju psychoruchowego – opóźnienia oraz zakłócenia sfery emocjonalnej, stany lękowe, stany nadpobudliwości (zachowania agresywne i/lub autodestrukcyjne), trudności w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem. Dzieci, które wskutek pobicia doznały urazu głowy, ujawniały cechy organicznego uszkodzenia OUN ze wszystkimi konsekwencjami.

W Oddz. Chirurgii Dziecięcej Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu w latach 2005-2009 leczono z powodu zespołu dziecka maltretowanego 12 pacjentów (jedno dziecko zmarło). Statystycznie na 2204,4 pacjentów leczonych w tym oddziale przypada 1 pacjent z rozpoznaniem ZDM. Wszystkie przypadki zgłoszono policji i prokuraturze, gdzie wszczęto stosowne procedury. Wiek dzieci od 6 tygodni do 14 lat. Do 1 roku 5-cioro dzieci tj. 41,66%, między 2-3 lata 2-oje dzieci tj. 16,67%, między 4-5 2-oje dzieci tj. 16,67%, między 13-16 3-je dzieci tj. 25%.

Maltretowanie dzieci jest bardzo poważnym problemem medycznym i społecznym, może zdarzyć się w każdej rodzinie. Ciągłe jest za rzadko rozpoznawane a w skrajnych przypadkach może prowadzić do trwałego kalectwa lub nawet zgonu dziecka.

DZIECKO PRZEWLEKLE CHORE

Tytułem wstępu części dotyczącej głównie działań pielęgniarских omówię psychologiczny wymiar zdrowia i choroby.

Dziedziny zdrowia – wymiary (dimensions)

- somatyczna - dobrostan fizyczny
- psychiczna – poczucie szczęścia
- społeczna – pełnienie ról
- duchowa – byt podmiotowo – osobowy, dążenie ku wartościom

Wzajemnie na siebie oddziałują, wzrost w jednej przyczyni się do wzrostu w drugiej dziedzinie:

1. wzrost optymizmu, poczucia kontroli(dz. psychiczna) sprzyja sferze somatycznej
2. obniżenie zasobów psychicznych wyraża się negatywnymi emocjami w miarę pogarszania się zdrowia somatycznego związanego z postępem choroby
3. wzrost zdrowia psychicznego i duchowego następuje w sytuacji postępującej poważnej choroby
4. rozwój zdrowia w jednej dziedzinie kosztem drugiej, doskonale wywiązywanie się z ról społecznych aż do załamania zdrowia somatycznego

Postawa wobec choroby (PWCH), rozumiana jako stosunek pacjenta do choroby

Od tej postawy zależy efektywność leczenia, związana z podmiotowym poczuciem koherencji (sense of coherence,SOC) czyli zrozumiałości związanej z porządkowaniem informacji i ich klasyfikowania, sterowalności związanej ze spostrzeganiem i oceną posiadanych zasobów potrzebnych do pokonania trudności, sensowności pozwalającej na ocenie tego co ważne, warte wysiłku i poświęcenia. Składa się z trzech składników:

- ▶ poznawczy:
zakres i adekwatność posiadanych informacji o chorobie, przyczynach, leczeniu, rehabilitacji i profilaktyki wtórnej, samoocena chorego, jego wyobrażenia dotyczące pełnienia w przyszłości ról, oczekiwania wobec personelu medycznego, rodziny, znajomych
- ▶ emocjonalny:
treść i siła emocji związanych z wystąpieniem choroby, uzyskana diagnozą, okolicznościami towarzyszącymi leczeniu, otrzymywanymi zaleceniami
- ▶ motywacyjny:
są to dążenia, zamiary i plany określonych zachowań związanych z chorobą i leczeniem.

Dla dziecka choroba jest zawsze sytuacją stresogenną, zostaje zachwiane jego poczucie bezpieczeństwa. Bardzo często reakcją dziecka na chorobę jest brak akceptacji samej choroby jak i obrazu własnego „ja” zmienionego pod jej wpływem. Dlatego tak ważne jest wsparcie:

- ▶ emocjonalne polegające na przekazywaniu w toku integracji interpersonalnych emocji podtrzymujących, uspakajających, odzwierciedlających troskę, mają one na celu stworzenie poczucia przynależności, opieki i podwyższania samooceny, osoby chore mogą uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć, wyrazić swoje obawy, smutek – ogromną rolę do spełnienia mają tu rodzice chorego dziecka, którzy powinni wspierać zawsze a pomagać wtedy gdy tego potrzebuje (można to uznać za „złotą zasadę wsparcia”)
- ▶ informacyjne polegające na przekazaniu w przystępny sposób, adekwatny do wieku dziecka wiedzy na temat choroby, sposobu i sensu badań, leczenia- zadanie przede wszystkim dla lekarzy i pielęgniarek opiekujących się dzieckiem.

Mogę śmiało powiedzieć, na podstawie badań przeprowadzonych dla potrzeb mojej pracy specjalizacyjnej z Pediatrii pt.” Wpływ wiedzy o chorobie na zachowanie się dziecka „, jak ważna jest wiedza na temat choroby i sposobu jej leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych. Z moich ankiet wynikało, że najwięcej wiedzy na ten temat dzieci czerpały z kontaktów z personelem medycznym w czasie pobytu w szpitalu.

- ▶ podtrzymujące samoocenę i obcowanie społeczne (assistance)
Rodzice nie powinni nadmiernie rozpieszczać chorego dziecka, chować „pod kloszem”, traktować na równi z innymi dziećmi, pobudzać różne formy aktywności, zachęcać dziecko do obcowania z innymi np. uczęsz-

czanie na zajęcia do szkoły, co daje kontakt z rówieśnikami, mobilizuje do wstawania z łóżka mimo bólu.

Jak już wspomniałam wyżej z chorobą wiązą się pobyty w szpitalu, związane z rodzajem i charakterem choroby. W przypadku chorób omówionych przez moich przedmówców będą to długotrwałe i częste pobyty.

Pobyt dziecka w szpitalu

Sytuacja trudna zarówno dla małego pacjenta jak i jego rodziców.

- zachwianie poczucia bezpieczeństwa, szczególnie u dzieci młodszych
- rozłąka może spowodować tzw. lek separacyjny nawet u niemowląt poniżej 6 mies. życia (nie ma rozwiniętego jeszcze przywiązania, ale reagują one na zmianę dźwięków, zapachów zmiana rytmu snu, łaknienia i wydalania)
- najtrudniejszy jest okres od 6miesiąca życia do 3-4 roku, najsilniejsze przywiązanie do matki

Bezpieczny Szpital dla Dzieci

Fazy adaptacji do sytuacji trudnej

- *faza protestu* – dziecko płacze bez przerwy, czuje się opanowane przez lęk
- *faza rozpacz* – płacz staje się monotonny, przerywany, dziecko smutne apatyczne, spokój fałszywie interpretowany
- *faza wyparcia* – dziecko spełnia polecenia, bawi się, tuli do pielęgniarki, nie chce wracać do domu (obecność tej fazy świadczy o procesach destrukcyjnych)

Bardzo ważna jest tutaj rola pielęgniarki, która wykonuje wiele zadań związanych z leczeniem i pielęgowaniem chorego dziecka. Szczególnie ważną rolę odgrywa w zakresie zrozumienia przez dziecko sytuacji w jakiej się znalazło. Powinna uwzględnić wiek dziecka i fazy rozwoju emocjonalnego

- dzieci najmłodsze traktować po macierzyńsku, ważna „mowa ciała”, delikatnie, życzliwie
- w wieku przedszkolnym najważniejszy jest kontakt werbalny, odpowiadanie na pytania, dawanie możliwości wyboru np. z której ręki pobierzemy krew
- nastolatki traktować po partnersku, może się zdarzyć złe zachowanie nastolatka wynikające z braku akceptacji choroby, a nie pielęgniarki, w okresie adolescencji wzrasta potrzeba autonomii

Wszystkie dzieci niezależnie od wieku należy traktować z empatią, podmiotowo.

W ostatnich latach sytuacja na oddziałach dziecięcych uległa pozytywnym zmianom. Możliwa jest całodobowa obecność rodziców z dzieckiem w szpitalu. Akcja „Motylkowe szpitale” „Telefon do mamy”, nadal działają szkoły, dziecko zachowuje kontakt z nauczycielami, rówieśnikami, prowadzonych jest wiele konkursów.

Na zakończenie warto też wspomnieć, o postawach rodziców chorych dzieci. W związku z tym, reakcje rodziców na chorobę dziecka mogą być różne:

- Konstrukttywne
- Zaprzeczające chorobę, towarzyszy im lęk, niska wiedza na temat choroby
- Depresyjno-pasywne, zamknięcie się w sobie, żal, podporządkowanie się chorobie dziecka
- Agresywne, rodzice dochodzą swoich praw, zgłaszają mnóstwo żądań, grożą personelowi medycznemu
- Szczególne działania wyrażające się w niestrudzonej aktywności rodzica
- Rytualizacje są zachowaniami mającymi zmniejszyć napięcie emocjonalne poprzez powtarzanie tak samo czynności pielęgnacyjnych

Sposób radzenia sobie rodziców z chorobą dziecka zależy w dużym stopniu od wykorzystania przez nich zasobów wewnętrznych i zewnętrznych.

1. Pomocne tu będą różne formy wsparcia społecznego- współmałżonek, zespół terapeutyczno-pielęgniarski, stowarzyszenia rodziców dzieci z podobnymi chorobami
2. Dobre relacje między współmałżonkami
3. Zdolność rodziców do rozwiązywania problemów- pozytywne myślenie
4. Poczucie skuteczności własnych działań

