

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek



Pielęgniarki dbają o jakość,
służą społeczeństwu:
Są liderami opieki długoterminowej

DEPRESSION

HEART DISEASE

HYPERTENSION

RESPIRATORY

CANCER

DIABETES

12 Maj 2010

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek

"Pielęgniarki dbają o jakość, służą społeczeństwu: Są liderami opieki długoterminowej"

Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care



12 maja 2010 r.

MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELEŃNIAREK 2010

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek 2009

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2010



Tłumaczenie:

Tomasz Siemiński, Przemysław Ośka - Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Korekta merytoryczna tłumaczenia:

Doroła Kilańska - Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, UM w Łodzi

Redakcja naukowa:

Doroła Kilańska - Przewodnicząca ZG PTP, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Elżbieta Buczkowska - Prezes NRPiP

Pozycja przetłumaczona przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w 2010 r.

Wszystkie prawa zastrzeżone, włącznie z tłumaczeniem na języki obce. Żadna część tej publikacji nie może być w jakikolwiek sposób drukowana, powielana czy przechowywana w systemach informacyjnych, przekazywana lub sprzedawana bez pisemnego zezwolenia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Krótkie fragmenty (poniżej 300 słów) mogą być odtwarzane bez autoryzacji, pod warunkiem wskazania źródła.

All rights, including translation into other languages, reserved.

No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

Copyright © 2008 by ICN - International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland
ISBN: 978-92-95094-00-0

Spis treści

List od Prezydenta ICN i dyrektora generalnego (CEO)	4
Rozdział 1 –Choroby przewlekłe – wyzwania	5
Rozdział 2 – Implikacje dla rozwoju i dla systemów opieki zdrowotnej	11
Rozdział 3 - Strategie zmniejszenia ryzyka chorób przewlekłych	19
Rozdział 4 – Zarządzanie Opieką Długoterminową Zakres kompetencji pielęgniarek w odniesieniu do opieki długoterminowej	25
Rozdział 5 – Innowacje w pielęgniarstwie w zakresie opieki nad przewlekłe chorymi	35
Rozdział 6 - Rola Krajowych Stowarzyszeń Pielęgniarek (NNA) w ograniczaniu czynników ryzyka i ulepszaniu opieki nad chorymi przewlekłe chorym	40
Rozdział 7 – Wnioski	44

Załączniki

Komunikat Prasowy ICN	47
Stanowiska ICN	49
„Sprawy Pielęgniarstwa” ICN	60
Piśmiennictwo	68

Drogie Koleżanki i Koledzy,

W każdym kraju występuje wzrost zachorowań na choroby przewlekłe oraz wzrastająca potrzeba uzyskania dostępu do odpowiedniej opieki dla osób chorych przewlekłe. Nigdy wcześniej pielęgniarki nie posiadały takiego potencjału, który poprzez działania prewencyjne i opiekę nad chorymi przewlekłe, umożliwiał by wpływanie na poprawę stanu zdrowia populacji całego świata.

Cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego i choroby nowotworowe są największymi zabójcami na świecie. Choroby te powodują każdego roku około 35 milionów zgonów (WHO 2008a). 80% tych zgonów występuje w krajach słabo i średnio rozwiniętych. Chorobom tym można i należy zapobiegać. W momencie rozpoznania, skuteczna opieka i dobra jej organizacja, mogą umożliwić przewlekłe chorym życie twórczo i w spełnieniu. Osoby cierpiące na choroby „klasycznie” przewlekłe, jak również zmieniające się tempo rozwoju i charakter innych chorób takich jak HIV/AIDS, oznacza, że wzrastająca liczba tych osób we wszystkich krajach potrzebuje opieki ciągłej wynikającej z potrzeb zdrowotnych.

Istnieje pilna potrzeba, aby pielęgniarki na całym świecie podejmowały inicjatywy i angażowały się z partnerami społecznymi i wszystkimi sektorami gospodarki w celu zwrócenia uwagi na rosnące na całym świecie zagrożenie dla zdrowia i dobrostanu wynikające z chorób przewlekłych.

Przekazany Wam dokument dostarcza ogólnych informacji o wzrastającym tempie popytu opiekę długoterminową np. w cukrzycy typu 2. To wzrastające tempo jest wyzwaniem dla pielęgniarek i innych osób zaangażowanych w tę dziedzinę ochrony zdrowia. Powinno to przyczynić się do zrozumienia ogromu problemów i uznania, że pielęgniarki są dobrze przygotowane aby prowadzić opiekę nad przewlekłe chorymi – posiadają wiedzę, odwagę, wizję i zaangażowanie.

Przekazując Wam Szanowne Koleżanki i Koledzy to narzędzie tj. „IND Kit”, ICN zwraca się z apelem do pielęgniarek na całym świecie, aby podjęły działania i prowadziły walkę z chorobami przewlekłymi oraz stały wzorem zachowań zdrowotnym dla swoich rodzin, swoich pacjentów i społeczeństwa. By angażowały się w ramach krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, a także z ICN i jego partnerami forsując wprowadzenie koniecznych zmian społecznych, ekonomicznych i politycznych.

z poważaniem

(-) Rosemary Bryant
Przewodniczący

(-) David C Benton
Dyrektor Generalny

Rozdział 1

Choroby przewlekłe - wyzwania

Świat staje wobec znaczącego wzrostu liczby zgonów i niepełnosprawności będących wynikiem chorób przewlekłych. Choroby przewlekłe do niedawna były tradycyjnie wiązane z krajami świata rozwiniętego i postrzegane jako choroby będące skutkiem dostatku oraz jako dotykające głównie osoby starsze i bogate. Natomiast dotychczasowe zainteresowanie świata i zasoby w krajach rozwijających się były skupione w przeważającej mierze na zwalczaniu chorób zakaźnych. Statystyki pokazują jednak, że 60% liczby zgonów na świecie jest spowodowana chorobami przewlekłymi i aż 80% z nich występuje w krajach o niskim i średnim dochodzie (WHO 2008a).

Chorobami przewlekłymi dotknięta jest coraz większa liczba osób w wieku produkcyjnym. W krajach o różnych poziomach dochodu, zdrowie i choroba odzwierciedlają gradient społeczny: im niższa pozycja społeczno-ekonomiczna, tym gorsze zdrowie (WHO 2008b). „Gwałtownie rosnące nasilenie chorób przewlekłych dotyka nieproporcjonalnie bardziej ludność biedną i pokrzywdzoną przez los, przyczyniając się do poszerzania przepaści zarówno wewnątrz kraju jak i między krajami w dostępie do zdrowia” (WHO 2008a).

Jest wiele przyczyn nieproporcjonalnego wpływu chorób przewlekłych na wzrost liczby zachorowań i skutki dla osób najbiedniejszych. Większość tych problemów wywodzi się spoza sektora ochrony zdrowia. Jednak sektor ten musi podejmować nieustającą walkę z ich rozprzestrzenianiem się. Ogromny wkład nie tylko w profilaktykę, ale i w opiekę nad milionami osób na świecie dotkniętych chorobami przewlekłymi mogą mieć **pielęgniarki**.

Definicje

W kontekście opieki długoterminowej używana jest określona liczba pojęć, często zamiennie jak: choroby przewlekłe, stany przewlekłe, choroby stylu życia i choroby niezakaźne (NCD). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opisuje choroby przewlekłe (*chronic diseases*) jako „choroby o długotrwałej i powolnej progresji”; stany przewlekłe (*chronic conditions*) jako „problemy zdrowotne, które wymagają nieustającej opieki przez okres wielu lat albo nawet dekad” (WHO 2002). Pojęcie choroby niezakaźnej (NCD) było zdefiniowane jak choroba nie spowodowana typowo przez czynnik infekcyjny, ale wynikającej z podatności genetycznej, stylu życia albo zagrożeń środowiska.

Pojęcie stanów przewlekłych jest często używane jako termin obejmujący wszystko, to znaczy: choroby niezakaźne (np. cukrzyca, astma), uporczywe, stałe stany zakaźne

(np. HIV/AIDS, gruźlica); długoterminowe zaburzenia umysłowe (np. depresja, schizofrenia); i utrwalone fizyczne/strukturalne uszkodzenia (np. ślepotą, choroby genetyczne). (WHO 2002).

W tym dokumencie termin „choroba przewlekła” będzie używany na równi z innymi pojęciami w szczególności, gdy cytuje się różnych autorów. Niemniej jednak bez względu na używane pojęcia, najważniejszą sprawą nie tylko dla pielęgniarek jest to, aby zrozumieć skalę problemu i sprostać pilnemu wyzwaniu jakie rodzi problem wzrastającego zagrożenia chorobami przewlekłymi, a także by zapewnić podjęcie wystarczających działań w celu promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i zapewnienia odpowiedniej opieki oraz przygotowanie do prowadzenia samoopieki dla tych, którzy tego potrzebują.

Skala problemu

Trzeba podkreślić, że skala problemu jest ogromna. Cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego i niektóre rodzaje nowotworów stanowią główne zagrożenie dla ludzkiego zdrowia i rozwoju społeczeństwa, a także są największymi zabójcami świata.

CUKRZYCA FAKTY (WHO 2009a)

WHO ocenia, że ponad 180 milionów osób na całym świecie ma cukrzycę. Liczba ta prawdopodobnie ulegnie podwojeniu do 2030 r.

Szacuje się, że w 2005 r. 1,1 miliona osób zmarło na cukrzycę.

Okolo 80% liczby zgonów spowodowanych cukrzycą zdarza się w krajach o niskim i średnim dochodzie na mieszkańca.

Prawie połowa liczby zgonów spowodowanych cukrzycą występuje u osób poniżej 70 lat; a 55% liczby zgonów spowodowanych cukrzycą dotyczy kobiet.

WHO prognozuje, że bez podjęcia odpowiednich działań liczba zgonów spowodowanych cukrzycą wzrośnie o ponad 50% w następnych 10 latach; a najbardziej znaczący będzie wzrost liczby zgonów spowodowanych tą chorobą jest przewidywany w latach 2006 - 2015 i to o ponad 80% w krajach o średnio-wysokim dochodzie.

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA - FAKTY (WHO 2009b)

Choroby Układu Krążenia (CHUK ang. CVDs) to numer jeden wśród przyczyn zgonów na świecie to znaczy, że więcej osób umiera rocznie z powodu chorób układu krążenia niż z jakiegokolwiek innej przyczyny.

Szacuje się, że w 2004 r. 17,1 miliona osób zmarło na choroby układu krążenia, co stanowiło 29% wszystkich zgonów na świecie. Szacuje się także, że 7,2 miliona tych zgonów było spowodowanych chorobą wieńcową serca a 5,7 miliona udarem mózgu.

Nieproporcjonalnie bardziej problemem tym dotknięte są kraje o niskim i średnim dochodzie: 82% zgonów spowodowanych chorobami sercowo-naczyniowymi (CVD) ma miejsce w tych krajach i występuje prawie jednakowo często wśród mężczyzn jak i wśród kobiet.

Przewiduje się, że do 2030 r. prawie 23,6 miliona osób na świecie umrze na choroby układu krążenia tj. głównie z powodu chorób serca i udaru mózgu. Przewiduje się także, że choroby te pozostaną główną przyczyną zgonów. Największy wzrost procentowy zgonów wystąpi w regionie wschodnio – śródziemnomorskim, a największy wzrost liczby zgonów wystąpi w regionie południowo - wschodnim Azji.

CHOROBY NOWOTWOROWE (RAK) - FAKTY (WHO 2009c)

Nowotwory są główną przyczyną śmierci na całym świecie. W 2004 r. 7,4 miliona zgonów spowodowanych było rakiem (około 13% wszystkich zgonów).

Najwięcej zgonów każdego roku powodują nowotwory tj.: płuc, żołądka, wątroby, jelita grubego i piersi.

Występują różnice w częstości występowania poszczególnych rodzajów nowotworów u kobiet i mężczyzn.

Ponad 30% zgonów spowodowanych rakiem można by zapobiec.

Najważniejszym czynnikiem nowotworów jest używanie tytoniu.

Rak powstaje od zmiany w jednej pojedynczej komórce. Zmiana może być spowodowana przez czynniki zewnętrzne lub dziedziczne czynniki genetyczne.

Przewiduje się dalszy wzrost zgonów z powodu raka na całym świecie, z szacowanymi 12 milionami zgonów w 2030 r.

PRZEWLEKŁE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO – FAKTY (WHO 2009d)

Setki milionów ludzi cierpi codziennie z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.

Aktualnie 300 milionów osób na świecie choruje na astmę.

210 milionów osób ma przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP – ang. COPD), podczas gdy miliony chorują na uczuleniowy nieżyt nosa i inne przewlekłe choroby układu oddechowego.

Chorobom tym można zapobiec. Można by zapobiec do 80% chorób serca, udarów i cukrzycy typu 2 i ponad jednej trzeciej nowotworów przez eliminowanie wspólnych czynników ryzyka, głównie: palenia tytoniu, niezdrowej diety, braku aktywności fizycznej i szkodliwego spożywania alkoholu. Jeżeli nie podejmiemy się odpowiednich działań, śmiertelność i ciężar społeczny spowodowany tymi chorobami będzie ciągle wzrastał. WHO przewiduje, że globalnie liczba zgonów z powodu chorób niezakaźnych (NCD) wzrośnie do 17% w następnych 10 latach. Największy wzrost będzie zauważalny w regionie afrykańskim (27%) i w regionie wschodnio - śródziemnomorskim (25%). Najwyższa liczba zgonów wystąpi w regionie zachodniego Pacyfiku i regionie Azji południowo - wschodniej.” (WHO 2008a). Ostatnio cytowane badania wskazują, że średnia długość życia w Stanach Zjednoczonych spadła po raz pierwszy w ciągu ostatnich 100 lat i że może to być przypisane chorobom przewlekłym, będących wynikiem palenia i otyłości. (Thorpe 2009). Powszechne występowanie cukrzycy wzrośnie wraz ze zwiększonym dostępem do terapii antyretrowirusowej, która ma związek z czterokrotnym wzrostem ryzyka cukrzycy. W Kamerunie, dane wskazują, że powszechne występowanie cukrzycy zwiększyło się ponad dziesięciokrotnie przez ostatnie 10 lat. (Bischoff et. al 2009).

Jakie są przyczyny ?

Wzrost zachorowań na choroby przewlekłe na poziomie światowym, krajowym czy lokalnym jest spowodowany szerokim spektrum czynników ryzyka. Wiele z tych czynników jest związanych z podstawowymi zmianami społecznymi i globalnymi w tym: urbanizacją i ekonomiczną globalizacją, prowadzoną polityką społeczną i kwestią społecznej niesprawiedliwości jak również postępującym starzeniem się populacji.

Wynikiem szybkiej urbanizacji jest brak udogodnień, dla biednych mieszkańców miast i wsi, które są niezbędne dla utrzymania dobrego zdrowia tj. mieszkania, infrastruktura (drogi, wodociągi, kanalizacja i elektryczność) i podstawowych usług (podstawowa opieka zdrowotna, edukacja i pierwsza pomoc a także zbiórka odpadów domowych). (WHO 2002).

W ubogich obszarach wiejskich, w tym zamieszkałych przez ludność autochtoniczną, ludzie cierpią na skutek postępującego niedoinwestowania w infrastrukturę i wyposażenie oraz nieproporcjonalnego poziomu ubóstwa i złych warunków życia.

Można uniknąć nierówności zdrowotnych, które powstają z powodu okoliczności, w których osoby te dorastają, żyją, pracują i starzeją się, poprzez wprowadzenie systemów tworzonych w celu nauczania radzenia sobie z chorobą. Raport końcowy Komisji ds. Społecznych Uwarunkowań Zdrowia stwierdza, że sprawiedliwość społeczna jest rzeczywiście istotna dla życia i śmierci. (WHO 2008b).

Ze zmianami tymi ma związek wzrost występowania podlegających modyfikacji czynników ryzyka tj.: palenia, niewłaściwej diety, braku aktywności fizycznej, nadmiernemu spożyciu alkoholu, niebezpiecznym praktykom seksualnym i braku umiejętności kontrolowania stresu. Jest to podstawa dla rozwoju pośrednich czynników ryzyka, w tym: wzrostu poziomu ciśnienia krwi, wzrostu poziomu glukozy we krwi, wzrostu cholesterolu i otyłości, które to czynniki prowadzą do powstania chorób układu krążenia, udarów, niektórych nowotworów, przewlekłych chorób układu oddechowego i cukrzycy.

Cukrzyca

Według Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej, w 1985 r. na całym świecie **było 30 milionów** osób z cukrzycą. **Dziś jest już ich ponad 245 milionów.** Jest to ponad siedmiokrotny wzrost tylko w ciągu ostatnich 20 lat. Jeżeli nie zostaną podjęte odpowiednie kroki by spowolnić tę epidemię, w ciągu 20 lat liczba osób z cukrzycą osiągnie 380 milionów. (IDFa).

„Cukrzyca to główna przyczyna częściowej utraty wzroku i ślepoty u dorosłych w krajach rozwiniętych. Cukrzyca jest przyczyną większości amputacji kończyn, które nie są wynikiem wypadku. U osób z cukrzycą występuje większe prawdopodobieństwo wystąpienia ataku serca lub udaru. Osoby z cukrzycą częściej są bardziej narażone na ryzyko zapadania na choroby nerek”. (IDFa).

Krajowe Centrum Modelowania Analiz Społeczno-Ekonomicznych przewiduje, że częstość występowania cukrzycy typu 2 podwoi się w następnych 40 latach i dotknie 1,6 miliona osób – przez ten czas choroba będzie kosztować 14 miliardów dolarów australijskich rocznie. Powikłania wynikające z choroby obejmują: 270 000 operacji by-pass, ponad 250 000 udarów i ponad 750 000 dolegliwości nerek. (C3 Collaborating for Health 2009).

Fakty

Cukrzyca aktualnie dotyczy 246 milionów osób na całym świecie i prognozuje się, że będzie problemem dla 380 milionów osób do 2025 r..

W 2007 r., wśród pięciu krajów o największej liczbie chorych na cukrzycę były: Indie (40,9 miliona), Chiny (39,8 miliona), Stany Zjednoczone (19,2 miliona), Rosja (9,6 miliona) i Niemcy (7,4 miliona).

W 2007 r., wśród pięciu krajów z najwyższą zachorowalnością na cukrzycę w populacji dorosłych znajdowały się: Nauru (30,7%), Zjednoczone Emiraty Arabskie (19,5%), Arabia Saudyjska (16,7%), Bahrajn (15,2%) i Kuwejt (14,4%).

Do 2025 r., największy wzrost zachorowalności na cukrzycę będzie miał miejsce w krajach rozwijających się.

Każdego roku dalsze 7 milionów osób zachoruje na cukrzycę.

Każdego roku 3,8 miliona zgonów można przypisać cukrzycy. Jeszcze większa liczba osób umiera na choroby układu krążenia wynikające z powikłań związanych z cukrzycą zaburzeń lipidowych i nadciśnienia.

Co 10 sekund ktoś umiera z przyczyn związanych z cukrzycą.

Co 10 sekund u dwóch osób rozwija się cukrzyca.

Cukrzyca to czwarta główna przyczyna zgonów na świecie, spowodowanych przez chorobę. Co najmniej 50% wszystkich osób z cukrzycą jest nieświadoma swojego stanu. W niektórych krajach liczba ta może osiągać nawet 80%.

80% zachorowań na cukrzycę typu 2 można zapobiec poprzez stosowanie zdrowej diety i zwiększenie aktywności fizycznej.

Cukrzyca w krajach rozwiniętych jest najczęstszą przyczyną niewydolności nerek i generuje ogromne koszty wynikające z konieczności wykonania dializy.

W krajach świata zachodniego cukrzyca typu 2, stała się najczęstszym stanem powodującym niewydolność nerek. W krajach takich jak Niemcy i USA ujawnione przypadki stanowią między 30% a 40%.

10% do 20% osób z cukrzycą umiera na niewydolność nerek.

Szacuje się, że ponad 2,5 miliona osób na całym świecie jest dotkniętych przez retinopatię cukrzycową.

Retinopatia cukrzycowa to w krajach uprzemysłowionych główna przyczyna utraty wzroku u dorosłych w wieku produkcyjnym (20 do 65 lat).

W krajach rozwiniętych, zgon u osób z cukrzycą typu 2, głównie z powodu chorób układu krążenia, wystąpi średnio o 5-10 lat wcześniej niż u osób nie chorujących na cukrzycę.

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w przypadku cukrzycy i stanowią około 50% z wszystkich zgonów z powodu cukrzycy.

Osoby z cukrzycą typu 2 są ponad dwukrotnie bardziej narażone na atak serca albo udar niż osoby, u których cukrzyca nie występuje. Osoby z cukrzycą typu 2 są prawdopodobnie bardziej narażone na atak serca niż osoby, które nie mają cukrzycy, a które przeszły już atak serca. (IDF 2001).

Cukrzyca, choroby układu oddechowego (szczególnie astma), choroby układu krążenia i immunosupresja zwiększają ryzyko poważnych i śmiertelnych chorób wywołanych wirusami takimi jak H1N1, głównie wśród grup mniejszości i ludności autochtonicznej. (WHO 2009e).

Implikacje dla rozwoju i dla systemów opieki zdrowotnej

W rozdziale rozważane są konsekwencje wzrastającej zachorowalności na choroby przewlekłe dla globalnego rozwoju społecznego i gospodarczego w odniesieniu do Milenijnych Celów Rozwoju (MDGs), ubóstwa, płci i systemów opieki zdrowotnej. Koszty powiązane z chorobami przewlekłymi są badane ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy.

Rozwój społeczny i gospodarczy

Rozwój społeczeństwa jest zwykle powiązany z nieustającą poprawą sytuacji gospodarczej i społecznej w poszczególnych krajach. Niektórzy twierdzą, że w wyniku rozwoju społeczeństwa, tworzone są możliwości dla zdrowia, podczas gdy inni argumentują, że zdrowie społeczeństwa jest niezbędne dla trwałego jego rozwoju. Jest to ważny argument, gdy chodzi o alokację zasobów oraz rodzi pytanie czy dane państwo może sobie pozwolić na inwestowanie w zdrowie czy też nie. Oczywiście, nie zawsze jest wyraźny związek między ekonomicznym bogactwem kraju a zdrowiem całej jego populacji. Istnieje wiele nierówności w krajach na całym świecie, co oznacza, że tradycyjne porównania między krajami nie dają pełnego obrazu, jak ludzie biedni w krajach o wysokim dochodzie mogą mieć znacząco gorsze warunki zdrowotne niż osoby bogate w krajach o niskim dochodzie. Choroby przewlekłe i powodujące je czynniki ryzyka są ściśle związane z ubóstwem i do niego się przyczyniają; dlatego nie powinny one już być wyłączone z globalnej dyskusji o rozwoju społeczeństwa na świecie. (WHO 2008a).

Choroby przewlekłe powodują wysokie koszty w wymiarze jednostkowym, społecznym i ekonomicznym. Uniemożliwiają także jednostkom i społeczeństwu wykorzystywanie i osiąganie ich możliwości oraz okradają jednostki z potencjalnych możliwości osiągnięcia ich celów w przyszłości.

Chociaż trudne jest zidentyfikowanie odpowiedniej metody oszacowania kosztów, które mogą obejmować czas stracony w środowisku domowym, szkolnym i czasie wolnym od zajęć, jak również czas stracony w miejscu pracy, który w konsekwencji doprowadza do pogorszenia jakości życia, zwiększenia poziomu ubóstwa jednostek i rodzin. Powoduje to także zmniejszenie wydajności i produkcji przemysłowej dla firm i gospodarek narodowych i doprowadza do obciążenia kosztami jednostek albo systemu opieki zdrowotnej w zakresie

diagnozowania, opieki zdrowotnej i leczenia i kosztami, często możliwymi do uniknięcia, np. powikłania (wynik chorób przewlekłych).

W odpowiedzi na wyzwanie, jakim w wielu krajach jest choroba przewlekła musi być brany pod uwagę ogólny kontekst społeczny, ekonomiczny oraz rozwój systemu ochrony zdrowia.

Milenijne Cele Rozwoju (MDG)

Z uwagi na brak konkretnych dowodów wiele osób twierdzi, że nie udało się wykorzystać okazji, aby umiejscowić choroby przewlekłe w Milenijnych Celach Rozwoju (MDGs). Skupienie się w MDGs na HIV/AIDS, gruźlicy i malarii, odbyło się kosztem chorób przewlekłych. Twierdzi się, że przez skupienie uwagi i środków na chorobach zakaźnych doprowadzono do niezauważenia grożącej katastrofy spowodowanej wzrostem zachorowań na choroby przewlekłe. (WHO 2005, P70).

Inni jednak twierdzą, że Milenijne Cele Rozwoju służą zwalczaniu głównych przyczyn złego stanu zdrowia, np. ubóstwa, niesprawiedliwości społecznej, braku edukacji, śmiertelności okołoporodowej, i że wysiłki oraz środki zainwestowane we wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej w kierunku chorób zakaźnych mogą mieć pozytywny wpływ na opiekę i zarządzanie nią w chorobach przewlekłych.

Niezależnie od zajętego stanowiska, MDG stanowią porozumienie między krajami bogatymi i biednymi. Jest to znaczące partnerskie podejście, które może zostać wykorzystane do dalszego zapobiegania chorobom przewlekłym i wdrożenia programów kontroli, zwłaszcza w chorobach przewlekłych. Ponadto przyjmuje się jako równie ważne inne przyczyny złego stanu zdrowia, które utrwalają ubóstwo. Nie chodzi o to, czy koncentrować się na Milenijnych Celach Rozwoju lub chorobach przewlekłych, lecz by znaleźć synergiczne sposoby rozwiązań - dlatego, że istnieją powiązania, które muszą być uwzględniane jako niezbędny warunek rozwoju zarówno społecznego jak i gospodarczego oraz zapobiegania wykluczeniu społecznemu.

Ubóstwo

Istnieje związek wzajemny między ubóstwem a chorobami przewlekłymi – ubóstwo powoduje zły stan zdrowia i zły stan zdrowia powoduje ubóstwo. Niektóre z czynników zidentyfikowanych przez WHO (WHO 2002) to:

- Matki źle odżywione rodzą dzieci, które w dorosłym życiu chorują na schorzenia przewlekłe takie jak cukrzyca, nadciśnienie i choroby serca.

- Ubóstwo i zły stan zdrowia w okresie dzieciństwa ma związek z występowaniem chorób przewlekłych w wieku dorosłym, w tym: raka, chorób płuc, chorób układu krążenia i artretyzmu.
- W krajach rozwiniętych i rozwijających się starsi ludzie biedni mają często zły stan zdrowia i niezadowalający dostęp do opieki.
- Środowiska pracy w jakich zatrudniane są osoby biedne są często bardziej obciążające fizycznie i stawiają jednostkę wobec ryzyka urazu i narażenia na czynniki szkodliwe. Narażenie na niebezpieczne substancje chemiczne i zanieczyszczenia, szczególnie w krajach rozwijających się związane jest z miejscowym wzrostem zachorowalności na raka, chorobami układu krążenia i chorobami układu oddechowego.
- Ludzie biedni w przypadku gorszego stanu zdrowia i zaostrzenia chorób przewlekłych często nie mają dostępu do środków zapobiegawczych lub opieki zdrowotnej.
- Choroby przewlekłe są związane z niezdolnością do pracy, wcześniejszą emeryturą (rentą) i zmniejszeniem się wydajności w pracy prowadzącym nawet do utraty pracy.
- Wydatki na leczenie chorób przewlekłych mogą być dość wysokie, gdy leczenie choroby nie była początkowo dobrze prowadzone i niepodjęto działań, które zapobiegłyby powikłaniom.
- Ludzie z chorobami przewlekłymi są narażeni na ryzyko marginalizacji i stygmatyzacji w swoich społecznościach, które to mogą doprowadzić do dalszych ograniczeń w możliwości kształcenia i zatrudnienia. Co więcej, napiętnowania i zaniedbania mogły być przyczyną zaostrzenia przewlekłych problemów zdrowotnych. Kobiety z przewlekłymi schorzeniami są jeszcze bardziej zagrożone w sferze: somatycznej, edukacyjnej i ekonomicznej.

Nierówność płci

Nierówności społeczne, ubóstwo i nierówności w dostępie do zasobów, w tym opieki zdrowotnej, w wyniku dużego obciążenia chorobami przewlekłymi dotyczą kobiet na całym świecie, a zwłaszcza kobiet ubogich.

- Kobiety, choć są często w złym stanie zdrowia, żyją dłużej niż mężczyźni i dłużej muszą radzić sobie z chorobami przewlekłymi, które ich dotyczą.
- Koszty związane z opieką zdrowotną, w tym opłaty wnoszone przez użytkowników systemu ochrony zdrowia, są dla kobiet barierą do korzystania z usług, jako że ich dochody są niższe niż mężczyzn, i mają często mniejszy wpływ na dysponowanie wydatkami w gospodarstwie domowym.

- Obciążenie pracą kobiet w domu i sprawowanie przez nie opieki nad członkami rodziny, gdy oni są chorzy - to także istotne czynniki opóźniające zdecydowanie się na leczenie.
- W obszarach, gdzie kobiety mają ograniczone możliwości przemieszczania się, mogą one nie być w stanie podróżować do ośrodków zdrowia w celu uzyskania pomocy. (WHO 2005, P65).

Systemy ochrony zdrowia

Wzrost zachorowań na choroby przewlekłe nakłada coraz większe obciążenia i stwarza nowe, różnorodne wymagania w każdym systemie ochrony zdrowia na świecie.

Problem ten dotyczy wszystkich elementów systemu ochrony zdrowia — świadczeniodawców, pracowników ochrony zdrowia, systemów informatycznych, produktów medycznych, szczepionek, technologii, finansowania oraz przywództwa i zarządzania. Mimo deklarowanych zobowiązań w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej większość systemów ochrony zdrowia ciągle musi koncentrować się na opiece skoncentrowanej na chorobach przewlekłych zamiast na epizodycznych stanach nagłych. Modele opieki przewlekłej zostały bardziej szczegółowo omówione w Rozdziale 4.

Plan działania WHO na lata 2008-2013 na rzecz Globalnej Strategii Zapobiegania i Kontroli Chorób Niezakaźnych (WHO, 2008a) oferuje wytyczne dla krajów w zakresie reorientacji i wzmacniania systemów ochrony zdrowia.

Pielęgniarki mogą korzystać z wytycznych, przekazując informację o nich na poziomie lokalnym i krajowym. Wytyczne te obejmują: zapewnienie wdrożenia odpowiednich działań politycznych; wykształcenie i przygotowanie profesjonalistów i innych nieprofesjonalistów; odpowiedni dostęp do podstawowych leków i podstawowych technologii; standardy dla podstawowej opieki zdrowotnej; dobrze działające mechanizmy skierowań; stosowanie wytycznych opartych na dowodach naukowych i standardy postępowania dla eliminacji często wspólnych przyczyn występowania takich chorób jak: choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca i przewlekłe choroby układu oddechowego; efektywne podejście do problemu wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy oraz cukrzycy, nadciśnienia i innych sercowo-naczyniowych czynników ryzyka; udoskonalone szkolenie lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia; wsparcie w celu umożliwienia osobom z chorobami niezakaźnymi lepszego radzenia sobie z (zarządzania) własną chorobą (np. edukacja, motywacja i narzędzia dla samoopieki); oraz mechanizmy trwałego finansowania ochrony zdrowia w celu zmniejszenia nierówności w dostępie do opieki medycznej.

Koszty choroby przewlekłej

Pomimo, że istnieją przekonujące dowody epidemiologiczne wskazujące na wzrastający ciężar chorób przewlekłych, brakuje dowodów o ich skutkach ekonomicznych. Trzeba podkreślić, że koszty chorób przewlekłych nie są ograniczone do bezpośrednich medycznych kosztów operacji i farmakoterapii. Znaczące są też koszty pośrednie, w tym: niższa wydajność ekonomiczna w pracy pracowników chorych i niepełnosprawnych, przedwczesne emerytury oraz koszty różnych mechanizmów radzenia sobie (samoopieki), wykorzystywanie oszczędności i nieinwestowanie, sprzedaż majątku gospodarstw domowych albo nieposyłanie dzieci do szkoły, by sprostać opiece nad chorym członkiem rodziny. Te znacząco wzrastające koszty ponoszą jednostki i ich rodziny, społeczność lokalna, pracodawcy i gospodarka (OXHA 2009a). Ponadto istnieją niewymierne koszty związane z jednostką wynikające z ludzkiego bólu, cierpienia czy osierocenia.

Ponieważ dla opisanego i obliczenia kosztów stosowane są różne metody i podejścia, trudno jest uzyskać wyczerpujące i uzgodnione dane. Wyniki natomiast są przedmiotem różnych interpretacji. Trzy główne sposoby szacowania kosztów to:

- metoda oszacowania kosztów choroby (illness metod);
- modele rozwoju gospodarczego, które oszacowują wpływ chorób przewlekłych na dochód narodowy przez zmienne takie jak podaż pracy i oszczędności oraz zadłużenia i kredyty (economic growth models);
- metoda całkowitego dochodu (the full-income metod), próbujące wycenić straty powiązane ze złym stanem zdrowia. (WHO 2005, p75).

Szacowanie kosztów choroby przewlekłej wynikające z modelu rozwoju gospodarczego dają najniższe wyniki. Natomiast najwyższe wyniki można uzyskać z pomocą metody całkowitego dochodu, podczas gdy koszt choroby przewlekłej szacuje się pomiędzy nimi dwiema.

W wyniku zastosowania metody oszacowania kosztów choroby, szacuje się, iż w Stanach Zjednoczonych całkowite koszty opieki medycznej, będące wynikiem chorób serca, wzrosły z 298,2 miliarda dolarów amerykańskich w 2000 r., do 329,2 miliarda dolarów amerykańskich w 2001 r. i 351, 8 miliarda dolarów amerykańskich w 2002 r. (WHO 2005, p75).

W Australii, natomiast udar pochłania około 2% bezpośrednich całkowitych kosztów opieki medycznej (WHO 2005, p76).

Według prognoz, wynikających z badań Norweskich, ograniczenie spożycia soli przez 25 lat doprowadzi do obniżenia poziomu ciśnienia krwi populacji o 2 mmHg. Efektem tego będzie

zmniejszenie liczby zachorowań na choroby serca i udar, co spowoduje oszczędności rzędu 188 milionów dolarów amerykańskich. (WHO 2005, p77).

Badania Kanadyjskie szacują, że zwiększenie o 10% aktywności fizycznej mogłoby zmniejszyć bezpośrednie wydatki na opiekę zdrowotną do 150 miliona C\$ rocznie (w przybliżeniu 124 miliona dolarów amerykańskich). (WHO 2005, p77).

WHO szacuje, że tylko między 2006 – 2015 Chiny mogą stracić 558 miliardów dochodu narodowego z powodu chorób serca, udaru i cukrzycy (WHO 2009b).

W 2008 r. na posiedzeniu OECD odnotowano:

- Straty produktywności związane z występującym ryzykiem złego stanu zdrowia, stanowią tyle co 400% kosztów leczenia chorób przewlekłych
- W Stanach Zjednoczonych, osoby z chorobami przewlekłymi pochłaniają więcej niż 75% kwoty z 2 trylionów dolarów amerykańskich przeznaczanych na krajowe wydatki medyczne
- Gdy ciężar ekonomiczny choroby przewlekłej wzrasta, może to spowodować przesunięcia środków potrzebnych dla poprawy innych istotnych kwestii, jak również pieniędzy potrzebnych do zaspokojenia podstawowych potrzeb, takich jak edukacja i infrastruktura zarówno w uprzemysłowionych jak i krajach rozwijających się
- Tylko 3% z wydatków zdrowotnych w krajach OECD jest przeznaczanych na profilaktykę. (PriceWaterhouseCoopers LLP 2008).

W Stanach Zjednoczonych więcej niż 75 miliardów dolarów amerykańskich stanowią koszty bezpośrednie i pośrednie związane z paleniem, natomiast koszty wynikające z leczenia cukrzycy pochłaniają każdego roku ponad 130 miliardów dolarów amerykańskich. (OXHA 2009a).

Cukrzyca w 2007 r. spowodowała około 3,8 miliona zgonów na całym świecie, co stanowiło około 6% z całkowitej liczby zgonów, prawie tyle samo co z powodu HIV/AIDS. Z danych WHO wynika, że każdego roku z powodu osób zmarłych na cukrzycę jest utraconych ponad 25 milionów lat życia (na skutek przedwczesnej śmierci).

Międzynarodowa Federacja Cukrzycy (IDF) ocenia, że dodatkowe 23 miliony lat życia jest utracone na skutek niepełnosprawności i zmniejszonej jakości życia spowodowanej przez powikłania cukrzycy, którym można zapobiec. Osoby z cukrzycą stają wobec wysokiego ryzyka przedwczesnej śmierci (utracone lata życia) szczególnie w krajach, gdzie jednostki i rodziny muszą samodzielnie pokrywać koszty opieki i leczenia.

Różnice między krajami rozwiniętymi a rozwijającymi się

W najbogatszych krajach świata wydatki na leczenie cukrzycy stanowią ponad 80% wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia. W krajach o średnim i niskim dochodzie, gdzie wkrótce będzie żyć 80% osób z cukrzycą, przeznacza się mniej niż 20% wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia.

W Stanach Zjednoczonych mieszka około 8% populacji świata chorej na cukrzycę. W USA na opiekę nad chorymi na cukrzycę, wydaje się więcej niż 50% z globalnych wydatków przeznaczanych na opiekę medyczną - w Europie wydatki te stanowią 25% globalnych wydatków. Wśród pozostałych krajów uprzemysłowionych najczęściej na leczenie cukrzycy wydają Australia i Japonia. Natomiast w najbiedniejszych krajach świata na leczenie cukrzycy nie przeznacza się wystarczających środków, by zapewnić dostęp nawet do najtańszych ratujących życie leków.

Dramatyczny wzrost kosztów opieki medycznej w zakresie cukrzycy

Cukrzyca jeszcze nie zdiagnozowana także powoduje już powstawanie kosztów. Przeznaczanie niewystarczających środków w celu zapobiegania kosztownym powikłaniom takim jak choroby serca, udar, choroby nerek i amputacje powoduje, że koszty opieki medycznej nad chorymi na cukrzycę są dużo wyższe niż być powinny. Koszty leczenia chorych na cukrzycę, z chorobą nerek w ostatnim stadium, są 3 do 4 razy wyższe niż koszty dla osoby, która nie ma żadnych powikłań związanych z cukrzycą. W 2007 r. przeznaczony się na świecie przynajmniej 232 miliardy dolarów amerykańskich, na leczenie cukrzycy i zapobieganie jej powikłaniom. Do 2025 r. suma ta prawdopodobnie przekroczy 302,5 miliarda dolarów amerykańskich. (IDFb).

Strategie zmniejszenia ryzyka chorób przewlekłych

Niniejszy rozdział koncentruje się na zapobieganiu chorobom przewlekłym. Dotyczy to niektórych czynników ryzyka behawioralnych i biologicznych, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia najbardziej powszechnych chorób przewlekłych, np. cukrzycy, chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego i niektórych nowotworów, oraz wskazuje zakres działań w celu ograniczenia lub zarządzania tymi zagrożeniami.

Zapobieganie chorobom przewlekłym

Ponieważ podstawowe przyczyny chorób przewlekłych często wykraczają poza sektor ochrony zdrowia, strategie mające na celu zapobieganie chorobom przewlekłym potrzebują zaangażowania innych sektorów takich jak: rolnictwo, finanse, handel, transport, planowanie przestrzenne miast, edukację i sport. Działania we wszystkich sektorach muszą być analizowane i dostosowane dla zapewnienia jak najlepszych efektów zdrowotnych.

Ograniczanie czynników ryzyka

Do 80% chorób serca, udarów i cukrzycy typu 2 oraz ponad jednej trzeciej nowotworów można by zapobiec poprzez wyeliminowanie lub skuteczne zarządzanie czynnikami ryzyka. Podstawowe zachowania zdrowotne stanowią wspólne czynniki ryzyka np.: używanie tytoniu, niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej i szkodliwe spożywanie alkoholu. Z ww. czynnikami powiązane są biologiczne czynniki ryzyka, które obejmują podwyższone: ciśnienie krwi, cholesterol, poziom cukru we krwi oraz nadwagę i otyłość.

Dane z Oxford Health Alliance (OXHA 2006) wskazują, że w krajach rozwiniętych czynniki ryzyka dotyczą głównie ludności ubogiej, podczas gdy w krajach rozwijających się grupa społeczno - ekonomiczna zmienia się w odniesieniu do różnych czynników ryzyka. Na przykład w większości krajów o niskim dochodzie palenie tytoniu dotyczy osób biednych. Jeśli idzie o otyłość, to w krajach bogatych niezdrowe nawyki zwykle zaczynają się od bogatych i rozpowszechniają się wśród osób ubogich. Chociaż dane dotyczące cukrzycy wskazują na przewagę jej występowania wśród osób bogatych z krajów rozwiniętych i rozwijających się, to faktem jest, że w tych krajach osoby biedniejsze mają trudności

z dostępem do wczesnej diagnozy i leczenia. Obraz jest bardziej złożony w przypadku innych wskaźników, takich jak aktywność fizyczna i dusznica bolesna.

Strategie redukcji czynników ryzyka powinny wspierać podejście oparte na współpracy różnych sektorów. Celem ich jest zwiększenie świadomości, zapewnienie i zachęcanie do podejmowania realistycznych i dostępnych wyborów zdrowotnych i umożliwienie, aby podejmowane wybory były wyborami prostymi i łatwymi do zastosowania.

Działania

Działania dotyczące redukcji czynników ryzyka obejmują profilaktykę pierwotną i wtórną. Profilaktyka pierwotna to działania podejmowane przed rozpoznaniem choroby, które mogą mieć charakter indywidualny, dotyczyć społeczności lokalnej lub całej populacji. Profilaktyka wtórna obejmuje badania przesiewowe, takie jak monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi oraz badania poziomu cholesterolu i zażywanie leków, takich jak: aspiryna, statyna, beta-blokery i inhibitory ACE dla tych, którzy są poważnie zagrożeni lub osób u których rozwinęła się już choroba.

Poziom indywidualny

W różnych okresach życia ludzie z wielu powodów, decydują się uczestniczyć w różnych działaniach promujących zdrowie i to, po to, aby np. wyglądać lepiej, mieć lepsze samopoczucie lub zachować zdrowie. Celem tych działań nie zawsze jest zapobieganie chorobie przewlekłej, lecz podejmowanie działań celem eliminacji czynników ryzyka przyczyniających się do rozwoju tych chorób. Działania te obejmują:

- zaprzestanie palenia lub wykorzystanie zastępczej terapii nikotynowej; odpowiedzialne spożywanie alkoholu tj. nie przekraczanie maksymalnych, zalecanych poziomów spożycia;
- regularne ćwiczenia, które odpowiadają co najmniej 30 minutowemu energicznemu spacerowi trzy razy w tygodniu;
- utrzymanie odpowiedniej masy ciała oraz wskaźnika masy ciała (BMI) i spożywanie co najmniej pięciu porcji świeżych owoców i warzyw dziennie, ograniczenie spożycia soli i przestawienie się na tłuszcze nienasycone.

Nawet dla osób, które mają możliwość, środki i motywację, aby zmniejszyć ryzyko rozwoju choroby przewlekłej utrzymanie tych działań może stanowić wyzwanie, dopóki nie zostaną one w pełni włączone do ich codziennego życia. Pielęgniarki mogą dawać przykład

i zachęcać rodziny i znajomych do przyłączenia się wraz z nimi do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Poziom społeczności lokalnej

Aby zapewnić skuteczność działań na poziomie lokalnym ważne jest powiązanie wielu czynników takich jak: udział samej społeczności lokalnej, decyzje wspierające na poziomie lokalnym, działania międzysektorowe, współpraca z organizacjami pozarządowymi, przemysłem i sektorem prywatnym.

Istotny wpływ na zdrowie dzieci, rodzin oraz pracowników mogą mieć zdrowe szkoły i miejsca pracy, co może przyczyniać się do wzrostu zadowolenia i zaangażowania w pracę, naukę i poprawę jej wydajności.

Pielęgniarki mogą odegrać znaczącą rolę we wspieraniu tej inicjatywy przez prowadzenie edukacji i kampanii informacyjnych, sprawianie, aby informacje na temat zdrowia były jasne i spójne; wpływanie na politykę zdrowotną oraz działania dotyczące dostępu do zdrowej żywności, w szkole i miejscu pracy; zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych, takich jak poradnictwo żywieniowe lub kontrola ciśnienia krwi; zachęcanie do tworzenia zdrowego środowiska oraz do zapewnianie udogodnień dla aktywności fizycznej oraz stworzenie środowiska, w którym wybory zdrowotne są prostymi wyborami łatwymi do realizacji.

Wspólnotowe działania w dziedzinie polityki zdrowotnej (OXHA 2009b) to światowy program badań mających na celu stworzenie działań dla środowiska, w którym ograniczy narażenie na: używanie tytoniu, ubogą dietę i brak aktywności fizycznej. Działania obejmują budowanie koalicji społecznej, edukację zdrowotną, działania strukturalne, społeczne strategie marketingowe. Program jest wprowadzany obecnie w krajach rozwiniętych i rozwijających się, w społecznościach o dużym ryzyku zachorowań w tym: w Chinach, Indiach, Meksyku, Tunezji, Izraelu, Wielkiej Brytanii i USA. Działania te ukierunkowane są na społeczności lokalne, szkoły, miejsca pracy i ośrodki zdrowia. Oczekuje się, że program wypracuje:

- „mapę drogową” dla wytycznych, których celem będzie stworzenie dobrych praktyk dla określenia czynników ryzyka chorób przewlekłych;
- kompleksową międzynarodową bazę danych dotyczącą podejmowanych działań i ich wyników;
- artykuły naukowe przedstawiające nowe sposoby redukcji czynników ryzyka i zapobiegania chorobom przewlekłym.

W Ameryce Północnej ludność rdzenna była nieproporcjonalnie dotknięta epidemią cukrzycy typu 2, osiągając jeden z najwyższych wskaźników na świecie. Dowiedziono, że 50% zachorowalność osób dorosłych, najwyższa udokumentowana w historii, występuje wśród u Indian z Arizony. Zidentyfikowanymi istotnymi czynnikami ryzyka w tym przypadku były to dieta i brak ruchu. Wprowadzony program działań, który realizowany był przez wiele instytucji i obejmował większość członków obu społeczności, okazał się skuteczny i kulturowo akceptowalny. Dalsze prace w przedmiotowym zakresie jeszcze trwają. (Rosecranscet al. 2008).

Poziom społeczności lokalnej

Na poziomie społeczności lokalnej, zmiany obejmują między innymi: zmiany w zasadach stanowienia podatków (np. od tytoniu i alkoholu), przepisów dotyczących palenia tytoniu i picia alkoholu, zmiany zasad dotyczących etykietowania żywności, czy obrotu i wytwarzania produktów. Znaczący wpływ na sposób odżywiania osób mogą mieć także zmiany procesów przemysłowych zmierzających do zmniejszenia niezdrowych komponentów żywności, takich jak ilość niezdrowych tłuszczów lub soli w produkowanej żywności.

Prawie jedna trzecia z oszacowanych trzech milionów zgonów rocznie świecie, związanych z tytoniem dotyczy Indii. Odnotowano tam wzrost przedrakowych zmian chorobowych w jamie ustnej, które według przekonań lekarzy są powodowane przez żucie tytoniu. Żucie tytoniu w Indiach jest społecznie akceptowalne i staje się coraz bardziej popularne, szczególnie wśród osób młodych. Niektóre rodzaje tytoniu do żucia lub palenia, które zostały wprowadzone do obrotu, w szczególności w ostatniej dekadzie, są wykorzystywane przez dzieci w wieku sześciu lub siedmiu lat. (Joshi 2006). Rak jamy ustnej ma dziesięcioletni okres inkubacji, istnieje więc obawa, że ogromny atak tej choroby dotknie Indie za kilka lat. Indyjski Stan Goa uchwalił jedno z najostrzejszych przepisów antynikotynowych na świecie. Ustawa o zakazie palenia i plucia w Goa zakazuje palenia i spluwania przeżutego tytoniu w miejscach publicznych i miejscach pracy lub używania tytoniu na postojach autobusowych, plażach i w transporcie publicznym. Ustawa zakazuje wszelkiej reklamy wyrobów tytoniowych w państwie i sprzedaży wyrobów tytoniowych w odległości 100 metrów od szkoły lub miejsca kultu. (BBC Worldservice).

Profilaktyka związana z chorobami przewlekłymi - problemy i kwestie

Analiza czynników ryzyka chorób przewlekłych obejmuje wiele kwestii, w tym: efektywność kosztów, różnice kulturowe, dostęp do informacji i informacje o procesie decyzyjnym.

Koszty i wpływ wielu działań ograniczających ryzyko są łatwiejsze do oceny na poziomie indywidualnym niż na poziomie wspólnoty czy poziomie społeczeństwa. Obecnie trwają badania, których celem jest określenie relatywnej skuteczności ogólnej prewencji pierwotnej.

Istnieją również różnice kulturowe dotyczące zachowań zdrowotnych, w zakresie poszukiwania wiedzy, utrzymania zdrowia i zarządzania samoopieką, indywidualnych wyborów i odpowiedzialności za promocję zdrowia. Istnieją również znaczne różnice w relacjach między administracją publiczną a ochroną zdrowia w szczególności w zakresie wymiany informacji i podejmowania decyzji.

Dostęp i korzystanie z dokładnych, właściwych i obiektywnych informacji jest istotny na wszystkich poziomach, poczynając od jednostki poprzez pracowników ochrony zdrowia, aż do decydentów politycznych. Oczywiście jest zwiększenie zapotrzebowania na informację zdrowotną w krajach rozwijających się, gdzie niska jest świadomość o konsekwencjach palenia, spożywania alkoholu, ubogiej diety i braku aktywności fizycznej dla zdrowia. Inicjatywa „Informacje Zdrowotne Dla Wszystkich do roku 2015”, w której ICN uczestniczy, ma na celu zagwarantowanie, aby każda osoba miała dostęp do edukatora (HIFA). Przykładem korzyści z dostarczania informacji jest nieoczekiwane trwałe ograniczenie palenia, które miało miejsce w USA w 1964 roku, po publikacji sprawozdania Naczelnego Lekarza Kraju w sprawie zagrożeń zdrowotnych wynikających z palenia tytoniu.

Kwestia dostarczania informacji nie jest jednak tak prosta, jak mogłoby się wydawać. Ponieważ nie wszystkie informacje konieczne dla zrozumienia istoty problemu mogły być dostępne - trzeba było wieków, by zrozumiano na czym polegają zdrowotne skutki palenia. Niektóre grupy, w tym dzieci, mogą nie posiadać umiejętności lub zdolności interpretowania czy rozumienia informacji, dlatego sprzedaż dzieciom żywności i napojów jest kwestią sporną. Wśród osób dorosłych, może być sceptycyzm i brak zaufania do informacji dostarczanych przez przemysł, rządy i inne zainteresowane podmioty.

Wiedza o wyborze zdrowotnym to jedna rzecz, natomiast czymś zupełnie innym jest podjęcie wyboru zdrowotnego. Osoby nie zawsze zachowują się racjonalnie i podejmowanie ryzyka jest częścią ich normalnych zachowań. Nawet dobrze poinformowane osoby spożywają niezdrową żywność, palą i piją za dużo alkoholu. Istotnym elementem strategii może być jednoczesne dostarczanie informacji i podnoszenie świadomości społecznej. Może to jednak nie wystarczać do zmiany zachowań i prowadzonych praktyk. **W celu informowania i edukowania całej populacji niezbędne jest wydawanie spójnych komunikatów**

dotyczących kwestii zdrowia, które muszą być przekazywane i wzmacniane regularnie różnorodnymi sposobami.

Znaczącą rolę w osiągnięciu trwałej zmiany stylu życia i zapobieganiu chorobom przewlekłym odgrywa wsparcie psychospołeczne, motywacyjne i behawioralne, np. wspólne ustalanie celów i rozwiązywanie problemów. (Fekete et al. 2007; Whitemore, et al. 2009; Lindstrom, et al. 2008). Podkreśla się, że pielęgniarki byłyby w stanie zapobiec do 80% chorób przewlekłych, gdyż są dobrze przygotowane do wniesienia znaczącego wkładu w zapobieganie chorobom przewlekłym w skali światowej.

Zapobieganie cukrzycy typu 2

Profilaktyka pierwotna ogranicza zarówno potrzebę opieki diabetologicznej jak również potrzebę leczenia powikłań związanych z cukrzycą poprzez identyfikację i ochronę osób narażonych na ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2. W zakresie zapobiegania cukrzycy typu 2 ważnym elementem jest zmiana stylu życia polegająca na regularnej kontroli masy ciała i zwiększeniu aktywności fizycznej.

Profilaktyka wtórna obejmuje wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom, a więc zmniejsza zapotrzebowanie na leczenie. Działania podjęte we wczesnym okresie cukrzycy są bardziej korzystne i bardziej opłacalne jeśli chodzi o wpływ na jakość życia, szczególnie, jeśli to działanie może zapobiec hospitalizacji.

Obecnie mamy już przekonujące dowody, że poprawnie prowadzona kontrola poziomu cukru we krwi może znacznie zmniejszyć ryzyko rozwoju powikłań i spowolnić ich rozwój we wszystkich typach cukrzycy. Równie ważna jest kontrola wysokiego ciśnienia krwi i podniesionego stężenia lipidów we krwi (IDFc). Ostatnie badania w USA wskazują, że regres od stanu przedcukrzycowego do normalnego poziomu glukozy może zostać osiągnięty poprzez zmniejszenie masy ciała i intensywną modyfikację stylu życia. (Perreault et al. 2009).

Zarządzanie Opieką Długoterminową

Zakres kompetencji pielęgniarek w odniesieniu do opieki długoterminowej

W rozdziale tym rozważa się kwestie opieki i postępowania dotyczącego chorób przewlekłych, w odniesieniu do różnych modeli opieki długoterminowej. Podkreślono w nim wkład pielęgniarek w działania na rzecz opieki nad przewlekle chorymi, dokonując także odniesienia do kompetencji wymaganych od pielęgniarki w ramach ciągłości świadczenia opieki nad chorymi przewlekle.

Modele postępowania w zakresie opieki nad chorymi przewlekle

Z uwagi na coraz większą liczbę osób dotkniętych przez więcej niż jedną chorobę przewlekłą, jak np. cukrzyca i choroby układu krążenia, choroby przewlekłe nie są już postrzegane jednostkowo i w oderwaniu od siebie. Choroby przewlekłe nakładają na pacjentów, ich rodziny i system opieki zdrowotnej podobne wymagania np. dotyczące opieki. W związku z powyższym ogólnie stosowane strategie postępowania mogą być skuteczne dla wszystkich chorób przewlekłych.

Pacjenci przewlekle chorzy wymagają wielopoziomowego wsparcia w ich społeczności lokalnej, aby tak długo, jak to możliwe utrzymać najlepszy możliwy do osiągnięcia stan zdrowia i poziom funkcjonowania. Aby pacjenci mogli szybko reagować na wszelkie zmiany lub pogorszenie ich stanu zdrowia, przed rozwinięciem się stanu ostrego, potrzebują umiejętności w zakresie samoopieki. Aby pacjenci potrafili poradzić sobie z problemami w domu opieka musi być planowana, a postępowanie musi wyprzedzać ich potrzeby zdrowotne.

Modele opieki nad przewlekle chorymi są adaptowane i wykorzystywane w różnych krajach. Pielęgniarki znajdują się w uprzywilejowanej pozycji, ponieważ mogą prowadzić i wspierać odpowiednie modele opieki nad przewlekle chorymi. Jako przykłady wskazano dwa modele opieki przedstawione na rysunkach 1 i 2., „Model Opieki nad Przewlekle Chorymi” (CCM) i schemat „Innowacyjny Model Opieki w Chorobach Przewlekłych WHO” (ICCC).

Model Opieki nad Przewlekle Chorymi (CCM)

Istotą ujęcia CCM jest interakcja pomiędzy „poinformowanym, aktywnym pacjentem i przygotowanym, proaktywnym¹ zespołem terapeutycznym”. Oznacza to, „zmotywowanego pacjenta posiadającego informacje, umiejętności i poczucie pewności przy podejmowaniu skutecznych decyzji dotyczących jego zdrowia i postępowania zdrowotnego oraz działanie zespołowe na rzecz zapewnienia niezbędnych dla pacjenta informacji, wspomaganie jego decyzji i dostarczania środków celem zapewnienia wysokiej jakości opieki.” (Improving Chronic Illness Care 2004). Model ten opiera się na sześciu powiązanych ze sobą elementach i związanych z nimi działaniach określonych poniżej. Na całym świecie we wszystkich tych elementach i działaniach pielęgniarki odgrywają istotną rolę.

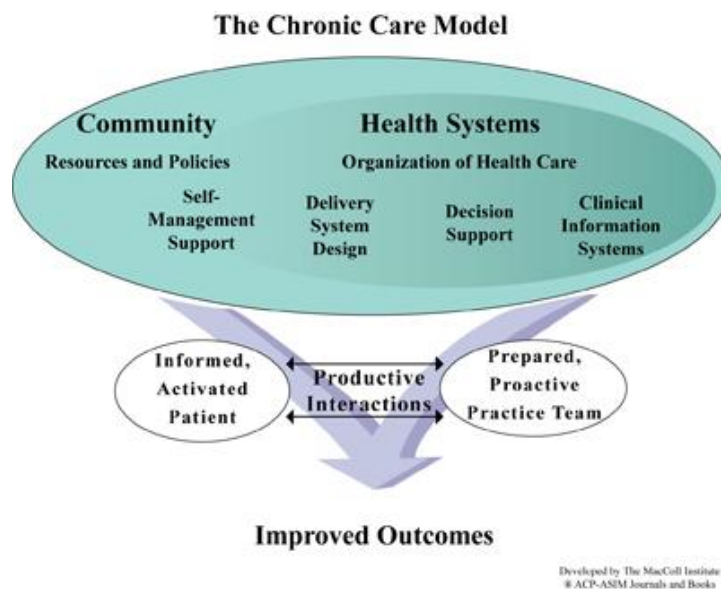
Model Opieki nad Chorymi Przewlekle (CCM)

Element	Działania/Udział
Relacja pacjent – dostawca opieki (świadczyciel)	<ul style="list-style-type: none">• Zaangażowanie pacjentów jako aktywnych partnerów w zakresie postępowania dotyczącego ich stanu chorobowego• Zapewnienie informacji i edukacji dla pacjentów, opiekunów, rodzin i szerokiej opinii publicznej• Ułatwianie pacjentowi samoopieki i zarządzania chorobą• Rozwijanie relacji między pacjentami i dostawcami opieki w dłuższym okresie czasu. Uznanie, że pacjenci, opiekunowie i rodziny mogą korzystać z opinii wielu ekspertów niż tylko lekarzy ogólnych poszukując nowych możliwości osiągnięcia postępu w leczeniu. Mogą oni też często dostarczać nowych informacji pielęgniarkom czy lekarzom.
Konstrukcja systemu świadczeń	<ul style="list-style-type: none">• Wprowadzanie profilaktyki, badań przesiewowych, diagnostyki i oceny (usług)• Zmiana uczestnictwa pacjentów z biernego na czynne i proaktywne planowanie opieki• Wykorzystywanie w praktyce współpracy i zespołowego podejścia• Monitorowanie grup wysokiego ryzyka• Kompleksowe koordynowanie opieki nad pacjentami ze zróżnicowanymi potrzebami zdrowotnymi• Planowanie i dostarczanie opieki odpowiednio do poziomu rozumienia i odpowiadającej ich kulturze
Wspieranie decyzji	<ul style="list-style-type: none">• Systematyczne wykorzystywanie narzędzi diagnostycznych i ich oceny• Wykorzystanie opartych na dowodach naukowych protokołów, przewodników praktyki klinicznej do tworzenia wytycznych dla działania i udostępnianie ich pacjentom• Koordynacja skierowań do specjalistów analizowana zespołowo

¹ Proaktywność to postawa, w której przyjmujemy, że to my decydujemy o kształcie naszego życia, poprzez nasze wybory. W naszych rękach jest odpowiedzialność za to, jak nasze życie będzie wyglądało źródło: <http://proaktywni.wordpress.com/2006/03/09/proaktywnosc/> (dostęp 20 kwietnia 2010 r.) przyp. PTP

Element	Działania/Udział
Systemy informatyczne	<ul style="list-style-type: none"> Efektywna komunikacja i odpowiednie zarządzanie informacją Wykorzystanie nowoczesnych technologii Prowadzenie w praktyce rejestrów pacjentów z wykorzystaniem wskazówek dla przypominania i otrzymywania informacji zwrotnych Monitorowanie i ewaluacja opieki i leczenia Koncentrowanie się na podnoszeniu jakości
Zasoby środowiska lokalnego	<ul style="list-style-type: none"> Tworzenie silnych związków z instytucjami społecznymi w celu promowania zdrowego stylu życia i rozwoju programów zdrowotnych Posiadanie wiedzy umożliwiającej pracę w poszczególnych kulturach i społecznościach Skuteczne zachęcanie pacjentów do uczestniczenia w programach Zwiększanie roli społeczności lokalnej, personelu niemedycznego i z innych sektorów
Organizacja opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> Angażowanie się we wspieranie strategii rozwoju infrastruktury opieki zdrowotnej Przyjmowanie odpowiednich ról przywódczych w ramach i pomiędzy organizacjami Opracowywanie programu koordynacji opieki Efektywne zarządzanie kosztami i wykorzystywaniem zasobów Przyczynianie się do ustalania polityki zdrowotnej, planowania i zarządzania świadczeniami Promowanie rozwoju skutecznych strategii Zapewnienie, że motywacją będzie jakość opieki

Schemat Struktury Innowacyjnej Opieki w Stanach Przewlekłych WHO (ICCC)



Przedrukowano za zgodą otrzymaną z H.Wagner, MD,MPH, Chronic Disease Management: What Will Take it Take To Improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice, Aug, Sep 1998, Vol. 1²

² Polska wersja Ryc. znajduje się w Czasopiśmie „Problemy Pielęgniarstwa 2010”; 18 (1):77.

Schemat Struktury Innowacyjnej Opieki w Stanach Przewlekłych WHO (ICCC) jest oparty na założeniu, że pozytywne rezultaty w przypadku chorób przewlekłych mogą być osiągnięte tylko wtedy, gdy przygotowani, poinformowani i zmotywowani pacjenci i ich rodziny, zespoły opieki medycznej i interesariusze społeczni pracują razem. (WHO, 2002).

Ramy tej opieki oparte są na następujących podstawowych zasadach:

- Podejmowaniu decyzji w oparciu o dowody naukowe
- Zorientowaniu na środowisku lokalnym
- Zorientowaniu na profilaktykę
- Zorientowaniu na podnoszenie jakości
- Integracji
- Elastyczności

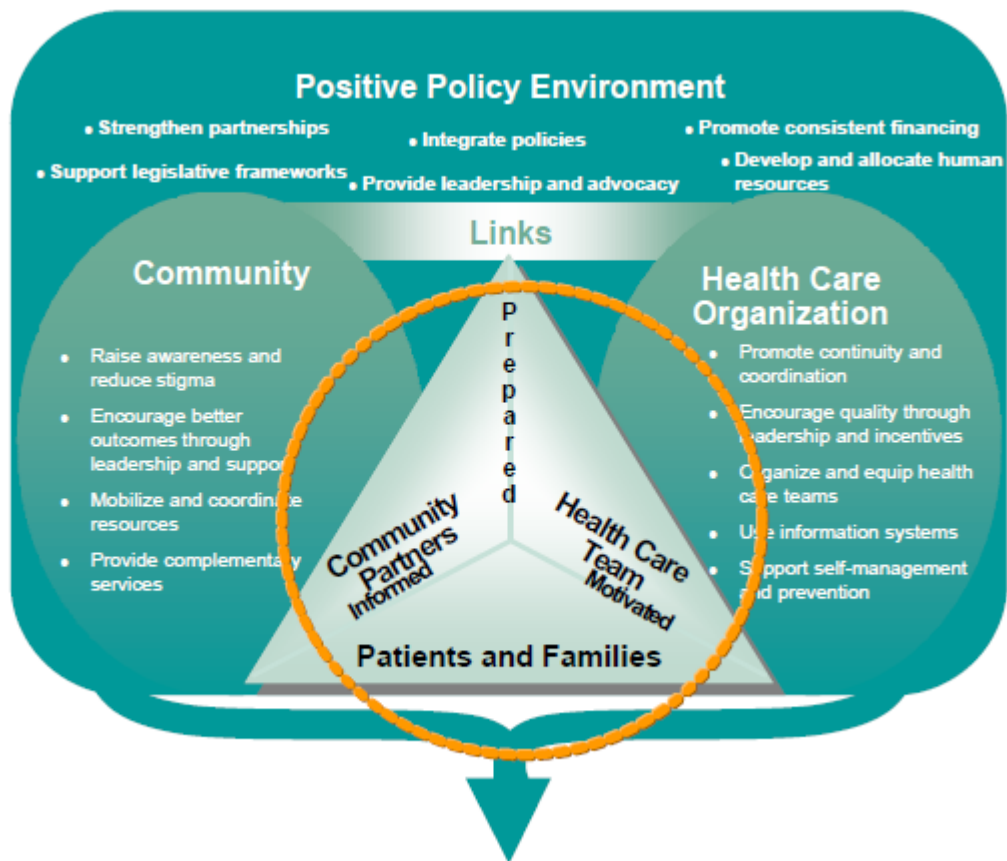
Ramy tego modelu składają się z podstawowych części tj. modułów konstrukcyjnych, które mogą być wykorzystywane do tworzenia lub zmiany konstrukcji systemu opieki zdrowotnej w celu bardziej efektywnego zarządzania problemami zdrowotnymi w stanach przewlekłych. Pielęgniarki są dobrze przygotowane do kompleksowego i skutecznego udziału we wszystkich z poniższych elementów jak i w każdym z osobna. Mogą też zapewnić właściwą oraz skuteczną opiekę i sposób postępowania w chorobach przewlekłych, w zależności od dostępnych zasobów i sytuacji lokalnej.

Schemat Struktury Innowacyjnej Opieki w Stanach Przewlekłych WHO (ICCC)

Moduły konstrukcyjne	Działania
Organizacja opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> • Wspieranie profilaktyki i zarządzania samoopieką • Zorganizowanie i wyposażanie zespołów opieki zdrowotnej • Wykorzystywanie systemów informacji • Promowanie ciągłości opieki i jej koordynacji • Stymulowanie jakości opieki przez kierownictwo poprzez motywację i system zachęt
Środowisko lokalne	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizowanie i koordynacja zasobów • Zapewnienie świadczeń • Stymulowanie wsparcia przez kierownictwo i zachęcania do lepszych wyników i • Zwiększenie świadomości i zmniejszenie stygmatyzacji
Środowisko polityczne	<ul style="list-style-type: none"> • Wzmocnienie partnerstwa • Rozwój i alokacja zasobów ludzkich • Zapewnienie przywództwa i rzecznictwa

Moduły konstrukcyjne	Działania
	<ul style="list-style-type: none"> • Integracja polityki • Promowanie spójnego finansowania • Wspieranie struktur legislacyjnych

Schemat Struktury Innowacyjnej Opieki w Stanach Przewlekłych WHO (ICCC)³



Wzrost wyników możliwych do osiągnięcia

Udział pielęgniarek

Zasadniczym znaczeniem dla obu tych modeli jest skupienie się na informacji oraz motywacji pacjentów, ich rodzin i społeczności lokalnych, wspieranych przez świadome i poinformowane zespoły kliniczne.

Pielęgniarki odgrywają wiodącą rolę w każdym z zespołów szczególnie w zakresie: dostarczania informacji i edukacji pacjentów; budowania relacji z pacjentami, opiekunami i społecznościami lokalnymi; zapewnienia ciągłości opieki; wykorzystania technologii do zagwarantowania zapewnienia opieki (ICN 2007); wspomaganie przestrzegania długotrwałych terapii oraz promowania praktyki współpracy. (ICN 2004).

³ Ibidem

W Stanach Zjednoczonych model opieki nad przewlekle chorymi został opracowany i wprowadzony w życie przede wszystkim przez lekarzy **Bodenheimer, (lekarz) stwierdza, że „literatura w zakresie opieki zdrowotnej i doświadczenia w podejmowaniu wielu działań na rzecz poprawy opieki nad przewlekle chorymi wskazują, że pielęgniarki, a nie lekarze, są kluczem do wdrażania modelu opieki nad przewlekle chorym w zespole opieki skoncentrowanym na pacjencie.”** (Bischoff et al. 2009).

„Obserwuje się wiele pozytywnych wyników w opiece planowej, realizowanej przez pielęgniarki opiekujące się chorymi w domu - być może ze względu na lepszą komunikację pielęgniarek z pacjentami. Pielęgniarki wydają się być szczególnie niezbędne w zespołach i są w stanie ustalić, być może bardziej korzystną, od lekarzy, współpracę z pacjentami. Dlatego pielęgniarki powinny być dobrze przygotowane do stawienia czoła wyzwaniu jakim jest epidemia chorób przewlekłych na świecie.” (Bischoff et al. 2009).

Kompetencje

Niezależnie od tego, jaki jest stosowany model opieki nad przewlekle chorymi, pielęgniarki odgrywają w nim kluczową rolę i muszą posiadać wiedzę, umiejętności oraz cechy umożliwiające im rozwijanie posiadanych możliwości (samo opieki). Pielęgniarki i pozostali pracownicy ochrony zdrowia, w celu radzenia sobie ze zmieniającym się, wzrastającym obciążeniem chorobami przewlekłymi społeczeństwa, muszą zostać wyposażeni w odpowiednią wiedzę za pomocą dostosowanych programów nauczania i kształcenia ustawicznego. Poszczególne rodzaje edukacji i kształtowania umiejętności powinny być wielodyscyplinarne i dostosowane do interdyscyplinarnego nauczania. Stosowane podejście musi być pragmatyczne i opłacalne oraz zapewniać wszystkim osobom przewlekle chorym dostęp do odpowiedniej, przystępnej, kompleksowej opieki oraz, kiedy to będzie niezbędne, do postępowania medycznego i opieki specjalistycznej. (ICN 2008).

Zakres Kompetencji Ciągłej Opieki Pielęgniarskiej (ang. Nursing Care Continuum Framework and Competencies) jest oparty się na Zakresie Kompetencji Pielęgniarki Ogólnej ICN i stanowi podstawę dla zagwarantowania odpowiedniej wiedzy, umiejętności i postaw lub kompetencji, które są rozwijane w ramach świadczenia ciągłej opieki pielęgniarskiej. (ICN 2008). Określenie wspólnych elementów w opiece i zarządzaniu samoopieką w chorobach przewlekłych i w innych chorobach jest zawsze wyzwaniem. Niezbędne są specjalistyczne umiejętności oraz specjalistyczna wiedza dla prowadzenia opieki ciągłej, zwłaszcza w sytuacji współistnienia innych chorób lub różnorodnych sytuacji zdrowotnych.

W celu jak najlepszego wykorzystania dostępnych środków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności granice kompetencji dotyczące praktyki specjalistycznej, powinny ustalane na poziomie lokalnym i krajowym. Dla pielęgniarek specjalistów ICN opracowało ramy kompetencji. (ICN 2009)⁴.

W celu profilaktyki i zarządzania w chorobach przewlekłych wymagane są od pielęgniarek następujące kompetencje: (ICN 2008)

- Kierowanie/umożliwianie klientom/pacjentom dostępu do najlepszego, osiągalnego świadczenia zdrowotnego (Pielęgniarka Dyplomowana)
- Poszanowanie umacniania i przestrzegania praw klienta/pacjenta do informacji, dokonywania wyboru i samodzielnego decydowania o zakresie opieki pielęgniarskiej i zdrowotnej (Pielęgniarka Dyplomowana i Pielęgniarka Specjalista)
- Przejawianie zawodowej uczciwości i wykazywanie etycznego postępowania w reakcji na marketingowe strategie przemysłu (farmaceutycznego) w sytuacjach przepisywania leków i innych produktów (Pielęgniarka Specjalista, Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki)
- Działanie jako źródło informacji i wiedzy w zakresie specjalistycznego obszaru praktyki dla klientów/pacjentów pragnących poprawić swój styl życia, zapobiegać chorobom/urazom i radzić sobie ze zmianami w sytuacjach zdrowia, niepełnosprawności i śmierci (Pielęgniarka Dyplomowana)
- Rozpoznawanie możliwości promowania, zapobiegania chorobom i utrzymania zdrowego stylu życia i udzielanie stosownych wskazówek/informacji jednostkom, rodzinom i społecznościom (Pielęgniarka Dyplomowana i Pielęgniarka Specjalista)
- Wybieranie strategii nauczania/uczenia się odpowiednich do potrzeb i cech osoby lub grupy (Pielęgniarka Dyplomowana i Pielęgniarka Specjalista)
- Współpracę z pielęgniarkami, innymi profesjonalistami, społecznościami i grupami zainteresowanymi działaniami zmierzającymi do zmniejszenia zachorowalności i promowania zdrowego stylu życia i zdrowego środowiska w kwestiach istotnych w praktyce specjalistycznej (Pielęgniarka Specjalista)
- Prezentowanie w praktyce punktu widzenia uwzględniającego różnorodne mierniki zdrowia (Pielęgniarka Dyplomowana i Pielęgniarka Specjalista)

⁴ „Zakres kompetencji pielęgniarki specjalistki wg Międzynarodowej Rady Pielęgniarek” (*ICN Framework of Competencies the Nurse Specialist*) Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2010, http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=31 – dostęp 20 kwietnia 2010 r. zob. także: „Zakres praktyki, standardy i kompetencje pielęgniarki zaawansowanej praktyki” (*The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse*) Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2010 http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=386&Itemid=98; dostęp 20 kwietnia 2010 r.

- Współpracę z innymi profesjonalistami w sprawowaniu opieki zdrowotnej w kierunku doskonalenia pielęgniarstwa i innych usług zdrowotnych dostępnych klientom/pacjentom (Pielęgniarka Dyplomowana)

Zarządzanie chorobami przewlekłymi

Coraz więcej pielęgniarek pełni wiodącą rolę w zarządzaniu chorobami przewlekłymi. W niektórych przypadkach, w wyniku rosnącej liczby osób wymagających opieki, dzieje się to automatycznie. W innych przypadkach strategiczną odpowiedzią na zidentyfikowane potrzeby jest wprowadzenie do praktyki klinicznej pielęgniarek specjalistów i pielęgniarek zaawansowanej praktyki (ANP). W Wielkiej Brytanii pielęgniarki diabetologiczne były wśród pierwszych grup pielęgniarek, podejmujących dodatkowe działania, obejmujące szerszy zakres obowiązków w zakresie zarządzania opieką specjalistyczną.

Zarządzanie Cukrzycą typu 2

W Wielkiej Brytanii krajowe wytyczne dotyczące postępowania w cukrzycy typu 2 w zakresie opieki podstawowej i specjalistycznej zostały zweryfikowane i zaktualizowane w 2008 r. na podstawie najlepszych dostępnych dowodów naukowych. (NCC-CC 2008; Bannister 2008). Podobne wytyczne są dostępne w innych krajach i wynika z nich, że pielęgniarki w wielu krajach są dobrze przygotowane do przyjęcia odpowiedzialności za opiekę i postępowanie dotyczące osób chorych na cukrzycę.

Pacjent w centrum opieki: Cała opieka powinna być skoncentrowana na indywidualnych potrzebach i preferencjach pacjenta. W celu umożliwienia pacjentom podejmowania świadomych decyzji niezbędna jest dobra komunikacja wspierana przez dostęp do informacji popartych dowodami oraz edukacja.

Edukacja: Wytyczne mówią, że edukacja powinna być zorganizowana i oferowana wszystkim pacjentom w chwili postawienia diagnozy lub w czasie prowadzenia badań dla postawienia diagnozy. Chociaż dane wskazują, że referowana jest edukacja grupowa, należy starać się zaproponować inne rozwiązania dla tych pacjentów, którzy nie mogą lub nie chcą w niej uczestniczyć.

Edukacja powinna być oparta na dowodach naukowych i nastawiona na rozwiązanie indywidualnych potrzeb pacjenta. Powinna ona mieć ustalony program, powinna być prowadzona przez nauczycieli posiadających odpowiednie umiejętności. Należy zapewnić jej wysoką jakość oraz prowadzić regularną jej kontrolę. Zakres wiedzy pacjentów, powinien być

corocznie oceniany i aktualizowany, co jest istotnym w celu zapewnienia opieki ciągłej. Zapewnienie edukacji pacjentom, z wykorzystaniem zorganizowanych programów edukacyjnych, powinno zostać włączone do świadczenia opieki ciągłej. Istotne jest zatem, aby wszyscy pracownicy ochrony zdrowia byli zaangażowani w sprawowanie opieki diabetologicznej, znali treści, posiadali kluczowe wiadomości i narzędzia zarządzania samoopieką, które są wykorzystywane w lokalnych programach.

Porady dietetyczne: Porady dietetyczne koncentrują się przede wszystkim na tych zasadach zdrowego odżywiania, które służą optymalnej ochronie przed ryzykiem chorób układu krążenia. Należy zachęcać też do spożywania takich rodzajów produktów żywnościowych jak: owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste i nasiona, niskotłuszczowe produkty mleczne i tłuste ryby. U osób chorych na cukrzycę należy ograniczać spożycie produktów zawierających nasycone kwasy tłuszczowe lub kwasy **trans** i obrót żywnością dla diabetyków powinien być nadzorowany.

Ciśnienie tętnicze: Zalecane docelowe ciśnienie tętnicze krwi zalecane dla ogółu chorych na cukrzycę typu 2 powinno być wynosić poniżej 140/80mmHg, a dla osób z chorobami nerek, oczu lub uszkodzeniami mózgowo-naczyniowymi ciśnienie powinno być niższe niż 130/80mmHg. Jako działanie wstępne zalecane jest doradztwo w zakresie stylu życia i jeżeli nie przynosi efektów, w osiągnięciu uzgodnionego docelowego poziomu ciśnienia, zalecana jest miareczkowana dawka inhibitora ACE do maksymalnej tolerowanej dawki. Należy objąć także opieką kobiety, które mogą zajść w ciążę - w tej grupie zaleca się wprowadzenie blokera kanału wapniowego. Wpływ leczenia musi być regularnie kontrolowany w celu odpowiedniego zapewnienia optymalnego zarządzania leczeniem i zwiększania dawki leku.

Ocena kontroli poziomu glukozy: Ogólne zaleca się, dla zmniejszenia ryzyka mikroangiopatii, osiągnięcie poziomu 6,5 % HbA1c. Jednakże, te różnice u poszczególnych osób, zależą od jakości życia, którą, możliwe jest, że będzie trzeba poświęcić dla osiągnięcia tego celu, zakresu skutków ubocznych i środków dostępnych na zarządzanie. Należy podkreślić, że dla pacjentów, którzy starają się osiągnąć docelową wartość HbA1c bliską 6,5 %, korzystne jest każde obniżenie HbA1c do ustalonego poziomu. Podczas leczenia, które niesie za sobą ryzyko hipoglikemii, może być wymagany nieco podwyższony docelowy poziom glukozy w celu zminimalizowania hipoglikemii. Agresywne zarządzanie poziomem HbA1c i obniżanie poziomu poniżej 6,5 % nie jest zalecane.

Samokontrola stężenia glukozy we krwi: Samokontrola stężenia glukozy we krwi powinna być zaproponowana wszystkim pacjentom z nowo zdiagnozowaną chorobą jako integralna

część edukacji własnej w zakresie postępowania w chorobie. Nie wszyscy pacjenci będą chcieli monitorować samodzielnie stężenie glukozy we krwi. Cel kontroli musi być więc ustalony, powinna być także dostępna edukacja dotycząca interpretacji wyników kontroli stężenia glukozy we krwi i możliwych działań ukierunkowanych na pozytywne zmiany. Pacjenci mogą również podjąć decyzję, że nie będą kontrolować samodzielnie stężenia glukozy we krwi – tym wypadku powinno być im udzielone wsparcie. Natomiast po podjęciu decyzji o samokontroli, co najmniej raz do roku pielęgniarka powinna ocenić jej wpływ i korzyści wynikające z samokontroli.

Zarządzanie poziomem lipidów: Większość pacjentów z cukrzycą typu 2 jest narażonych na wysokie ryzyko chorób układu krążenia. Większość pacjentów w wieku powyżej 40 r. ż. wskazane jest leczenie statynami. U niektórych pacjentów w wieku poniżej 40 lat może występować wysokie ryzyko chorób układu krążenia, które jest oparte na identyfikacji konwencjonalnych czynników ryzyka. W tej grupie pacjentów wskazane jest również leczenie statynami. Czynniki wysokiego ryzyka u osób w wieku poniżej 40 r. ż. to: uszkodzenia mikrona czyń, cechy zespołu metabolicznego, obciążenie rodzinne i pochodzenie etniczne.

**Innowacje w pielęgniarstwie
w zakresie opieki nad przewlekle chorymi**

Innowacje w opiece zdrowotnej w zakresie schorzeń przewlekłych to wprowadzanie nowych pomysłów, metod lub programów, mających na celu zmianę sposobu zapobiegania i postępowania. (WHO 2002). Dla profesji pielęgniarstwa innowacje nie są nową koncepcją. Pielęgniarki na całym świecie na co dzień są zaangażowane w działania innowacyjne; działania motywowane dążeniem do poprawy wyników opieki nad pacjentem i koniecznością ograniczenia kosztów systemu ochrony zdrowia. Wiele z tych inicjatyw doprowadziło do znacznej poprawy stanu zdrowia pacjentów, społeczeństw i systemów opieki zdrowotnej. (ICN, Baza Danych Innowacji).

W wyzwaniu, jakie stanowią choroby przewlekłe, pielęgniarki są dobrze przygotowane do zapewnienia kreatywnych i innowacyjnych rozwiązań. Mogą rzeczywiście wpłynąć na zmianę jakości codziennego życia pacjentów, ich rodzin i społeczności. ICN jest zaangażowana w promowanie i rozpowszechnianie innowacyjnych rozwiązań w zakresie pielęgniarstwa i w tym celu uruchomiła Bazę Danych Innowacji ICN - zasoby internetowe dla udostępniania innowacji w pielęgniarstwie na całym świecie – <http://www.icn.ch/innovations/>. Ponadto, ICN na Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek w 2009 r. wybrało temat „Pielęgniarki dbają o jakość, służą społeczeństwu; są liderami we wprowadzaniu innowacji w opiece zdrowotnej”.

Jak to opisano w rozdziale 4, opieka nad chorymi przewlekle wymaga zmiany w relacjach między pielęgniarkami a pacjentami i społecznościami lokalnymi, jak również zmian w relacjach i sposobach pracy zespołu terapeutycznego. Rozwój technologii stanowi podstawę dla większości innowacji w opiece i postępowania w chorobach przewlekłych w zakresie dostępu do informacji i wykorzystania technologii komunikacyjnych, jak również wprowadzania nowych produktów i technologii. Skuteczne wykorzystywanie zmian technologicznych i wyzwania wobec tradycyjnej praktyki zawodowej, wymagają elastyczności w projektowaniu i realizacji opieki zdrowotnej i świadczeń pielęgniarstwa. Pielęgniarki są najbliższym klientem (tj. na pierwszej linii walki) – są liderami w kształtowaniu i promowaniu tych zmian.

Korea Południowa: Wprowadzono program, którego kluczem w zapobieganiu powikłaniom w cukrzycy typu 2 jest utrzymywanie stężenia glukozy we krwi możliwie jak najbliższym normalnego poziomu. Badanie dowodzi, że działania pielęgniarki z wykorzystaniem SMS

z telefonu komórkowego może pomóc pacjentom w skuteczniejszej kontroli poziomu glukozy we krwi. W ww. badaniu pacjenci przedstawiali własny tygodniowy poziom kontroli glukozy we krwi i informacje o lekach za pośrednictwem Internetu lub SMS. Dane te były interpretowane w oparciu o dokumentację medyczną pacjenta i zalecenia dotyczące np.: diety, ćwiczeń fizycznych lub leków. Zalecenia wysyłane pacjentom to np. „Brak ćwiczeń może być przyczyną podwyższonego poziomu glukozy” lub „Proszę sprawdzić ilość produktów, które spożywasz”. Regularny kontakt i opinia profesjonalisty może zmotywować pacjentów do kontroli poziomu glukozy. W grupie badanych glikozylohemoglobina (HbA1c) w ciągu 3 miesięcy zmniejszyła się, w porównaniu z wartością wyjściową, o 1,5 % punktów i 0,5% punktów w ciągu sześciu miesięcy. Badana grupa pacjentów po dwóch godzinach po posiłku miała obniżony poziom glukozy (2HPMG) w czasie trzech miesięcy 85±1 mg/dl i 63±1 mg/dl w ciągu sześciu miesięcy, w porównaniu z wartością wyjściową. (Hee-Seung et al. 2007).

Surinam: Pielęgniarki na oddziale dziecięcym w szpitalu Diakonessenhuis w Surinamie zainspirowane tematem Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek 2009 „Pielęgniarki dbają o jakość, służą społeczeństwu: są liderami we wprowadzaniu innowacji w opiece zdrowotnej” zainicjowały wprowadzenie udoskonalonej opieki nad dziećmi z chorobami przewlekłymi. Oddział ten jest częścią 216 łóżkowego prywatnego szpitala w stolicy Surinamu. Pomimo niewielkiej liczby hospitalizowanych pacjentów z chorobami przewlekłymi, wysoka jest częstotliwość ich hospitalizacji. Pielęgniarki dowiodły, że poziom opieki psychologicznej, dostępny dla rodziców pacjentów i ich rodzeństwa, jest niewystarczający. Aby pomóc rodzinom, w radzeniu sobie ze skutkami chorób przewlekłych, opracowały program, którego celem jest zapewnienie profesjonalnego doradztwa i wsparcia. Wielodyscyplinarny program został opracowany przy użyciu modelu opieki nad przewlekle chorym opisanym w Rozdziale 4. Oczekiwane wyniki programu to m.in. obniżenie o 40% kosztów hospitalizacji oraz poprawa jakości życia pacjentów i rodzin wynikające ze zmniejszenia liczby przerw w nauce i mniejszej liczby wizyt w ambulatorium. (przedstawione przez Stowarzyszenie Pielęgniarek Surinamu).

Finlandia: Kształcenie i ułatwienia poprawiające współpracę różnych zawodów oraz podział obowiązków i odpowiedzialności dla profesjonalistów ochrony zdrowia okazały się skuteczne w realizacji wytycznych i spowodowały również skuteczne działania profilaktyczne oraz zapewnienie odpowiednich zasobów. Doprowadziło to do poprawy opieki i leczenia pacjentów z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym i dyslipidemią. (Sipla et al. 2008).

USA: Wśród inicjatyw zawartych w Bazie Danych Innowacji ICN jest projekt „Zarządzanie Stylem Życia”. Projekt ten zawiera moduły dla kobiet, opracowane przez Dayton Veterans Affairs Medical Center (DVAMC) Patient Health Education (PHE) Department. Pielęgniarki opracowały i wdrożyły także innowacyjny całościowy pięcioletni program dydaktyczny i empiryczny dotyczący zarządzania stylem życia kobiet. Zagadnienia dotyczyły strategii samoopieki tj.: zarządzania stresem, zarządzania masą ciała/utrzymanie masy ciała, żywienia, ćwiczeń fizycznych. W programie biorą udział kobiety zdrowe, weteranki oraz kobiety służące w wojsku, które należą do grupy podwyższonego ryzyka i są zagrożone otyłością, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, osteoporozą i nowotworami. Podstawowym celem tego interdyscyplinarnego programu jest promowanie strategii zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom lub ich rozwojowi. Program ten przyczynił się do identyfikacji i zmniejszenia indywidualnych czynników ryzyka związanych z rozwojem choroby i zwiększenia świadomości na temat znaczenia profilaktycznych badań przesiewowych uczestników. Część grupy włączono następnie w bardziej intensywne programy wsparcia, aby pomóc im w modyfikacji zachowań w celu zapobieżenia progresji choroby oraz w celu większego skupienia uwagi na indywidualnym samodzielnym utrzymaniu ich stanu zdrowia. Po zakończeniu modułów projektu uczestnicy zostali wyposażeni w wiedzę, która pomoże im utrzymać dobry stan zdrowia i umożliwi działania zapobiegające chorobom poprzez podejmowanie lepszych wyborów w zakresie stylu życia.

RPA: W McCord Hospital został wprowadzony program dla pielęgniarek mający na celu rozwiązanie problemów związanych z chorobami przewlekłymi, w tym z nadwagą i paleniem papierosów. Program był wspólnym projektem Demokratycznej Organizacji Pielęgniarek Republiki Południowej Afryki (DENOSA), ICN i Oxfordzkiego Związku Zdrowia i prowadzony był w ww. szpitalu przez Honey Allee - pielęgniarkę kliniczną. Program został zbudowany w oparciu o zasady partnerstwa i zaangażowania, a był oparty na wspólnych celach, i uznawał, że „być zdrowym” oznacza różne rzeczy dla różnych osób w zależności od czynników, takich jak wiek, status społeczno - ekonomiczny i kultura. Program lokalny obejmował poprawę polityki organizacyjnej, która wdrażała zasady opieki nad sprawującymi opiekę i koncentrowała się na zdrowiu oraz utrzymaniu dobrej kondycji, zapewnieniu wyboru zdrowej żywności w porze lunchu. Zorganizowano klasy z ćwiczeniami i różne kluby wsparcia. Prowadzono badania przesiewowe, kontrolę masy ciała, zapewniano plastrów nikotynowych, aby pomóc uczestnikom w rzuceniu palenia. W czasie trwania projektu dzielono się wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem jak również historiami o sukcesach i problemach w ich osiągnięciu. Program odniósł sukces w zakresie informowania, edukacji i wspierania pielęgniarek dla poprawy ich własnego zdrowia. Wyniki pokazują, że do dziś znacząca liczba pielęgniarek pozbyła się nadwagi, polepszyła się samoopieka w chorobach

przewlekłych, pielęgniarki skorzystały z badań przesiewowych i zaprzestały palenia papierosów. ICN i jej partnerzy są chętni do wsparcia innych towarzystw pielęgniarskich, które chcą wprowadzić podobne systemy mające na celu poprawę zdrowia pielęgniarek, ich rodzin, oraz poprawy stanu zdrowia w miejscu pracy, szkołach i społecznościach lokalnych.

Tajwan: Pielęgniarki z Tajwanu, zmagając się z brakiem skrupulatnego przestrzegania zasad przyjmowania leków przeciwbólowych w domu przez pacjentów chorych na raka i aby zrozumieć postrzeganie pacjenta związane z lekami przeciwbólowymi, przeprowadziły badanie przy użyciu „Barrier Questionnaire-Taiwan form (BQT)” – Ankiety Barrier. Chciały uzyskać dane dotyczące rzeczywistego postrzegania przyjmowania leków przeciwbólowych przez pacjentów. Do pomiaru aktualnego przestrzegania przyjmowania leków przeciwbólowych przez pacjenta zastosowano Raport Morisky. Badanie wykazało, że pacjenci nie rozumieli zasad przyjmowania leków przeciwbólowych, aby przeciwdziałać braku rozumienia zaleceń, pacjentom i ich rodzinom zostały zapewnione podręczniki edukacyjne o leczeniu bólu zawierające praktyczne wskazówki. Podręcznik zawierał treści m.in. wyjaśnienia nt. fatalizmu⁵, odnosił się także do czasu przeznaczanego przez lekarza na konsultację pacjenta. Podręcznik zawiera wskazówki, jak być dobrym pacjentem, jak radzić sobie z ubocznymi efektami działania leków, opisuje także niebezpieczeństwa uzależnienia się od leków, rozwoju choroby itp.

Pielęgniarki wyjaśniały także pacjentom cel przepisywania leków przeciwbólowych, informując o: skutecznym używaniu farmaceutyków, postaci leku, jego skuteczności, ewentualnych skutkach ubocznych, a także metodach przyjmowania leków. Pielęgniarki informowały ponadto pacjentów o znaczeniu przyjmowania leków przeciwbólowych w oznaczonym czasie, zgodnie z zaleceniami, które mają na celu skutecznie uśmierzenie dolegliwości bólowych.

Podczas każdej kolejnej wizyty pielęgniarki gromadziły informacje dla lekarzy dotyczące postrzegania przez pacjenta przyjmowania leków przeciwbólowych i odczuwalnych skutków, oraz o efektach ubocznych co stanowiło podstawę do zmiany wypisania recepty. Pielęgniarki zapraszały rodziny i inne osoby do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych dotyczących uśmierzenia bólu, ułatwiały pozytywną komunikację między pacjentami i lekarzami, wykazywały profesjonalną zawodową troskę o problemy związane z bólem u pacjenta. Pacjenci byli zachęceni do wymiany informacji o ich bólu, jak również o ich reakcji na leki.

Po miesiącu edukacji i konsultacjach, bariery w stosowaniu leków przeciwbólowych u pacjentów i ich rodzin znacznie się zmniejszyły. Znacznie wzrosło wśród pacjentów

⁵ **Fatalizm** – radykalna forma determinizmu. Pogląd mówiący, że przyszłość i wydarzenia, które jeszcze się mają wydarzyć, są już z góry ustalone i nie mogą być zmienione przez żadne działania pojedynczego człowieka, lub całej ludzkości (przyp. PTP)

przestrzeganie realizowania przepisywanych recept. U pacjentów odnotowano znacznie niższy poziom natężenia bólu i interferencji bólu w codziennym życiu. (przedstawione przez Stowarzyszenie Pielęgniarek na Tajwanie).

Wielka Brytania: Pielęgniarka, Anita Plummer, zdobyła nagrodę za pracę na rzecz rozwoju programu kontroli masy ciała prowadzonego przez pielęgniarki u pacjentów z chorobami przewlekłymi. W 2006 r. przeprowadzona została kontrola wskaźnika BMI, która wykazała że występowanie otyłości u pacjentów z chorobami przewlekłymi było wyższe od średniej krajowej. Rozpoznała ona zakres niezaspokojonych potrzeb w powyższym zakresie. Jeden na czterech pacjentów został zakwalifikowany jako otyły, a dwóch na trzech pacjentów miało albo nadwagę lub otyłość. 605 z 1061 pacjentów w wieku 18-75 lat z chorobami przewlekłymi (choroba wieńcowa, cukrzyca i nadciśnienie) miało wskaźnik BMI powyżej 28. Pani Plummer postanowiła potraktować priorytetowo pomaganie w zakresie kontroli ich masy ciała pacjentom z nadwagą i otyłością z chorobami przewlekłymi. Zainicjowała też program edukacyjny, spotkania kontroli masy ciała i spacerów zdrowotne. Wszystkie te działania były zaakceptowane i okazały się skuteczne. (Robinson 2007).

Zjednoczone Emiraty Arabskie: Arabskie Towarzystwo Pielęgniarskie (ENA) aktywnie działa na rzecz poprawy standardów w ochronie zdrowia poprzez angażowanie się w edukację społeczeństwa i zwiększenie wiedzy na temat chorób przewlekłych w tym o cukrzycy i nadciśnieniu tętnicznym. ENA, przy wsparciu z MOH (Ministerstwo Zdrowia ang. *Ministry of Health*), rozpoczęło, podczas świętego miesiąca Ramadan, kampanię edukacyjną na temat zdrowych praktyk postnych, której celem było podniesienie świadomości zdrowotnej. Założeniem powyższej kampanii było objęcie nią wszystkich Emiratów Arabskich zaczynając od Abu Dhabi do Fujeirah. W ramach niej zastosowano podejście multidyscyplinarne. Pielęgniarki współpracowały z pacjentami, rodzinami, lekarzami i innymi pracownikami ochrony zdrowia. Usługi świadczone społeczeństwu obejmowały kontrolę ciśnienia krwi i poziomu cukru we krwi, dystrybucję ulotek i broszur oraz edukację pacjentów i ich bliskich o tym, jak rozwijać zdrowe nawyki i zapobiegać przewlekłym powikłaniom. Inne usługi obejmowały indywidualne poradnictwo, bez świadków, oraz edukację osób młodych i ich rodzin w zakresie ogólnych tematów zdrowego stylu życia, takich jak dieta, ćwiczenia, wsparcie psychospołeczne i działalność społeczna. Podczas sporządzania tego sprawozdania, kampania była ukierunkowana na około 10 000 osób. Sukces tego projektu został przypisany wsparciu MOH, zaangażowaniu pielęgniarek wolontariuszy i udziałowi społeczeństwa na dużą skalę. (zgłoszone przez Arabskie Towarzystwo Pielęgniarskie).

**Rola Krajowych Stowarzyszeń Pielęgniarek (NNA)
w ograniczaniu czynników ryzyka
i ulepszaniu opieki nad chorymi przewlekle**

Podejmowanie wyzwań, w celu zapobiegania i postępowania z chorobami przewlekłymi, przez krajowe stowarzyszenia pielęgniarek, wymaga odwagi i ambicji. Liczba priorytetów eliminuje to zadanie. Zadania podejmowane przez organizacje mogą być bardziej spektakularne dla stowarzyszeń niż zapobieganie chorobom przewlekłym i promocja zdrowia, co może wpływać bezpośrednio na podejmowane decyzje. Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek (NNA) powinny zapewnić przywództwo przedstawicielom profesji pielęgniarskiej co jest istotne nie tylko dla pacjentów, ale również dla ich rodzin, społeczności i przyszłych pokoleń.

Krajowe stowarzyszenia pielęgniarek mają możliwość informowania, motywowania i umacniania pozycji pielęgniarek pracujących na różnych szczeblach we współpracy z wieloma podmiotami, w tym społecznościami lokalnymi, pracownikami, partnerami, politykami, szkołami, pacjentami i ich rodzinami. Celem współpracy jest powstrzymanie wzrastającej liczby chorych przewlekle oraz zapewnienie, aby osoby cierpiące na choroby przewlekłe otrzymały opiekę i leczenie, jak również kierowanie promujące zdrowie i zapewniające najlepsze z możliwych do osiągnięcia wyników w zakresie zdrowia.

Każde krajowe stowarzyszenie pielęgniarek, podejmując decyzję, które działania są stosowne do okoliczności, powinno rozważyć szereg czynników, w tym możliwość ich zastosowania, dopuszczalność, a także społeczne i polityczne poparcie. Wybór niewielkiej liczby działań i właściwe ich wdrożenie będzie miało prawdopodobnie większe znaczenie niż podejmowanie się wielu zadań i wykonywanie ich w sposób chaotyczny.

Rozpowszechnianie informacji i rzecznictwo

Krajowe stowarzyszenia pielęgniarek mają możliwość rozpowszechniania, wśród jednostek, społeczności lokalnych oraz polityków, informacji i istotnych danych na temat chorób przewlekłych. Szerokie rozpowszechnianie kompleksowych, opartych na dowodach naukowych informacji dotyczących chorób przewlekłych jest potrzebne dla podniesienia poziomu świadomości i wpływanie na zmianę zachowań. Dzielenie się informacjami na temat strategii dotyczących chorób przewlekłych jest potrzebne również aby wspierać dyskusję

publiczną, zwiększyć wsparcie i zagwarantować, aby choroby przewlekłe stały się priorytetem w programie zdrowia publicznego. Krajowe stowarzyszenia pielęgniarek mogą:

- Publikować kluczowe informacje, fakty i liczby na temat chorób przewlekłych w przemówieniach i komunikatach prasowych
- Rozpowszechniać w szkołach, zakładach pracy, ośrodkach zdrowia i innych miejscach publicznych, informacje dotyczące chorób przewlekłych
- Organizować w kraju kampanie i wydarzenia mające na celu podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki i leczenia chorób przewlekłych
- Podnosić rangę profilaktyki i badań chorób przewlekłych w programach odpowiednich debat i spotkań
- Upowszechniać nowatorskie osiągnięcia pielęgniarek w zakresie opieki długoterminowej i opisywać ich pracę w publikacjach, na stronach internetowych, na konferencjach
- Ułatwiać współpracę ze stowarzyszeniami reprezentującymi inne zawody medyczne z ministerstwami zdrowia oraz innymi istotnymi sektorami i innymi zainteresowanymi podmiotami
- Współpracować z ministerstwami zdrowia i innymi resortami w celu kształtowania krajowej polityki zdrowotnej i polityk pokrewnych
- Lobbować za ustawodawstwem i regulacjami, mającymi na celu ułatwienie pracy pielęgniarek w opiece długoterminowej
- Lobbować za zrównoważonym dostępem do usług profilaktycznych, promocyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych
- Tworzyć możliwości dialogu i właściwego rozumienia wyzwań i problemów
- Działać na rzecz zdrowia pacjentów z grup ryzyka
- Rozpowszechniać dane dotyczące najlepszych praktyk
- Zachęcać pracodawców do tworzenia zdrowego środowiska pracy.

Przewodzenie działaniom lokalnym

Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek mogą współpracować z grupami wsparcia i przywódcami innych społeczności, aby:

- Organizować kampanie i wydarzenia inicjujące akcje na rzecz publicznego zdrowia, takie jak coroczny Światowy Dzień Zdrowia, który może być wykorzystany w celu podniesienia świadomości na temat ryzyka chorób przewlekłych, ich profilaktyki i leczenia
- Wspierać na szczeblu lokalnym wydarzenia i działania odnoszące się do opieki długoterminowej

- Wspierać innowacyjne praktyki w celu promowania dbających o zdrowie szkół i zakładów pracy, przy współpracy z innymi kluczowymi partnerami
- Zachęcać lokalnych przedstawicieli Krajowych Stowarzyszeń Pielęgniarek, aby włączyli się do swoich lokalnych społeczności, rozmawiali z lokalnymi mediami, sąsiadami, przyjaciółmi itd. na temat korzyści płynących ze zdrowego stylu życia i zapobiegania chorobom przewlekłym
- Zachęcać pacjentów i społeczności do opowiadania się za lokalnymi, dostępnymi wyborami dotyczącymi opieki zdrowotnej
- Zapewnić dostosowanie krajowych strategii do lokalnych warunków.

Budowanie Partnerstwa

Skuteczna profilaktyka i leczenie chorób przewlekłych wymaga skoordynowanych działań zarówno w zakresie sektora zdrowia jak i poza nim, wśród obywatelskich organizacji społecznych, ministerstw, przywódców społecznych, pracowników służby zdrowia oraz sektora prywatnego i otoczenia biznesowego. Efektywne partnerstwo wzmacnia współpracę, minimalizuje nachodzenie na siebie podejmowanych przez różne podmioty działań, ogranicza współzawodniczenie o środki, pozwalając organizacjom wzmocnić i rozszerzyć programy związane z chronicznymi chorobami.

- Inicjowanie współpracy pomiędzy przywódcami społecznymi, przedstawicielami zawodów medycznych, liderami biznesu i politykami w celu dzielenia się informacjami, rozwijania strategii i uruchamiania środków
- Nakłanianie polityków do zwiększania inwestycji na profilaktykę i leczenie chorób przewlekłych oraz do wdrażania programów i polityk promujących zdrową dietę, aktywność fizyczną i nikotynową abstynencję
- Wnoszenie wkładu do dyskusji z naukowcami i politykami, implikującej wytworzenie nowego podejścia do profilaktyki, opieki i leczenia. Dotyczy to zarówno krótkoterminowego wdrażania jak i długoterminowych kosztów i korzyści oraz jak te skutki mogą być efektywnie wykorzystane dla organizacji opieki zdrowotnej
- Współpraca z placówkami oświatowymi w celu wzmocnienia nacisku na choroby przewlekłe w programach nauczania
- Współpraca z pielęgniarskimi ośrodkami badawczo-naukowymi w celu ukierunkowania badań na opiekę długoterminową
- Współpraca z podmiotami nadzorującymi i prawodawczymi w celu wyeliminowania jakichkolwiek sprzeczności w działaniach nadzorczych i legislacyjnych, ograniczających potencjał pielęgniarek w zakresie leczenia chorób przewlekłych.

Zdolność do budowania pozycji profesji

Krajowe stowarzyszenia pielęgniarek odgrywają istotną rolę w procesie budowania pozycji zawodu pielęgniarskiego i w stwarzaniu jednostkom, rodzinom i społecznościom możliwości promocji zdrowia, profilaktyki chorób oraz leczenia złego stanu zdrowia i chorób przewlekłych.

- Zapewnianie wsparcia technicznego przy opracowywaniu i wdrażaniu programów dotyczących przewlekłych chorób
- Zapewnianie miejsca/forum do wymiany poglądów na temat praktyk i innowacji w profilaktyce i leczeniu chorób przewlekłych
- Szerzenie nowatorskich pielęgniarskich metod wśród pielęgniarek i innych osób
- Wywieranie wpływu na ministrów celem zapewnienia stypendiów lub innych środków wsparcia w celu ułatwienia dalszej edukacji
- Stymulowanie zainteresowania pielęgniarstwem i badaniami naukowymi poprzez zapewnianie stypendiów i możliwości kształcenia oraz możliwości rozwoju i kariery
- Zachęcanie/umożliwianie przyswajania nowych technologii informacyjnych poprzez stosowne szkolenia i wykorzystanie technologii dla stworzenia mechanizmu gromadzenia opinii
- Umożliwianie zarządzania zmianą.

Wnioski

Istnieje pilna potrzeba, aby pielęgniarki na całym świecie, podejmowały inicjatywy i angażowały się na rzecz społeczeństwa, współpracowały ze wszystkimi grupami społecznymi i sektorami gospodarki, w celu rozwiązywania rosnących zagrożeń. Gwałtowny kryzys w światowej gospodarce w 2008 i 2009 r. spowodował zwiększenie zapotrzebowania na dostęp dla sektora ochrony zdrowia na całym świecie. W tym samym czasie jednostki, rodziny i społeczeństwa w krajach rozwiniętych i rozwijających się świecie, w codziennym życiu stają przed coraz trudniejszymi wyborami i wyzwaniem związanymi z chorobami przewlekłymi.

Teraz ważne jest, bardziej niż kiedykolwiek wcześniej, aby pielęgniarki realizując swoje zadania, umożliwiały dostęp do podejmowania prostych wyborów w sprawie zdrowia. Działania te mogą polegać na lobbowaniu, zarówno na szczeblu krajowym jak i międzynarodowym, za ustawodawstwem i regulacjami, które ułatwiają podejmowanie właściwych wyborów zdrowotnych, które np. dotyczą: wytwarzania żywności, jej oznaczania i ustalania cen; lobbowania za opartymi na dowodach naukowych przydziałami zasobów, wspierania skutecznych działań zdrowotnych; współpracy z placówkami szkolnymi i zakładami pracy w celu promocji zdrowych środowisk i rozwoju dobrych praktyk; wykorzystywania możliwości do informowania i edukowania pacjentów i ich rodzin.

W odróżnieniu do niektórych innych tematów i działań proponowanych z okazji świętowania Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek, wezwanie do działania opisane w publikacji wymaga uwagi i odzewu każdej pielęgniarki, w każdym zakątku świata, bez względu na specjalizację, miejsce lub typ praktyki. Jeśli każda z 13 milionów pielęgniarek na świecie zaangażuje się osobiście w propagowanie: zdrowego odżywiania, odpowiednich ćwiczeń, rozsądnego spożywania alkoholu i unikanie używania tytoniu, może to poprawić ich własne zdrowie i samopoczucie oraz zmniejszyć prawdopodobieństwo rozwijania się u nich chorób przewlekłych. **Jeśli każda z tych pielęgniarek będzie wśród członków swojej rodziny, przyjaciół, w zakładach pracy i lokalnych społeczności pełniłaby rolę wzoru, nauczyciela i agenta zmian zmierzających do zdrowego trybu życia, wspólnie będziemy w stanie powstrzymać falę chronicznych chorób.** Wykształcone i obdarzone zaufaniem społeczeństwa pielęgniarki mogą bardziej efektywnie przyczynić się do szerszych zmian potrzebnych w polityce społecznej i zdrowotnej, jak i do strukturalnych zmian na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek i jej partnerzy są zaangażowani w profilaktykę oraz działania na rzecz wprowadzania lepszych sposobów leczenia chorób przewlekłych i będą pracować w celu promowania zdrowszego świata.

Załączniki



**Apel ICN do Pielęgniarek na Całym Świecie:
Bądźcie Liderami w walce z chorobami przewlekłymi**

12 maja 2010 r., Genewa, Szwajcaria – podczas gdy świat stoi przed znaczącym wzrostem liczby zgonów i niepełnosprawności spowodowanych przez choroby przewlekłe, istnieje pilna potrzeba, aby pielęgniarki na całym świecie proaktywnie włączyły się wraz z wszystkimi grupami społecznymi i wszystkimi sektorami gospodarki, w informowanie o tym rosnącym zagrożeniu dla zdrowia publicznego i rozwoju. Aktualne statystyki pokazują, że 60% ogółu zgonów jest spowodowanych chorobami przewlekłymi, 80% z nich ma miejsce w krajach o niskim lub średnim dochodzie. Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek, Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) wzywa wszystkie pielęgniarki by przystąpiły do działania, zarówno w życiu prywatnym jak i zawodowym, aby powstrzymać pandemię chorób przewlekłych.

„Teraz, bardziej niż kiedykolwiek, ważne jest, aby pielęgniarki swoją pracą powodowały, by wybory podejmowane przez jednostki, dotyczące zdrowia, były proste”, powiedziała Rosemary Bryant, Prezes ICN. „Jeśli każda z 13 milionów pielęgniarek na świecie zaangażuje się osobiście w propagowanie zdrowego odżywiania, odpowiednich ćwiczeń i unikanie używania tytoniu, może to poprawić ich własne zdrowie i samopoczucie oraz zmniejszyć prawdopodobieństwo rozwijania się u nich chorób przewlekłych. Jeśli każda z tych pielęgniarek będzie, wśród członków swojej rodziny, przyjaciół, w zakładach pracy i lokalnych społecznościach, pełniła rolę wzoru, nauczyciela i agenta zmian zmierzających do zdrowszego trybu życia, będziemy w stanie wspólnie zatrzymać falę chorób przewlekłych.”

Skala problemu

Skala problemu jest ogromna. Cukrzyca, choroby sercowo – naczyniowe, choroby układu oddechowego i niektóre nowotwory stanowią główne zagrożenia dla ludzkiego zdrowia i rozwoju. Są też największymi na świecie zabójcami.

- WHO szacuje, że ponad 180 milionów ludzi na świecie cierpi na cukrzycę. Prawdopodobnie liczba ta zwiększy się ponad dwukrotnie do 2030 r.
- W przybliżeniu 17,1 miliona ludzi zmarło wskutek chorób sercowo – naczyniowych w 2004 r., co stanowi 29% wszystkich zgonów. Z tej liczby, około 7,2 miliona zgonów spowodowanych było przez zawał serca, zaś 5,7 miliona – przez udar.
- Przewiduje się, że liczba zgonów z powodu raka będzie nadal wzrastać, do 12 milionów w 2030 r.

Chorobom tym można zapobiec. Nawet 80% chorób serca, udarów i cukrzycy 2 typu oraz jednej trzeciej nowotworów można uniknąć, jeśli wyeliminuje się wspólne czynniki ryzyka, a więc przede wszystkim: zażywanie tytoniu, niezdrową dietę, brak aktywności fizycznej, nadużywanie alkoholu.

W innym wypadku nadal będzie wzrastać obciążenie społeczeństwa chorobami i śmiertelność spowodowana przez te problemy zdrowotne.

Wraz z przyjęciem zdrowego stylu życia, pielęgniarki mogą: opowiadać się za ustawodawstwem i regulacjami prawnymi, które ułatwiają podejmowanie wyborów dla zdrowia na przykład w odniesieniu do wytwarzania żywności, jej oznaczania i ustalania cen; lobbowania za przydziałami zasobów w oparciu o dowody naukowe, umożliwiające wspieranie skutecznych interwencji zdrowotnych; pracować we współpracy ze szkołami i zakładami pracy w celu promowania zdrowych środowisk i praktyk; wykorzystywać wszelkie okazje dla informowania i edukowania pacjentów i ich rodzin.

Niniejsze wezwanie do działania wymaga uwagi i odpowiedzi każdej pielęgniarki, w każdym miejscu na świecie, niezależnie od specjalizacji, miejsca i typu praktyki. Wykształcone, obdarzone zaufaniem społeczeństwa pielęgniarki mogą skuteczniej przyczynić się do wprowadzania szerokich zmian, potrzebnych w polityce społecznej i zdrowotnej, jak również zmian strukturalnych na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest federacją ponad 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Prowadzona przez pielęgniarki przewodząca pielęgniarkom na arenie międzynarodowej od 1899 r., ICN działa na rzecz zapewnienia jakości opieki dla wszystkich oraz rzetelnej polityki ochrony zdrowia na całym świecie.

W celu uzyskania dalszych informacji, prosimy o kontakt z:

Linda Carrier-Walker

Tel: +41 22 908 0100 – Faks: +48 22 908 0101

Email: carrwalk@icn.ch – strona internetowa ICN: www.icn.ch



Rola pielęgniarek w profilaktyce raka (Nurses' Role in Prevention of Cancer)

Stanowisko ICN:

Podczas, gdy zapobieganie nowotworom stanowi ważne zadanie wielu zawodów medycznych i grup konsumentów, pielęgniarki zajmują kluczową pozycję, aby móc bezpośrednio wpływać na zdrowie ludzi. Z tego powodu, Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) stanowczo zaleca, aby pielęgniarki:

- Przyczyniały się do prowadzenia profilaktyki pierwotnej nowotworów poprzez pomaganie jednostkom w adoptowaniu prawidłowych zachowań zdrowotnych;
- Realizowały profilaktykę wtórną i działania związane z wczesnym wykrywaniem, poprzez: udzielanie informacji na temat wagi programów dotyczących badań oraz możliwości ich dokonania; zachęcanie osób i rodzin z grup wysokiego ryzyka do poddawania się badaniom; uczestniczenie w badaniach, w szczególności na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej;

Istotną rolę do odegrania mają Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek (NNA). ICN usilnie namawia je do:

- Lobbowania za badaniami pielęgniarskimi, które rozpoczną potencjalną poprawę w podejściu i strategiach profilaktyki i wczesnego wykrywania raka, jak i roli pielęgniarek w tych działaniach;
- Popierania włączania nowej wiedzy i nowych technologii mających zastosowanie w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu raka, zarówno do podstawowych, ponadpodstawowych programów kształcenia pielęgniarek jak i kształcenia ustawicznego;
- Wspierania i angażowania się w podnoszenie świadomości społeczeństwa, rządów i inne inicjatywy mające na celu wczesne wykrywanie chorób i profilaktykę;
- Promowania uczestnictwa krajowych organizacji pielęgniarek onkologicznych w międzynarodowych wymianach doświadczeń dotyczących zapobiegania i wczesnego wykrywania raka;
- Lobbowania za włączeniem szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) do krajowych programów szczepień;

International Council of Nurses

3, place Jean-Marteau
CH -1201 Geneva Switzerland
Telephone +41 (22) 908 0100
Fax +41 (22) 908 0101
e-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

- Współpracy z innymi zawodami medycznymi i organami rządowymi w celu wprowadzenia całkowitego zakazu używania tytoniu i palenia w miejscach publicznych;
- Popierania zaangażowania pielęgniarek w działania i strategię profilaktyki raka, włącznie z uczestnictwem w krajowych i międzynarodowych akcjach;
- Lobbowania za zmianami w lokalnej polityce zdrowotnej, jak miejsca publiczne wolne od dymu tytoniowego i polityka zdrowotna na rzecz zdrowia, odnosząca się do szeroko pojętych społecznych wyznaczników zdrowia.

Tło:

Rak jest główną przyczyną zgonów w wielu krajach. Obecnie ocenia się, że w około 80% przypadków zachorowania na nowotwór można by uniknąć. Chociaż wiedza na temat rzeczywistych przyczyn raka jest wciąż ograniczona, wyniki badań wskazują dwa największe zagrożenia: palenie papierosów i odżywianie.

Ponad 30% zgonów z powodu raka jest wynikiem używania tytoniu zaś około 35% może mieć związek z niezdrową dietą, nadużywaniem alkoholu i brakiem aktywności fizycznej.

Profilaktyka nowotworów, jako taka, oznacza sugerowanie zmiany stylu życia i zachowań, takich jak: rzucenie palenia tytoniu, zmniejszenie spożycia alkoholu, zmiana zwyczajów żywieniowych, zwiększanie aktywności fizycznej, unikanie niebezpieczeństw w otoczeniu: bierne palenie, słońce oraz azbest. Obiecująca jest możliwość zmniejszenia częstotliwości występowania raka i śmiertelności poprzez wprowadzenie strategii jego wczesnego wykrywania.

Okolo 99% przypadków raka szyjki macicy ma związek z infekcją HPV⁶. Istnieje zgoda autorytetów co do bezpieczeństwa szczepionki HPV w zapobieganiu i ograniczaniu raka szyjki macicy⁷.

Ostatnie badania potwierdzają również, że zastosowanie badania cytologicznego metodą ThinPrep® **Pap Test**[™] i cienkowsarstwowej cytologii na podłożu płynnym, do badania raka szyjki macicy, znacznie zmniejsza ryzyko śmierci z powodu inwazyjnego raka szyjki macicy. Inne sposoby wczesnego wykrywania raka, takie jak samodzielne badanie piersi, badanie obecności krwi w kale, sigmoidoskopia, badanie jamy ustnej, skóry i badanie per rectum również mogą mieć potencjalną możliwość ograniczenia zachorowań na raka i śmiertelności.

Używanie tytoniu i inne czynniki wpływające na ryzyko zachorowań na raka powiązane są z szerszymi społecznymi wyznacznikami zdrowia, które wpływają na styl życia jednostek i rodzin.

⁶ Światowa Organizacja Zdrowia (2005). Nowe inicjatywy WHO przyspieszenia rozwoju i wprowadzenie szczepionek przeciwko rakowi szyjki macicy. www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr26/en/print.html

⁷ Światowy Komitet Doradczy Bezpieczeństwa Szczepionek [Global Advisory Committee on Vaccine Safety] (2007), w: Weekly Epidemiological Record, No.28/29, 20 July 2007. s. 139-140.

Udzielanie informacji i edukowanie na temat czynników wpływających na niebezpieczeństwo zachorowań na raka powinno wykraczać poza styl życia i dotyczyć czynników środowiskowych, determinujących zdrowie oraz publicznej polityki zdrowotnej, włącznie z całkowitym zakazem palenia w miejscach publicznych.

Stanowisko przyjęto w 1989 r.

Poddane rewizji i poprawione w 2008 r.

Odnosne Stanowiska ICN:

- Redukowanie zagrożeń zdrowotnych związanych ze środowiskiem i stylem życia
- Pielęgniarki i środowisko naturalne
- Używanie tytoniu i zdrowie

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest federacją ponad 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Prowadzona przez pielęgniarki i przewodząca pielęgniarstwu na arenie międzynarodowej. ICN działa na rzecz zapewnienia jakości opieki dla wszystkich oraz rzetelnej polityki ochrony zdrowia na całym świecie.



Używanie tytoniu i Zdrowie **(Tobacco Use and Health)**

Stanowisko ICN

Epidemia używania tytoniu stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Jak dotąd, tragicznie niewystarczające są środki mające służyć kontroli jego zażywania.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) działa na rzecz:

- Wprowadzenia całkowitego zakazu używania tytoniu
- Zapobiegania i eliminowania używania tytoniu przez pielęgniarki i adeptów pielęgniarstwa
- Wprowadzania polityki stref wolnych od dymu w ICN, włącznie z zachęcaniem krajowych stowarzyszeń pielęgniarek do przyjmowania takiej samej polityki w ich budynkach, na spotkaniach i wydarzeniach
- Współpracy z innymi rządowymi i pozarządowymi organizacjami oraz organizacjami zawodów medycznych w zwalczaniu tytoniowej epidemii
- Współpracy z krajowymi stowarzyszeniami pielęgniarskimi w celu wspierania implementacji Ramowej Konwencji o WHO Ograniczaniu Użycia Tytoniu (FCTC).

ICN zachęca stowarzyszenia członkowskie do koordynacji wysiłków z innymi krajowymi grupami w celu zwrócenia uwagi rządu i społeczeństwa na negatywne skutki używania tytoniu oraz zachęcania rządów do ograniczania, zniechęcania i wykorzenia używania tytoniu. ICN wspiera następujące działania na poziomie kraju:

- Lobbowanie za polityką zabraniającą reklamy i sponsoringu co do wyrobów tytoniowych, oraz wspierania widocznych ostrzeżeń na wszystkich wyrobach tytoniowych.
- Współpracę z rządami w celu wprowadzenia środków ustawowych i fiskalnych, takich jak wysokie opodatkowanie wyrobów tytoniowych.
- Popieranie zakazu palenia w miejscach publicznych i tworzenie wolnych od dymu szkół, obiektów sportowych, miejsc pracy, podróży powietrznych, restauracji i innych przestrzeni publicznych.
- Współuczestniczenie w publicznych kampaniach informacyjno – edukacyjnych, skierowanych zwłaszcza do podatnych grup, takich jak młodzież.

**International
Council of Nurses**

3, place Jean-Marteau
CH -1201 Geneva Switzerland
Telephone +41 (22) 908 0100
Fax +41 (22) 908 0101
e-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

- Wspieranie i zachęcanie rolników uprawiających tytoń do zmiany na inne rośliny uprawne.
- Zachęcanie pielęgniarek do pełnienia roli wzoru osoby niepalącej, poprzez oferowanie palącym pielęgniarkom programów pomagających w rzuceniu nałogu.
 - Zachęcanie pielęgniarek do włączania do praktyki działań w zakresie zapobiegania i rzucania tytoniu.
 - Włączanie informacji dotyczących palenia tytoniu do programów nauczania pielęgniarek na wszystkich poziomach.
 - Identyfikowanie działań wspierających pacjentów hospitalizowanych, którzy zwykle używają tytoniu, teraz zaś są zamknięci w środowisku, w którym nie wolno palić.

Tło:

Używanie tytoniu na świecie niezmiennie wzrastało, doprowadziło to do blisko 5 milionów zgonów rocznie, których można by uniknąć. Prognozy mówią o wzroście tej liczby do 10 milionów w roku 2020. Niepokój budzi też wzrost liczby pielęgniarek palących papierosy oraz wzrastające używanie tytoniu.

Kodeks Etyki dla Pielęgniarek ICN⁸ stanowi, że promocja zdrowia i profilaktyka chorób są wśród fundamentalnych obowiązków pielęgniarki. Ponadto pielęgniarka dzieli wraz z innymi obywatelami odpowiedzialność za inicjowanie i wspieranie akcji mających na celu spełnianie zdrowotnych i socjalnych potrzeb społeczeństwa.

Problemom zdrowotnym, spowodowanym używaniem tytoniu, w dużym stopniu można by zapobiec. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób, o której mowa w Ramowej Konwencji o Ograniczeniu Użycia Tytoniu WHO, powinny być wzmocnione i pielęgniarki są dobrze przygotowane do ich wdrożenia. Ponadto, zarówno pielęgniarki jak i krajowe stowarzyszenia pielęgniarek powinny uczestniczyć w badaniach dotyczących tytoniu i ich upowszechnianiu.

Stanowisko przyjęto w 1999

Poddano rewizji i poprawiono w 2006

Wcześniej: Palenie a Zdrowie (*Smoking and Health*)

Oдноśne Stanowiska ICN:

- Ograniczanie zagrożeń zdrowotnych odnoszących się do otoczenia i stylu życia
- Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy
- Rola pielęgniarek w profilaktyce raka

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest federacją ponad 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Prowadzona przez pielęgniarki i przewodząca pielęgniarstwu na arenie międzynarodowej. ICN działa na rzecz zapewnienia jakości opieki dla wszystkich oraz rzetelnej polityki ochrony zdrowia na całym świecie.

⁸ Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN), Kodeks Etyki ICN dla Pielęgniarek, znowelizowany w 2005 r. (PTP/2007)



Redukowanie zagrożeń zdrowotnych związanych ze środowiskiem i stylem życia

(Reducing Environmental and Lifestyle-related Health Hazards)

Stanowisko ICN:

Pielęgniarki i krajowe stowarzyszenia pielęgniarek powinny odgrywać strategiczną rolę w ograniczaniu zagrożeń dla zdrowia wynikających ze środowiska i stylu życia.

Krajowe stowarzyszenia pielęgniarek mogą przyczyniać się do zmniejszenia zagrożeń zdrowotnych jednostki i społeczności lokalnych, poprzez:

- Promowanie zdrowego stylu życia, włączając w to aktywność ruchową, zarządzanie stresem, zapobieganie wypadkom, utrzymywanie masy ciała, prowadzenie edukacji nt. żywienia, uzależnionej od statusu socjoekonomicznego, płci i przekonań kulturowych.
- Rozwijanie i rozpowszechnianie stanowisk krajowych stowarzyszeń pielęgniarek dotyczących głównych zagrożeń dla zdrowia, związanych ze środowiskiem i stylem życia.
- Współpracę z rządami i społecznościami lokalnymi w celu wprowadzenia (zapewnienia) środków, których zadaniem jest stworzenie oraz utrzymanie zdrowego stylu życia i środowiska pracy, włącznie z fluoryzacją wody, kontrolą dodatków do żywności, środków ograniczających nadużywanie różnych substancji oraz usług mających na celu zwalczanie zagrożeń dla zdrowia.
- Wspieranie działań rządu ukierunkowanych na zapobieganie i zwalczanie zagrożeń dla zdrowia, włącznie ze współpracą międzynarodową w celu rozwiązywania wspólnych problemów (np. niewłaściwego odżywiania, handlu narkotykami, kontroli zanieczyszczeń, chorób przenoszonych drogą płciową, podrabiania leków itp.)

Inicjowanie i uczestniczenie w:

- Organach opracowujących, koordynujących i nadzorujących programy zapobiegające i zwalczające zagrożenia dla zdrowia.
- Decyzjach lokalnych/krajowych w przypadku katastrof oraz w programach międzynarodowych na wypadek katastrof w innych krajach.
- Badaniach w zakresie: rozmiaru, konsekwencji i niezbędnych działań dotyczących środowiskowych niebezpieczeństw zdrowotnych i zawodowych; dobrostanu, praktyk i technik umożliwiających ludziom ograniczanie zagrożenia dla zdrowia i utrzymania zdrowia; wczesnego ostrzeżenia o zagrożeniach zdrowotnych; poprawiania

warunków życia i pracy; monitorowania poziomu zanieczyszczenia środowiska; oceny wpływu pielęgniarskich działań dotyczących zagrożeń środowiskowych.

- Zagwarantowanie, że pielęgniarki dysponują wystarczającymi informacjami i wiedzą, kompetencjami i środkami, niezbędnymi do efektywnego wykonywania swoich zadań dotyczących promocji zdrowia i doradztwa w zakresie zagrożeń zdrowia.
- Współpracy z kierownikami placówek zdrowotnych w celu zapewnienia bezpiecznego usuwania odpadów medycznych i uniknięcia szkód wyrządzanych w ten sposób dla środowiska.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) popiera *World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children* oraz *Plan Działania (Plan of Action)*⁹, które dotyczą potrzeby stworzenia i zachowania zdrowego otoczenia dla dzieci.

Tło:

Styl życia i problemy zdrowotne związane ze środowiskiem są coraz istotniejszą przyczyną zachorowalności, umieralności, wzrostu kosztów opieki zdrowotnej oraz spadku wydajności w pracy, nauce i obniżenia jakości życia. Szczególne znaczenie mają tu:

- Zagrożenia związane ze stylem życia, takie jak: używanie tytoniu, nadużywanie alkoholu i lekarstw, które podnoszą koszty osobiste i społeczne w postaci: raka, przemocy, wypadków drogowych itp. Problemem światowym są również choroby sercowo – naczyniowe i problemy ze zdrowiem psychicznym, jak również dramatyczny wzrost chorób przenoszonych drogą płciową.
- Dodatki i chemikalia stosowane do produkcji żywności są wzrastającym problemem żywieniowym.
- W wielu krajach uprzemysłowionych ludzie cierpią na otyłość i zaburzenia związane z odżywianiem, takie jak anoreksja czy bulimia. Na całym świecie wielu ludzi jest stale niedożywionych.

Czynniki środowiskowe, takie jak stres, są głównymi przyczynami złego stanu zdrowia. Zanieczyszczenia (wody, powietrza i gleby) zwiększają częstotliwość występowania chorób ostrych i przewlekłych.

Zagrożenia te wymagają zainteresowania, niezależnie od tego, czy wynikają z osobistych wyborów, czy też ich przyczyną jest środowisko. Pielęgniarki w coraz większym stopniu stają się rzecznikami programów mających na celu tworzenie „zdrowych domów”, zdrowych szkół, miejsc pracy, społeczeństw itp. Środowiska pracy, w których stres jest nieduży należy wspierać i wykorzystywać ten potencjał dla kreowania badań.

Pielęgniarki są ważnymi rzecznikami zapobiegania chorobom i wypadkom zarówno w domu jak i w zakładach pracy. Większości wypadków można zapobiec, w tym celu jednakże potrzebne jest o wiele więcej edukacji, która jest w kompetencji pielęgniarek.

⁹ United Nations, *World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementations of the World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children in the 1990's*, United Nations, New York, 1991.

Zob. Także <http://www.unic.un.org.pl/dzieci/szczyt.html> (przyp. PTP)

Stanowisko przyjęto w 1999 r.

Poddano rewizji i poprawiono w 2007 r.

Wcześniej tytuł: Zagrożenia Zdrowotne (*Health Hazards*)

Powiązane Stanowiska ICN:

- Pielęgniarki i środowisko naturalne
- Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy
- Rola pielęgniarek w profilaktyce raka
- Ograniczenie transmisji chorób zakaźnych związanych z podróżami
- Zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS)

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest federacją ponad 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Prowadzona przez pielęgniarki i przewodząca pielęgniarstwu na arenie międzynarodowej. ICN działa na rzecz zapewnienia jakości opieki dla wszystkich oraz rzetelnej polityki ochrony zdrowia na całym świecie.



Eliminowanie substancji uzależniających u osób w młodym wieku

(Elimination of Substance Abuse in Young People)

Stanowisko ICN:

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest zaniepokojona rosnącą liczbą ludzi młodych, którzy nadużywają substancji uzależniających powodujących uzależnienie i wywierających wpływ na ich zdrowie. Pielęgniarki, jako podmiot o kluczowym znaczeniu dla ochrony zdrowia, świadczący usługi zdrowotne dla ludzi młodych, odgrywają pierwszoplanową rolę w zwalczaniu nadużywania substancji uzależniających w tej grupie wiekowej. Zapobieganie i ograniczanie nadużywania substancji uzależniających poprzez działania polityczne i motywowanie do zmniejszenia używania, promocję zdrowego stylu życia oraz zaopatrzenie młodych ludzi w umiejętności życiowe pomagające radzić sobie ze stresem, presją rówieśników i innymi czynnikami ryzyka. ICN uważa te działania za istotne dla pielęgniarstwa.

ICN działa na rzecz zapobiegania nadużywaniu substancji uzależniających i wzywa pielęgniarki oraz krajowe stowarzyszenia pielęgniarek (NNA) do wzmocnienia działania w kierunku zapobiegania nadużywaniu substancji uzależniających, w szczególności wśród młodych ludzi, oraz do:

- Nakłaniania rządów, społeczności, organizacji młodzieżowych, organizacji rodziców oraz władz szkolnych do rozpowszechniania informacji na temat niebezpieczeństw związanych z nadużywaniem substancji uzależniających i na temat życiowych umiejętności radzenia sobie z sytuacją trudną.
- Współpracy z innymi organizacjami, włącznie ze szkołami pielęgniarskimi, organizacjami młodzieży i rodziców, pracownikami szkoły, rządami i społecznościami w celu wdrażania strategii mających na celu eliminowanie nadużywania substancji uzależniających.
- Współpracy z krajowymi agencjami w zakresie rozwoju kompleksowej polityki dotyczącej ograniczenia użycia: tytoniu, alkoholu, narkotyków i innych substancji uzależniających w celu zmniejszenia popytu na substancje psychoaktywne oraz zminimalizowania szkód poprzez dostęp do profilaktyki i leczenia.
- Wzmacniania działań w zakresie zapobiegania i zwalczania używania tytoniu.
- Popierania włączania do programów nauczania pielęgniarek na poziomie podstawowym, ponadpodstawowym i kształceniu ustawicznym, programów

**International
Council of Nurses**

3, place Jean-Marteau
CH -1201 Geneva Switzerland
Telephone +41 (22) 908 0100
Fax +41 (22) 908 0101
e-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

profilaktycznych i zwalczających uzależnienia od tytoniu, alkoholu, narkotyków oraz innych nadużywanych substancji uzależniających .

- Włączania się w badania: nad wskaźnikami, trendami i ciężarem chorób związanych z nadużywaniem substancji uzależniających uzależnieniem od nich przez osoby dorastające; nad skoncentrowanym na pacjencie podejściu do opieki i interwencjami farmakologicznymi; nad interwencjami dotyczącymi grup i jednostek wysokiego ryzyka oraz nad identyfikacją barier ograniczających wprowadzenie skutecznych działań profilaktycznych.
- Zapewniania szerokiego zakresu środków ograniczających szkody, takich jak informowanie i doradzanie, szczepienia, wymianę igieł/strzykawek oraz kompleksowe zapobieganie i leczenie w sposób wyłączający dyskryminację.
- Zwalczania uprzedzeń, stygmatów i dyskryminacji połączonych z nadużywaniem substancji uzależniających.
- Wspierania interwencji politycznych w oparciu o prawa człowieka.

Krajowe stowarzyszenia pielęgniarek i pielęgniarki muszą być zaangażowane w dyskusje na poziomie krajowym i kwestie polityczne związane z nadużywaniem substancji uzależniających.

Tło:

Tytoń, alkohol i zażywanie nielegalnych narkotyków przyjmuje postać znaczącego zagrożenia dla zdrowia, społecznych i ekonomicznych struktur rodziny, społeczności i narodów.

Rosnąca liczba społecznych i ekonomicznych problemów połączona jest z zażywaniem tytoniu, alkoholu, narkotyków i innych substancji uzależniających . Skutki tych działań, często nie są ograniczone tylko do jednostek, ale dotyczą również ich rodzin, przyjaciół, współpracowników i społeczeństwa jako całości.

Ludzie młodzi mogą często nadużywać substancji uzależniających z powodu czynników rodzinnych, życiowych presji i wpływu rówieśników. Biologiczne zmiany w wieku dojrzewania wywołują niepewność i lęk, zaś narkotyki są często używane po to, bo sobie z tą sytuacją radzić.

Obserwuje się wzrastające występowanie chorób przenoszonych drogą płciową: HIV, żółtaczki typu B i C oraz innych chorób wśród ludzi pijących alkohol i zażywających narkotyki i u tych, którzy dzielą się igłami do wstrzykiwania substancji uzależniających. Szacuje się, że palenie tytoniu powoduje około 5 milionów zgonów rocznie¹⁰, dalej plasuje się alkohol, który jest sprawcą 2,3 miliona przedwczesnych zgonów lub 3,2% wszystkich zgonów na świecie oraz nielegalne narkotyki, powodujące 0,2% wszystkich zgonów¹¹. Ważne jest rozróżnienie pomiędzy używaniem tytoniu i nadużywaniem innych substancji uzależniających . W przypadku tytoniu, każde „używanie” jest wielce niebezpieczne dla

¹⁰ WHO Report on the Global Tobacco Epidemics, 2008, The MPower package. Geneva

¹¹ WHO web site. www.who.int

młodzieży. Badania naukowe sugerują, że podatność na uzależnienie od nikotyny u dzieci zaczyna się niemal natychmiast w chwili, gdy zaczną palić.

ICN wspiera globalne inicjatywy mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie używania tytoniu, takie jak Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (FCTC). Pielęgniarki mają do czynienia ze szkodliwymi skutkami nadużywania substancji uzależniających i powiązanych z nimi fizycznymi, psychologicznymi i społecznymi konsekwencjami. Jako czołowi świadczeniodawcy usług zdrowotnych, pielęgniarki mają do odegrania pierwszoplanową rolę w wyeliminowaniu nadużywania substancji uzależniających.

Stanowisko przyjęto w 1995 r.

Zrewidowano i poprawiono w 2002 i 2008 r.

Powiązane Stanowiska ICN:

- Używanie tytoniu a zdrowie
- Redukowanie zagrożeń zdrowotnych związanych ze środowiskiem i stylem życia
- Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS)

Publikacje ICN:

- Tobacco Free Living, ICN Fact Sheet, 2000.
- Tobacco Control and Smoking Cessation, ICN Monograph, 2004

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest federacją ponad 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Prowadzona przez pielęgniarki i przewodząca pielęgniarstwu na arenie międzynarodowej. ICN działa na rzecz zapewnienia jakości opieki dla wszystkich oraz rzetelnej polityki ochrony zdrowia na całym świecie.



SPRAWY PIELĘGNIARSTWA

Broszura informacyjna **Sprawy Pielęgniarstwa**, zapewnia szybkie informacje i międzynarodowe perspektywy pielęgniarek w zakresie aktualnych problemów zdrowotnych i społecznych.

Przestrzeganie długoterminowych terapii

Przestrzeganie oznacza zwykle „zakres, do którego zachowanie osoby – biorącej lekarstwa, będącej po diecie oraz/lub egzekwującej zmiany stylu życia – odpowiada zaleceniom osoby sprawującej opiekę medyczną.¹²”. Większość badań nad przestrzeganiem zaleceń skupia się na zakresie, w jakim pacjenci przestrzegają zaleceń medycznych dotyczących przepisywanych lekarstw, jednak obejmują one również szersze zachowania odnoszące się do zdrowia, zachowania idące poza „branie przepisanych lekarstw”. Niektóre przykłady zachowań związanych z przestrzeganiem obejmują:¹³

- Szukanie opieki medycznej;
- Realizowanie recept;
- Właściwe stosowanie lekarstw;
- Korzystanie ze szczepień;
- Uczestniczenie w kolejnych wizytach;
- Przyjmowanie zmiany zachowań zdrowotnych dotyczących kontroli masy ciała, samodzielne zarządzanie astmą i cukrzycą (samoopieka), paleniem tytoniu, antykoncepcją, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, niezdrową dietą i niewystarczającą aktywnością fizyczną.

Istnieją mocne dowody, wskazujące, że większość pacjentów z chorobami przewlekłymi: astmą, cukrzycą, nadciśnieniem, HIV i AIDS, ma trudności z przestrzeganiem przepisanych zasad. Dla przykładu w Chinach, zaledwie 43% pacjentów z nadciśnieniem stosuje się do przeciwnadciśnieniowej terapii, zaś w Gambii jedynie 27% stosuje leki obniżające ciśnienie krwi. W Australii, tylko 43% pacjentów z astmą zażywa lekarstwa regularnie, zgodnie z zaleceniami. W Europie zaś zaledwie 28% pacjentów z cukrzycą jest w stanie osiągnąć optymalną kontrolę glikemii. Przestrzeganie terapii antyretrowirusowej (ART) waha się od 37% do 83%, w zależności od stosowanych lekarstw i częstotliwości ich zażywania. W krajach rozwiniętych przestrzeganie zasad

¹² World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Retrieved July 8, 2005, from www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/; wg ICNP® to „Działanie z własnej woli nakierowane na osiągnięcie dobrego samopoczucia, wyzdrowienia i rehabilitacji, stosowanie się do zaleceń bez odstępstw, sumienne wykonywanie sekwencji zachowań lub działań. Przystanie na zalecenia leczenia, przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami, zmiana zachowania na lepsze, odbiór leków w wyznaczonym terminie, utożsamianie się z działaniami na rzecz opieki nad własnym zdrowiem i posłuszeństwo względem zaleceń dotyczących leczenia”

¹³ WHO (2003). *Ibid.*

terapii wynosi w przybliżeniu 50%, podczas gdy w krajach rozwijających się, ten wskaźnik jest o wiele niższy¹⁴.

Problem słabego przestrzegania zaleceń

Niski poziom przestrzegania zaleceń terapii utrudnia podejmowane działania systemu opieki zdrowotnej, polityków i przedstawicieli zawodów medycznych, mających na celu poprawienie poziomu zdrowia populacji. Nieprzestrzeganie zaleceń terapii stanowi przyczynę medycznych i psychologicznych komplikacji choroby, obniża jakość życia pacjentów, powoduje wzrost prawdopodobieństwa rozwoju odporności na leki, marnotrawienie zasobów opieki zdrowotnej i obniża zaufania ludzi do systemu ochrony zdrowia.¹⁵

Pomiar przestrzegania zaleceń

Niezwykle istotny jest dokładny pomiar przestrzegania zaleceń. Nie istnieje jednak „złoty standard” pozwalający ustalić zakres zjawiska. W literaturze wymienia się kilka sposobów pomiaru, jednak są to pośrednie sposoby określania rzeczywistego zachowania pacjenta. Niektóre z tych sposobów, które są również stosowane w określaniu pomiaru przestrzegania zaleceń, zawierają:

- Zadawanie pytań osobom świadczącym usługi medyczne oraz pacjentom;
- Przedstawianie pacjentom standardowych ankiet;
- Liczenie pozostałych do zastosowania dawek;
- Elektroniczne monitorowanie urządzeń, które rejestrują czas i datę otwarcia pojemnika z lekarstwami;
- Sprawdzanie, kiedy recepty są realizowane po raz pierwszy i kiedy ponownie.

Każda z tych metod ma swoje minusy i powinna być stosowana z ostrożnością. Dla przykładu, zarówno podmioty świadczące usługi zdrowotne jak i pacjenci będą skłonni zawyżać stopień przestrzegania zaleceń. Podobnie, stosowanie elektronicznego monitoringu urządzeń lub liczenie pozostałych do zastosowania tabletek nie mówi nam, że pacjent rzeczywiście przyjął leki.

Czynniki wpływające na przestrzeganie zaleceń¹⁶

Stosowanie się do zaleceń jest uwarunkowane od kilku czynników. Zaliczają się do nich:

- Niski społeczny i ekonomiczny status;
- Analfabetyzm i ograniczone wykształcenie;
- Bezrobocie;
- Duże odległości do ośrodków terapeutycznych;

¹⁴ Organizacion Panamerican de la Salud (Sept 2003). Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. Washington.

¹⁵ WHO (2003). *Op. cit.*; Balkrishnana R (2005). The importance of medication adherence in improving chronic disease related outcomes: what we know and what we need to further know. *Medical Care* 43(6), pp. 517-520

¹⁶ WHO (2003) *Op. cit.*; Balkrishnana R (2005). *Op. cit.*

- Wysokie koszty transportu i lekarstw;
- Charakterystyka choroby;
- Czynniki związane z różnorodnością stosowanych terapii: stopień złożoności i okres trwania terapii, skutki uboczne;
- Kulturowe przekonania dotyczące choroby i terapii.

Niektóre z tych czynników odnoszą się do pacjenta, niektóre do lekarstw, jeszcze inne zaś do podmiotu świadczącemu usługi zdrowotne. Czynnikiem hamującym przestrzeganie zaleceń jest np. niski społeczno – ekonomiczny status pacjenta, w przypadku terapii mogą to być skutki uboczne przepisanych lekarstw. Biorąc pod uwagę tę złożoność interakcji czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń, pacjenci potrzebują wsparcia, nie zaś obwiniania za nieprzestrzeganie zaleceń.

Poprawianie poziomu przestrzegania zaleceń

Lepsze przestrzeganie zaleceń wiąże się z bezpieczeństwem pacjenta, prowadzi do lepszego stanu zdrowia i obniżenia kosztów opieki zdrowotnej. Poprawne przestrzeganie zaleceń podnosi skuteczność interwencji, sprzyja zdrowiu, poprawia oczekiwaną jakość życia pacjenta.¹⁷ Wynikają z niego również korzyści ekonomiczne, zarówno dla systemu opieki zdrowotnej jak i dla pacjenta.¹⁸ Nie istnieje pojedynczy sposób promowania przestrzegania terapeutycznych zaleceń. Aby poprawić jego poziom, niezbędna jest kombinacja kilku edukacyjnych strategii i zachowań zdrowotnych.¹⁹ Wśród strategii zachowań należy wyróżnić przypominanie i wzmacnianie zachowań pacjenta. Również podmioty świadczące opiekę zdrowotną mogą sprawdzać preferencje pacjenta, upraszczać sposoby dawkowania itd. Strategie edukacyjne, które poprawiają przestrzeganie zaleceń wśród pacjentów chronicznie chorych, to ograniczanie liczby lekarstw i częstotliwości dozowania, dostarczanie informacji na temat spodziewanych skutków ubocznych a także motywowanie pacjentów do przestrzegania, koniecznych ze względu na terapię, zmian w stylu życia.

Niezwykle istotne jest informowanie pacjentów o ich chorobach przewlekłych, o korzyściach wynikających z terapii oraz o komplikacjach związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń²⁰. Edukacja jest potrzebna ze względu na samodzielne prowadzenie terapii, ponieważ większość opieki świadczonej wobec osób przewlekłych wymaga, aby sami pacjenci włączali się w ten proces.

Edukacja to istotna strategia poprawiania stopnia przestrzegania zaleceń, jednak pacjenci nie tylko potrzebują być informowani, ale również konieczne jest motywowanie i zachęcanie do stosowania się do zasad terapii i osiągania celów związanych ze stylem życia.

¹⁷ Williams AB (2001). Adherence to regimens: 10 vital lessons. *American Journal of Nursing*, 101(6), 37-43.

¹⁸ Organizacion Panamerican de la Salud (Sept. 2003). *Op. cit.*

¹⁹ Balkrishnana, R. (2005). *Op. cit.*

²⁰ Williams AB (2001). *Op. cit.*

Aby leczyć choroby przewlekłe i poprawić poziom przestrzegania zaleceń, potrzebne jest wielosektorowe podejście. Rodzina, społeczność oraz organizacje pacjentów, są kluczowymi partnerami w promocji postępowania zgodnie z zaleceniami. Powinni być aktywnie włączeni do planu opieki i oczekiwanych rezultatów opieki. Podniesienie poziomu przestrzegania zaleceń będzie wymagało stałej współpracy pomiędzy osobami wykonującymi zawody medyczne, naukowcami, politykami, rodzinami, a zwłaszcza z pacjentem.

TG/2006

W celu uzyskania dalszych informacji, prosimy o kontakt: icn@icn.ch

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest federacją ponad 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Prowadzona przez pielęgniarki i przewodząca pielęgniarstwu na arenie międzynarodowej. ICN działa na rzecz zapewnienia jakości opieki dla wszystkich oraz rzetelnej polityki ochrony zdrowia na całym świecie.



SPRAWY PIELEŃNIARSTWA

Broszura informacyjna **Sprawy Pielęgniarstwa**, zapewnia szybkie informacje i międzynarodowe perspektywy pielęgniarek w zakresie aktualnych problemów zdrowotnych i społecznych.

Szkodliwy wpływ alkoholu

Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu jest czynnikiem ryzyka dla wielu chorób i problemów społecznych, któremu można zapobiec. Nadużywanie alkoholu obejmuje wiele aspektów picia. Pierwszym jest ilość konsumowanego alkoholu. Wśród innych wymienia się model picia, który może rozciągać się od picia regularnego lub okazjonalnego do upojenia alkoholowego, oraz jakość napojów alkoholowych i zawarte w nich toksyczne substancje, na przykład metanol²¹.

Konsumpcja alkoholu powoduje szkodliwe konsekwencje zdrowotne i społeczne, włączając w to:

- Upojenie alkoholowe (pijaństwo), uzależnienie (nałogowe, niekontrolowane, długoterminowe picie);
- Główną przyczynę przedwczesnych zgonów;
- Niezamierzone i zamierzone urazy;
- Niektóre infekcje i choroby niezakaźne, takie jak: choroby układu sercowo – naczyniowego, marskość wątroby, rak, choroby umysłowe;
- Choroby przenoszone drogą płciową, włącznie z zakażeniem wirusem HIV;

Ocenia się, że alkohol jest przyczyną około 3,7% wszystkich zgonów, w tym 2,3 miliona zgonów przedwczesnych. Jest także w 4,4% przyczyną zachorowań na świecie. Należy dodać, że nadużywanie alkoholu powiązane jest z niektórymi szkodliwymi konsekwencjami społecznymi, jak: przestępstwa, przemoc, bezrobocie, częsta absencja. Coraz większą troskę budzi ostatnio negatywny wpływ używania alkoholu u ludzi młodych i kobiet na całym świecie²². Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN), w działaniach politycznych „Eliminowanie Substancji Uzależniających u Osób w Młodym Wieku”, wyraziła zaniepokojenie wzrastającą liczbą młodzieży sięgającej po substancje powodujące uzależnienie i wpływające na ich zdrowie.

²¹ World Health Organization (2008). Sixty-First World Health Assembly, A 61/13, 20 March 2008.

²² WHO (2008). Op. cit.

Co wpływa na spożycie alkoholu?

Aby móc skutecznie zaplanować interwencje przeciwko nadużywaniu alkoholu, ważnym jest, aby zrozumieć czynniki, które na ten problem wpływają. Spożywanie alkoholu w wielu kulturach jest zakorzenione w społecznym i kulturowym otoczeniu oraz połączone z cechami osobistymi, do których zalicza się²³:

- Wiek, płeć, status fizjologiczny i psychologiczny, osobistą świadomość szkodliwych skutków spożywania alkoholu;
- Społeczne, ekonomiczne i kulturowe wartości, standardy panujące w rodzinie, włącznie z akceptacją i aprobatą sposobów picia alkoholu przez konkretną osobę;
- Dostępność i akceptowalność spożywania alkoholu w społeczeństwie;
- Społeczno – kulturowe cechy wpływu grupy rówieśników, osobisty status i stanowisko społeczeństwa wobec spożywania alkoholu;
- Reklamowanie i przedstawianie przez media spożywania alkoholu jako „męskie” i „atrakcyjne”, co wpływa na ludzkie wartości i proces myślenia;
- Status prawny alkoholu i działania prawne przeciwko tym, którzy powodują szkody będąc pod wpływem alkoholu.

W wielu społeczeństwach spożywanie alkoholu jest połączone ze uroczystościami, włącznie z: weselem, narodzinami, osiągnięciami w nauce oraz awansami w pracy. Udzielanie porad, aby „pić alkohol z umiarem”, często prowadziła do mieszanych, sprzecznych komunikatów na temat alkoholu i jego konsumpcji, co mogło osłabiać działania polityczne i strategie zdrowotne mające na celu eliminowanie szkód związanych z alkoholem.

Jakie są konsekwencje nadużywania alkoholu?

Alkohol ma toksyczne działanie, które może uszkodzić niemal każdy organ ciała. Nadużywanie alkoholu wywiera zarówno ostre jak i trwale niekorzystne skutki dla zdrowia oraz czynników zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych. Ostre skutki alkoholu są związane ryzykownym zachowaniem, takim jak seks bez zabezpieczeń, który może prowadzić do infekcji przenoszonych drogą płciową, takich jak zakażenie wirusem HIV, wypadkami i urazami spowodowanymi jazdą pod wpływem alkoholu, obsługiwaniem w takim stanie urzędzeń oraz przemocą.

Wśród trwałych skutków alkoholu zawiera się ponad 60 rodzajów chorób. Możliwe jest zaostrenie dolegliwości zdrowotnych u osób przewlekle chorych, na przykład na choroby sercowo – naczyniowe, rak piersi, zapalenie wątroby typu C, marskość wątroby. Długotrwałe nadużywanie alkoholu może zagrażać systemowi immunologicznemu i zwiększać ryzyko chorób zakaźnych, włącznie z bakteryjnym zapaleniem płuc²⁴. Alkohol jest „substancją psychoaktywną”, która może oddziaływać na centralny układ nerwowy, powodując zaburzenia funkcji motorycznych, procesów poznawczych,

²³ WHO-SEARO (World Health Organization Regional Office for South East Asia) <http://www.searo.who.int>

²⁴ WHO (2007). Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, WHO Technical Report Series 944.

nastroju, percepcji, a także zmiany zachowań. Skutki te mogą powodować poważne problemy społeczne²⁵.

„Szkody społeczne” związane z nadużywaniem alkoholu to podziały w rodzinie, społeczności i miejscu pracy, przemoc i przestępstwa. Kolejnymi następstwami nadużywania alkoholu są: utrata pracy, uwikłanie się w przestępstwa i aresztowanie. Następstwa te dotyczą osoby nadużywające alkoholu, jak również ich rodziny, społeczności i społeczeństwa.”²⁶

Negatywne skutki nadużywania alkoholu odnoszące się do zdrowia jednostek, rodzin i społeczności, doprowadziły do ekonomicznego obciążenia w zakresie kosztów opieki zdrowotnej oraz kosztów społecznych. Na świecie, alkohol powoduje 1,8 miliona zgonów (3,2% wszystkich) z czego same nieumyślnie spowodowane obrażenia ciała są przyczyną ponad jednej trzeciej z 1,8 miliona zgonów²⁷.

Koszty opieki zdrowotnej obejmują koszty leczenia urazów i chorób związanych z alkoholem, jak również koszty rehabilitacji. Koszty społeczne zawierają koszty związane z utratą własności, bezrobociem, urazami spowodowanymi wypadkami drogowymi oraz bólem i cierpieniem rodziny²⁸.

Jakie są strategie ograniczania nadużywania alkoholu?

Strategie ograniczania nadużywania alkoholu muszą być opracowane tak, by osiągnąć kilka celów jednocześnie, włącznie z opóźnieniem pierwszego spożycia alkoholu, ograniczeniem liczby osób nadużywających alkoholu, minimalizowaniem szkodliwych wzorców spożywania alkoholu oraz zmianą zachowania dotyczącego konsumpcji alkoholu²⁹. W literaturze wyróżnia się kilka takich strategii³⁰, jak:

- *Wzmocnienie promocji zdrowia, profilaktyki i edukacji*, mające zwiększyć świadomość publiczną i podnieść zdolności jednostek i społeczności do uczestniczenia w ograniczaniu negatywnych konsekwencji nadużywania alkoholu. Aby działanie to było skuteczne, należy rozważyć zastosowanie kulturowego rozumienia, opartego na wiedzy i społecznego kontekstu picia alkoholu oraz środków dotyczących ludności jako całości oraz oaz podatnych grup (np. ludzi młodych i kobiet ciąży).
- Skuteczne strategie minimalizowania szkód związanych ze spożywaniem alkoholu, jak *wzmacnianie działań społeczności lokalnych*, z udziałem różnych partnerów, takich jak przywódcy społeczni, organizacje religijne, organizacje promujące zdrowie, stowarzyszenia konsumenckie, związki zawodowe. Działania te mogą podnosić spostrzeżenie przez społeczność szkód, ograniczać akceptację dla nadmiernego spożywania alkoholu oraz mobilizować społeczność przeciwko niekontrolowanej sprzedaży i spożywaniu alkoholu.

²⁵ WHO (2007). Ibid.

²⁶ WHO (2007). Ibid.

²⁷ WHO (2008). Op. cit.

²⁸ WHO (2007). Op. cit.

²⁹ Samarasinghe D (2009). Reducing Alcohol Harm: Things We Can Do. FORUT, Solidaritetsaksjon for utvikling. Available from Alcohol, Drugs and Development, www.addresources.org www.add-resources.org

³⁰ WHO (2008). Op. cit.; Samarasinghe D (2009). Op. cit.; Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) and Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA-CCLAT). (2007, April). *Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation. Recommendations for a National Alcohol Strategy in Canada.*

http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf

- *Regulowanie dostępności alkoholu* w celu kontroli konsumpcji i możliwości nabycia alkoholu. Strategia ta obejmuje regulowanie procesu produkcji i dystrybucji napojów alkoholowych, poprzez określenie minimalnego wieku, uprawniającego do nabycia alkoholu, ograniczenie godzin i dni sprzedaży, ograniczenie sprzedaży detalicznej i zagęszczenia punktów sprzedaży detalicznej, kontrolowanie ceny, reklamy i promocji.
- *Wspieranie i wdrażanie w życie polityki dotyczącej nietrzeźwych kierowców*, aby ograniczyć zjawisko jazdy pod wpływem alkoholu, jego negatywne konsekwencje i dolegliwość wypadków samochodowych. Polityka ta powinna zmierzać do określania minimalnego stężenia alkoholu we krwi u kierowców i do zawieszania prawa jazdy.
- *Wzmacnianie reakcji sektora zdrowia*, poprzez włączanie i szkolenie osób wykonujących zawody medyczne do wczesnego wykrywania problemów związanych z konsumpcją alkoholu i zapobiegania poważniejszym stanom. Leczenie i usługi społeczne dla osób z problemami alkoholowymi są skuteczne, kiedy są wspierane przez odpowiednie działania polityczne i systemy oraz zintegrowane w szerszej profilaktycznej strategii.

Jakie działania mogą podejmować pielęgniarki i Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarskie (NNA)?

Pielęgniarki i Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarskie (NNA) odgrywają istotną rolę w ograniczaniu i eliminowaniu nadużywania alkoholu. Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarskie mogą podejmować następujące działania:

- Współpraca z rządem, społecznościami oraz innymi organizacjami w celu rozpowszechniania informacji na temat szkodliwych skutków picia alkoholu oraz w celu wdrażania strategii ograniczających nadużywanie alkoholu.
- Wspieranie włączania programów profilaktycznych dotyczących nadużywania alkoholu do programów nauczania pielęgniarek i do kształcenia ustawicznego.
- Nakłanianie rządu do rozwijania działań politycznych dotyczących alkoholu, aby zminimalizować szkody poprzez dostępność profilaktyki i leczenia.
- Włączanie się w badania dotyczące kwestii alkoholu, takich jak wskaźniki, tendencje i obciążenie chorobą; działania pielęgniarskie skierowane do grup wysokiego ryzyka; istniejących przeszkód we wdrażaniu działań profilaktycznych; w leczeniu podejście skoncentrowane na pacjencie.
- Wspieranie działań politycznych opartych na prawach człowieka.

Pielęgniarki i Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarskie (NNA) mogą być czołowymi partnerami w procesie wzmacniania reakcji sektora zdrowia na nadużywanie alkoholu, włącznie z profilaktyką, leczeniem, opieką i rehabilitacją.

W celu uzyskania dalszych informacji, prosimy o kontakt: icn@icn.ch

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) jest federacją ponad 130 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek, reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Prowadzona przez pielęgniarki i przewodząca pielęgniarstwu na arenie międzynarodowej. ICN działa na rzecz zapewnienia jakości opieki dla wszystkich oraz rzetelnej polityki ochrony zdrowia na całym świecie.

Piśmiennictwo:

Bannister M (2008). *Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance*. Primary Health Care Volume: 18 Issue: 8 (2008-01-01) ISSN: 0264-5033. BBC World Service. *Cancer epidemic on the way. Tobacco in India, Tobacco on Trial Initiative.* http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/tobaccotrial/india.htm accessed 6 November 2009.

Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L (2009). *Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It?* International Journal of Environmental Research and Public Health 2009, 6, 2258-2270; <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf> accessed 6 November 2009.

C3 Collaborating for Health (2009). *Diabetes in Australia to double.* <http://www.c3health.org/uncategorized/diabetes-in-australia-to-double/> accessed 6 November 2009.

Fekete EM, Antoni MH and Schneiderman N (2007). *Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions.* Current Opinion in Psychiatry. 20(2):152-7, 2007 March accessed on Medline 3 November 2009.

Healthcare Information for All by 2015 <http://www.hifa2015.org/> accessed 6 November 2009.
Hee-Seung K and Hye-Sun J (2007). *A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months.* Journal of Clinical Nursing p1082-1087, Blackwell Publishing Ltd.

International Council of Nurses (2009) *Framework of Competencies for the Nurse Specialist*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2008). *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2007). *International Competencies for Telenursing*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2004). *Collaborative Practice in the 21st Century*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses Innovations Database <http://www.icn.ch/innovations/> accessed 6 November 2009.

International Diabetes Federation (2001). *Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act.* <http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20and%20CVD.pdf> accessed 6 November 2009.

International Diabetes Federation (a). *Why you should care..* <http://www.idf.org/whyyou-should-care> accessed 6 November 2009. International Diabetes Federation (b) *World Diabetes Day Media Kit* http://www.idf.org/websdata/docs/World_Diabetets_Day_Media_Kit.pdf, p24.

International Diabetes Federation (c). *Prevention.* <http://www.idf.org/prevention> accessed 6 November 2009.

Improving Chronic Illness Care (2004). *Chronic Care Model*, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation.

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Model_Talk&s=27 accessed 6 November 2009.

Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M and Tuomilehto J (2008). Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. *Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study*. *Diabetes Care*. 31(5):857-62, 2008 May. Accessed on Medline 3 November 2009.

National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2008). *Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update)*. London: Royal College of Physicians <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66FullGuideline0509.pdf> 6 November 2009.

The Oxford Health Alliance (2009a). *The costs of chronic disease*. <http://www.oxha.org/knowledge/backgrounders/the-costs-of-chronic-diseases> accessed 6 November 2009.

The Oxford Health Alliance (2009b). *Community Interventions for Health* <http://www.3four50.com/cih/> accessed 6 November 2009. The Oxford Health Alliance (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. <http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economicperspective.pdf> accessed 6 November 2009.

Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF and the Diabetes Prevention Program Research Group (2009). *Regression From Pre-Diabetes to Normal Glucose Regulation in the Diabetes Prevention Program*. *Diabetes Care* September 2009 32:1583-1588; published ahead of print July 8, 2009, doi:10.2337/dc09-0523 accessed 7 September 2009.

PriceWaterhouseCoopers LLP (2008). *Working Towards Wellness: The Business Rationale*. Presentaion by Ruxandra Băndilă www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt. accessed 6 November 2009.

Robinson F (2007). *Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer*. *Practice Nurse* Dec 14; 2007 34(10): 14-5.

Rosecrans A M, Gittelsohn J, Ho LS, Harris SB, Naqshbandi M and Sharma S (2008). *Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations*. *Health Education Research* Vol.23 no.2 2008, pp 272–286 <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/272> accessed 6 November 2009.

Sipla R, Ketola E, Tala T and Kumpusalo E (2008). *Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)*. *Journal of Interprofessional Care*, January 2008; 22(1): 31 – 44.

Thorpe KE (2009). *Chronic disease management and prevention in the US: The missing links in health care reform*. *Eurohealth* Vol 15 No 1 2009 http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_1.pdf accessed 6 November 2009.

Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V and Grey M (2009). *Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study*. *Nursing Research*. 58(1):2-12, 2009 Jan-Feb. Accessed on Medline 3 November 2009. World Health Organization (2009a), Fact Sheet N°312, *Diabetes*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009b). Fact Sheet N°317 *Cardiovascular diseases (CVDs)*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009c). Fact Sheet N° 297 *Cancer*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009d). *Respiratory diseases*. <http://www.who.int/respiratory/en/> accessed 6 November 2009. World Health Organization (2009e). *Preparing for the second wave: lessons from current outbreaks*. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 9, 28 August 2009, WHO, Geneva http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2008a) *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Geneva, WHO <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2008b). Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, WHO http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2005). *Preventing Chronic Diseases a vital investment*. Geneva, WHO http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, WHO.