

ALICJA GOŁĘBIEWSKA¹, LUCYNA SOCHOCKA², ANNA ZWIERZYŃSKA³

Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Senegalu na przykładzie działalności Gminnej Przychodni Zdrowia w Ngohe

The Role of Primary Health Care Nurses in Senegal on the Example of the Municipal Health Clinic in Ngohe

¹ Absolwentka Instytutu Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

³ Studentka II roku Instytutu Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Streszczenie

Senegal jest krajem o strukturze populacji odmiennej od struktury krajów wysoko rozwiniętych. Brakuje mu wystarczających zasobów finansowych, środków logistycznych i wykwalifikowanego personelu medycznego, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne ludności. Taka sytuacja wymaga utworzenia odmiennej organizacji służby zdrowia. W Senegalu jest ona zorganizowana na trzech poziomach referencyjnych, a w swych założeniach kieruje się wskazaniami konferencji z Alma-Aty i Bamako. Gmina Ngohe liczy 22 000 mieszkańców. Położona jest w jednym z najbardziej ubogich regionów kraju, w rejonie o najwyższym wskaźniku analfabetyzmu w skali kraju, o wskaźniku płodności przekraczającym krajowy (odpowiednio 3,89 i 2,4 w 2002 r.). Diourbel to region Senegalu, który znajduje się na drugim miejscu od końca, jeśli chodzi o wyszczepialność dzieci w wieku od 0 do 12 miesięcy. Wskaźnik śmiertelności matek w regionie jest wyższy od średniej krajowej (410/100 000) i wynosi 510/100 000 żywych urodzeń. Ośrodek Zdrowia w Ngohe świadczy usługi medyczne dla chorych z terenu gminy i spoza niej. Chorzy są najczęściej konsultowani z powodu: malarii, chorób skóry, zakażeń dróg oddechowych, niedokrwistości, biegunki, w tym cholery, pasożytów jelitowych, niedożywienia białkowo-kalorycznego lub schistosomozy. Pracownicy przychodni prowadzą edukację zdrowotną, podejmują działania z zakresu profilaktyki chorób, współpracują ze stowarzyszeniami i społecznościami lokalnymi w celu realizacji zadań zdrowotnych, takich jak np. projekt budowy latryn. Zadania terapeutyczno-lecznicze wykonywane na zasadzie delegacji i z wykorzystaniem standaryzowanych algorytmów świadczą pielęgniarki i przeszkolony personel pomocniczy (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 3, 275–283).

Słowa kluczowe: pielęgniarka, podstawowa opieka zdrowotna.

Abstract

Senegal is a country with the different population structure from that of developed countries. It lacks adequate financial resources, logistics and qualified medical personnel. This leads to difficulties in meeting the health needs of the population. This situation requires the creation of a different organization of health services. In Senegal, it is organized on three levels of reference. The organization in its assumptions guided by the indications of the Conference of Alma-Ata and the Bamako. The municipality Ngohe has 22 000 inhabitants. It is situated in one of the poorest regions of the country. The region with the highest illiteracy rate in the country with the indicator of fertility exceeding the national rate (3.89 and 2.4 in 2002). Diourbel is a region of Senegal. Located on the second place from the end – this applies to vaccination of children aged 0 to 12 months. Maternal mortality rate in the region is higher than the national average (410/100 000) is 510/100 000 live births. Centre for Health in Ngohe provides medical services for patients from the community and beyond. Patients are usually consulted due to: malaria, skin diseases, respiratory infections, anemia, diarrhea including cholera, intestinal parasites, malnutrition protein-calorie or schistosomozy. Employees of health center conduct health education, take action for the prevention of disease. cooperate with associations and local communities to carry out the tasks of health e.g. the project of building latrines. Therapeutic and treatment tasks are performed by the nurse and trained auxiliary staff on the basis of the delegation and using standardized algorithms (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 3, 275–283).

Key words: nurse, primary health care.

Republika Senegal (Sénégal, République du Sénégal) jest położona w Afryce Zachodniej nad Oceanem Atlantyckim. Stolicą kraju jest liczący 2 mln mieszkańców Dakar (2000 r.). Miasto to jest jednym z największych portów lotniczych i morskich w Afryce.

Klimat Senegal jest podrównikowy, suchy i gorący. Występują w nim dwie pory roku: sucha, która trwa od października do czerwca i deszczowa, trwająca od lipca do września.

Średnie temperatury zmieniają się w zależności od wpływu powietrza kontynentalnego, osiągając od 21–24°C na wybrzeżu, do 33–34°C w centrum kraju [1].

Bogactwem naturalnym kraju jest roślinność, którą od południa stanowią wiecznie zielone lasy tropikalne. Stopniowo, na północ przechodzą one w sawannę, step i półpustynię, która w ostatnich dziesięcioleciach staje się coraz większa.

Na terenach zielonych wypasa się stada bydła, owiec i kóz. W 1993 r. pastwiska stanowiły 16% powierzchni kraju, ziemie uprawne 12%, lasy i zarośla 54%.

Czynna zawodowo ludność zajmuje się w 80% rolnictwem. Na wybrzeżu głównym zajęciem ludności jest rybołówstwo. W Senegalu uprawia się głównie orzeszki ziemne, a także proso, sorgo, ryż i kukurydzę. W hodowli wykorzystuje się metody prymitywne, ale dzięki niej znajduje wyżywienie miejscowa ludność. Mimo wzrostu gospodarczego kraju (ok. 4,3% w latach 1995–2003), ubóstwo pogłębia się, a warunki życia ludności pogarszają się nieustannie.

W 1999 r. produkt krajowy brutto na jednego mieszkańca wynosił 522 \$ USD. Według WHO w 2005 r. wynosił on 1770 \$ USD. Z jednej strony poziom życia ludności podnosi się, ale z drugiej, blisko 49% rodzin żyje na granicy ubóstwa. Najbardziej dotknięta biedą jest ludność wiejska. Kraj ma bogactwa mineralne, z których największym są fosforyty. Wydobywa się ponadto sól kuchenną, wapienie, rudę żelaza, tytan i złoto. W ostatnich latach zaobserwowano rozwój turystyki, której wkład w zyski ekonomiczne kraju stale się powiększa [1–4].

Obszar 196 722 km² zamieszkuje 10 564 300 mieszkańców. Średnia gęstość zaludnienia wynosi 43 mieszkańców na km². Rozmieszczenie ludności nie jest jednak równomierne; najbardziej jest zaludniona położona nad oceanem część zachodnia (100 osób na km²), najmniej centralna i wschodnia (do 10 osób na km²). Kraj zamieszkuje ponad 20 szczepów należących do 5 grup etnicznych. Największe z nich to: Woolofowie (43%), Pularzy (24%), Sererowie (15%), Diola (5%). Różnią się między sobą językiem, kulturą a także religią. Ludność Senegal w 94% stanowią muzułmanie,

4% chrześcijanie i 2% wyznawcy religii tradycyjnych [1, 2]. Współczesny Senegal to kraj stanowiący mozaikę afrykańskich kultur, ale także pozostający pod silnym wpływem kultury europejskiej. Ludność zamieszkująca Senegal charakteryzuje się wysokim poczuciem tolerancji, żyje w harmonii i poszanowaniu dziedzictwa poszczególnych narodów, szczepów i religii. Tradycje islamu i chrześcijaństwa przeplatają się z wierzeniami tradycyjnymi, do których Senegalczycy są bardzo przywiązani [3, 4].

W rozumieniu Afrykańczyka człowiek, żyjąc we wspólnocie szczepu lub klanu, staje się świadomy swego istnienia tylko w perspektywie innych członków wspólnoty. Staje się człowiekiem zbiorowym, czyli społecznym. Wszystko, czego doświadcza, ma znaczenie dla całej grupy, a to, co przytrafia się grupie ma znaczenie dla jednostki.

Cierpienie i choroba mają również wymiar społeczny. Ma to wpływ na sposób rozwiązywania problemów z nimi związanych. Afrykańczycy wierzą, że wszelkie niepowodzenia, wypadki lub choroby mają „przyczyny” mistyczne; są spowodowane przez kogoś ze złej woli i chęci szkodenia. Czasem przypisuje się te działania duchom. Dokonuje się to za pomocą czarów i magii. „Jeśli nawet choremu wyjaśniono, że cierpi na malarię, ponieważ został ugryziony przez komara przenoszącego pasożyta malarii, to będzie on chciał jeszcze wiedzieć, dlaczego komar ugryzł właśnie jego, a nie kogoś innego. Jedyną odpowiedzią, którą ludzie uznają za zadowalającą jest odpowiedź, iż ktoś za pomocą magii „przysłał” komara, by ugryzł właśnie tę, a nie inną osobę” [5]. Wyjaśnianiem przyczyny nieszczęścia lub choroby, leczeniem czy szukaniem rozwiązania problemu, a nawet profilaktyką zajmują się wróżbici i znachorzy. Ich zdolności terapeutyczne pozwalają wnikać w sytuację psychologiczną chorego. W połączeniu z dużą wiedzą o leczniczych właściwościach roślin, ich działania przynoszą pozytywne skutki zwłaszcza, jeśli dotyczą chorób psychicznych o podłożu kulturowym. „(...) kiedy przychodzą głębokie kryzysy życiowe, wielu Afrykanów nadal uważa religie miejscowe za ostatnią deskę ratunku. Nawet gorliwi chrześcijanie czy muzułmanie nie zapominają o swoich bóstwach opiekuńczych i potajemnie odwołują się do tradycyjnych metod leczenia lub środków medycznych, przemycanych do sal szpitalnych przez usługowych i troskliwych krewnych. W sprawach opieki, pomocy, zdrowia fizycznego i psychicznego oraz ogólnie pojmowanej pomyślności większość Afrykanów nadal odwołuje się do religii ojców” [6].

Dla Afrykanina choroba ma dwa wymiary: fizyczny i religijny. Będzie on korzystał z osiągnięć współczesnej medycyny i usług uzdrowiaczy bez

popadania w sprzeczność. Niejednokrotnie korzystanie z pomocy miejscowych uzdrowicieli nie wystarczy, a do placówek służby zdrowia pacjenci przybywają zbyt późno, zwłaszcza w przypadku chorób zagrażających życiu [5].

Charakterystyka regionu i gminy Ngohe

Gmina Ngohe jest położona na terenie regionu Diourbel i zajmuje powierzchnię 124,4 km². Klimat jest gorący i suchy, z trwającą od czerwca do października porą deszczową i porą suchą obejmującą pozostałe miesiące w roku. Roczna ilość opadów deszczu jest zmienna. Roślinność stanowi drzewiasta, porośnięta trawami sawanna. W porze deszczowej uprawia się tu orzeszki ziemne, fasolę i sorgo, które są podstawą wyżywienia ludności. Hoduje się również bydło i kozy. Sezon deszczu to czas, kiedy na rozległych piaszczystych sawannach tworzą się kałuże, z których woda jest wykorzystywana w równym stopniu do upraw, gospodarstw domowych, pojenia bydła i zabaw dzieci. Ilość wód podziemnych jest wystarczająca, sprzyja to budowie studni – także głębinowych. Na terenie gminy są 4. Inne ujęcia wodne w gminie to tradycyjne, publiczne studnie, najczęściej niezabezpieczone. Woda ze studni głębinowych jest rozprowadzana przez system kanalizacji do poszczególnych wiosek, których w 2001 r. na terenie gminy było 41.

Ludność w gminie w 2004 r. wynosiła 21 170 mieszkańców, w 2005 r. gmina liczyła 21 333, a w 2006 r. – 22 000. Zarówno region, jak i gmina są oznaczone silnymi migracjami wewnętrznymi i pozaregionalnymi.

Ponad 70% ludności w wieku 15–50 lat opuszcza gminę czasowo lub na stałe w poszukiwaniu pracy w regionach zasobniejszych, głównie w miastach. W skali kraju migracje te stanowią 11,5%. Przyrost demograficzny w regionie jest wysoki. W latach 1988–2002 średni roczny wskaźnik przyrostu naturalnego wynosił 3,89% i był dużo wyższy od wskaźnika w skali kraju, który kształtował się na poziomie 2,4%.

Aż 53% mieszkańców gminy Ngohe ma mniej niż 15 lat, w tym 37,1% mniej niż 7 lat. Wskaźnik śmiertelności matek w regionie jest wyższy od średniej krajowej i wynosi 510/100 000 żywych urodzeń. Ma on związek z miejscem zamieszkania, złym stanem sanitarno-higienicznym gospodarstw domowych i bardzo niskim poziomem wykształcenia kobiet [7, 8].

System zdrowotny w Senegalu – organizacja i funkcjonowanie

Według definicji system zdrowotny to „zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości” [9]. Do celów ogólnych każdego systemu zdrowotnego należy zapewnienie dostępności opieki, jego efektywności, jakości usług, a także doskonalenie systemu, czyli jego dynamika.

Senegal należy do krajów tzw. Trzeciego Świata, które charakteryzują się strukturą populacji odmienną od krajów rozwiniętych. Cechuje ją duży udział dzieci i młodzieży poniżej 14 lat, przewaga ludności wiejskiej nad miejską, swoista struktura chorób, a także ograniczone zasoby finansowe i logistyczne kraju, niedostateczna liczba lekarzy i personelu pomocniczego. Aby potrzeby zdrowotne ludności mogły być zaspokojone na jak najwyższym poziomie, organizacja służby zdrowia w tym kraju wymaga innej koncepcji niż w krajach o większych zasobach finansowych [10].

Podstawowa opieka zdrowotna w Senegalu bazuje na trzech zasadniczych kryteriach. Są to: globalność, integralność i dynamika systemu [11].

Globalność (kompleksowość)

Kompleksowość opieki polega na całościowym podejściu do człowieka. Zakłada spojrzenie na problemy chorego w aspekcie jego życia środowiskowego, społecznego i ekonomicznego. Wymaga dużego zaangażowania i podmiotowego podejścia do pacjenta, który od personelu oczekuje zrozumienia jego problemu zdrowotnego. To „opieka skoncentrowana na pacjencie”, która aby mogła być zrealizowana, potrzebuje trzech procesów: rozmowy na temat głównego problemu zdrowotnego, rozpoznania klinicznego, negocjacji i wyboru sposobu leczenia. Wynikiem udanego procesu będzie nie tylko odzyskanie zdrowia, ale także większy dobrostan pacjenta. Aby to osiągnąć, personel powinien słuchać całego pacjenta, a nie koncentrować się tylko na jego dolegliwościach.

Na globalność systemu składają się także odpowiednie infrastruktury, wyposażenie, zasoby ludzkie i pakiety usług [9, 11, 12].

Integralność

Integralność systemu opieki zdrowotnej powoduje wzajemne uzupełnianie się składowych systemu takich, jak: infrastruktura, wyposażenie, zasoby

ludzkie i świadczenia zdrowotne. Integralność opieki polega na zapewnieniu w każdym czasie optymalnego zakresu świadczeń prewencyjnych, edukacyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Szczególnie znaczenie mają działania zapobiegawcze, których skutki nie są widoczne podczas wizyty w strukturach ochrony zdrowia. W praktyce nie jest możliwe poświęcenie każdemu pacjentowi wystarczająco dużej ilości czasu. Realizuje się więc tę działalność w taki sposób, że gdy jedni członkowie personelu konsultują chorych, inni przeprowadzają edukację zdrowotną. Możliwe jest też przeprowadzenie edukacji zanim nastąpi konsultacja chorych, np. edukacja kobiet w ciąży w poczekalni przed rozpoczęciem przyjęć na wizyty prenatalne [11, 12].

Dynamika

Kryterium to wyraża się przez zdolność i możliwość systemu do wykorzystania zasobów ludzkich i finansowych na odpowiednim poziomie. Zakłada stałe doskonalenie rozwiązań organizacyjnych i ekonomicznych. Dopuszcza równoległe funkcjonowanie sektora publicznego i prywatnego, autonomię i samodzielność zakładów opieki zdrowotnej oraz nieustanne poszukiwanie usprawnień zarówno w skali całego systemu, jak i poszczególnych jego składowych.

Wszystkie te kryteria są ze sobą powiązane, wzajemnie się warunkują i uzupełniają [9, 11].

Gminna Przychodnia Zdrowia w Ngohe

Przychodnia w Ngohe należy do prywatnego systemu opieki zdrowotnej. Jest zrzeszona w Stowarzyszeniu Katolickich Przychodni Zdrowia (*Association de Postes de Santé Catholiques*). Realizując cele zdrowotne wyznaczone przez Ministerstwo Zdrowia, podlega lekarzowi dystryktu.

Źródłem finansowania Przychodni Zdrowia w Ngohe jest:

- pacjent i jego rodzina – leki, wynagrodzenie personelu, paliwo, utrzymanie i konserwacja samochodu oraz motoru, artykuły biurowe, sprzęt medyczny i logistyczny,
- osoby prywatne i organizacje chrześcijańskie – leki, mleko w proszku, sprzęt medyczny, odzież dla ubogich,
- ARMD II (*Projet d'Appui à la Région Médicale de Diourbel*) – sprzęt medyczny i logistyczny,
- MSPM (Ministerstwo Zdrowia i Profilaktyki Zdrowotnej) – szczepienia ochronne, masowe szczepienia dzieci,

– FORESA (*Formation de Recherche Nationale en Santé*) – kursy dokształcające dla personelu, dodatki motywacyjne [13, 14].

Ceny usług zdrowotnych muszą odpowiadać możliwościom finansowym ludzi, a te są bardzo ograniczone z powodu powszechnego ubóstwa. Cennik w latach 2005–2006 przedstawiał się następująco:

– konsultacje dzieci – 1000 F CFA (1 € = 656 F CFA);

– konsultacje dorosłych – 1500 F CFA;

W ramach tej opłaty pacjenci otrzymywali leki przeciwko malarii niepowikłanej, przeciwgorączkowe, przeciwpasożytnicze, koktajl nawadniający RVO, niektóre witaminy.

– konsultacje kobiet w ciąży – 1500 F CFA; opłata pokrywała koszt leczenia malarii niepowikłanej, profilaktykę malarii – TPI (*Traitement Préventif Intermittent*), leczenie niedokrwistości.

– szczepienia ochronne – bezpłatne. W praktyce jednak opłata za usługę wynosiła 100 F CFA i była przeznaczona na pokrycie kosztów dojazdu i motywację dla higienistów;

– poród w izbie porodowej – według taryfy ustalonej między matroną a społecznością danej wioski (2000–2500 F CFA) [13].

Ponieważ w Senegalu nie ma powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, cały koszt leczenia pokrywa pacjent. Wprawdzie w Dystrykcie Sanitarnym Diourbel istniało Stowarzyszenie Wzajemnych Ubezpieczeń (*Mutuelle de Santé*) i w gminie były podejmowane próby podjęcia tej inicjatywy przez miejscową ludność, jednak spotkały się z bardzo słabą odpowiedzią i po kilku miesiącach kończyły się niepowodzeniem.

Obarczenie pacjentów kosztami za usługi medyczne sprawia, że przychodzą do przychodni w uzasadnionych przypadkach. Z powodu niskiego poziomu wykształcenia chorzy w wielu sytuacjach mają jednak trudności w rozpoznaniu, kiedy stan ich zdrowia wymaga konsultacji medycznej, a kiedy jest zwykłą niedyspozycją, którą mógłby zająć się miejscowy higienista.

Personel Ośrodka Zdrowia w Ngohe w latach 2005–2006 to 11 osób, w tym: pielęgniarka dyplomowana – kierownik ośrodka (*Infirmière Chef du Poste*), pielęgniarka, 3 przeszkolonych pomocników pielęgniarskich, 3 higienistów (*agents de santé communautaire*), jeden z nich pełnił rolę tłumacza języka lokalnego, 1 kobieta odpowiedzialna za dokarmianie niedożywionych dzieci, 1 laborant – po kursie przygotowawczym, 1 porządkowy.

Wśród personelu nie było lekarza, najbliższy przyjmował w strukturach drugiego stopnia referencyjności na poziomie dystryktu, tj. w przychodni rejonowej w Diourbel lub w szpitalu.

Z wyjątkiem wykwalifikowanych pielęgniarek, personel przychodni nie miał przygotowania zawodowego ani wykształcenia ogólnego. Tylko niektórzy pracownicy ukończyli sześcioklasową szkołę podstawową, żaden nie ukończył gimnazjum, kilku z nich było analfabetami, wszyscy natomiast mówili w języku francuskim. Umiejętności praktyczne zdobywali pracując u boku sióstr, doszkalać się na kursach organizowanych przez Stowarzyszenie Katolickich Prywatnych Ośrodków Zdrowia lub na szkoleniach personelu pomocniczego w dystrykcie sanitarnym [13].

Brak w jednostce wykwalifikowanego personelu, a przede wszystkim lekarza powoduje, iż zarządzająca przychodnią pielęgniarka, oprócz funkcji zawodowych, typowych dla swego zawodu, staje wobec konieczności podjęcia się zadań i czynności, do których nie jest przygotowana zawodowo. Oprócz funkcji zawodowych pielęgniarki, do których należą: promocja zdrowia, profilaktyka chorób, pomoc chorym w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, zachęcanie ludności do podejmowania odpowiedzialności za własne zdrowie, współpraca z zespołem terapeutycznym, pielęgniarka w podstawowej opiece zdrowotnej w Senegalu zastępuje lekarza wykonując zadania terapeutyczno-lecznicze na podstawie upoważnienia [12, 15]. Takie rozwiązanie wynika z konieczności zapewnienia ludności podstawowej opieki medycznej. Wykonanie poszczególnych czynności jest możliwe dzięki normalizacji poszczególnych zadań i umiejętności posługiwania się algorytmami. Tak zorganizowana praca wymaga ścisłej współpracy z lekarzem dystryktu, kontroli, ewaluacji podejmowanych działań oraz ciągłego podnoszenia kwalifikacji [12, 13].

Organizacja pracy

Zadaniem Ośrodka Zdrowia w Ngohe jest zaspokojenie większości potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności.

Zbyt mała liczba personelu i brak kompetencji nie pozwalają na wykonywanie nawet minimalnego pakietu usług w pełnym wymiarze. Bardzo niski poziom wykształcenia, nieznajomość lub słaba umiejętność pisania i czytania ograniczają możliwości doksztalcenia się personelu. Praca w przychodni musi być dostosowana w sposób optymalny do istniejących możliwości personalnych, finansowych i logistycznych.

Przychodnia świadczy usługi przez 6 dni w tygodniu. Konsultacje chorych odbywają się w poniedziałki, środy i soboty, szczepienia ochronne dzieci we wtorki i czwartki, konsultacje kobiet w ciąży w piątki. Przypadki nagłe były przyjmowane codziennie, także w niedzielę i w nocy.

Punkty sanitarne i wiejskie apteczki są usytuowane tak, aby odległość między nimi nie przekraczała 5 km. Celem ich powstania było zdecentralizowanie usług medycznych, aby drobne problemy zdrowotne mogły być rozwiązywane przez higienistów. Miało to również zmniejszyć liczbę godzin pracy przychodni. Struktury te są wyposażone w leki przeciwko malarii, przeciwgorączkowe, przeciwbólowe, przeciwpasożytnicze oraz środki opatrunkowe. Słabe kwalifikacje higienistów, częsta ich nieobecność, braki w zaopatrzeniu leków i środków opatrunkowych sprawiły jednak, że miejscowa ludność była bardziej skłonna korzystać z usług przychodni nawet w przypadku dużych odległości lub błahych problemów zdrowotnych. Spowodowało to zwiększenie się pracy przychodni otwartej 6 dni w tygodniu od godziny 8 rano do „ostatniego pacjenta”. W praktyce chorzy są więc przyjmowani „po godzinach” pracy, także w nocy i w niedzielę.

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna to podstawowy element promocji zdrowia. Zakłada podejmowanie wysiłków na rzecz zmiany negatywnych, tj. niesprzających zdrowiu postaw na zachowania prozdrowotne, zapobiegające chorobom i wpływające na utrzymanie dobrego stanu zdrowia i samopoczucia [16].

W Senegalu istnieje kilka programów edukacyjnych dla zdrowia. Dotyczą one: higieny i wody, niedożywienia, zdrowia w odniesieniu do reprodukcji, szczepień ochronnych, chorób przenoszonych drogą płciową, w tym AIDS, malarii. Programy te są wdrażane i realizowane na poszczególnych poziomach referencyjnych. Ich celem jest angażowanie społeczności lokalnych i grup populacji do działań na rzecz zdrowia.

Ze względu na bardzo dużą liczbę zgonów niemowląt i małych dzieci w Senegalu, szczególnie znaczenie ma edukacja zdrowotna kobiet i matek [17].

W przychodni w Ngohe, do kwietnia 2006 r., nie ma dokumentacji potwierdzającej prowadzenie edukacji zdrowotnej. Wiadomo jednak, że taka działalność była prowadzona.

Od kwietnia do października 2006 r. przeprowadzono seanse edukacyjne dla zdrowia na tematy:

1) AIDS i zakażenie HIV – 15 pogadanek i 1 projekcja filmu dla kobiet w ciąży i osób im towarzyszących,

2) profilaktyka malarii – 14 pogadanek dla chorych, kobiet w ciąży, w tym wizyty domowe, spotkanie szkoleniowe dla higienistów w związku z wprowadzeniem nowego protokołu leczenia malarii,

3) higiena środowiska – spotkanie szkoleniowe dla higienistów,

4) konsultacje kobiet w ciąży – 1 pogadanka dla kobiet w ciąży [18].

Aspekty kliniczne i pielęgnacyjne wybranych chorób występujących na terenie działalności Ośrodka Zdrowia w Ngohe

Ostre biegunki

Ostre biegunki stanowią jeden z większych problemów zdrowotnych występujących w klimacie tropikalnym. Jest to stan, w którym pacjent oddaje więcej niż trzy płynne lub półpłynne stolce dziennie (które przybierają formę naczynia). W większości epizodów biegunek ostrych stwierdza się spontanicznie zdrowienie i leczenie nie jest potrzebne. Biegunka trwająca powyżej 2 tygodni jest uważana za przewlekłą [19, 20].

Przenoszenie biegunek zakaźnych następuje drogą pokarmową przez brudne ręce, spożycie wody, żywności zakażonej lub, w mniejszym stopniu, drogą kropelkową. Niedożywienie i ciężkie odwodnienie powodują wysoką śmiertelność wywołaną biegunkami, nawet łagodnymi. Ostre biegunki u dzieci, szczególnie w wieku poniżej 5 lat, są czynnikiem zagrożenia życia.

To z ich powodu rocznie umiera 4 miliony dzieci. 80% z nich jest w wieku poniżej 2 lat [19, 22].

Biegunce infekcyjnej może towarzyszyć ból brzucha, nudności i wymioty, gorączka. Jeśli występują wymioty, ryzyko odwodnienia się zwiększa. W sytuacji, gdy straty wody i elektrolitów nie są uzupełniane, szybko dochodzi do zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej.

Jeśli u dzieci, nawet lekko niedożywionych, epizody biegunek powtarzają się często, niedożywienie może przejść w formę ciężką.

W postępowaniu klinicznym należy, przede wszystkim:

1) szukać objawów odwodnienia. Dziecko dobrze znosi straty wody i elektrolitów, które nie przekraczają 5% masy ciała. Ma pragnienie, jest ruchliwe, a napięcie skóry jest prawidłowe. Jeśli odwodnienie przekroczy 5% masy ciała, gałki oczne są zapadnięte, błony śluzowe wysuszone, ciemniaczko zapadnięte, skóra jest plastyczna. Dziecko jest pobudzone i płacze, oddech jest przyspieszony, oddaje małą ilość moczu. W ciężkim odwodnieniu (> 10% masy ciała) dziecko jest apatyczne, a temperatura ciała obniżona. Puls jest słabo wyczuwalny, śluzówki wysuszone, a fałdy

skóry nie rozprostowują się. Następuje zatrzymanie wytwarzania moczu;

2) zwrócić szczególną uwagę na występowanie wymiotów, gorączki, bólów brzucha oraz na wygląd stolców (obecność krwi, śluzu, stolce wodnisto-ryżowate);

3) przeprowadzić wywiad, czy występowały podobne objawy u innych członków rodziny lub w sąsiedztwie [20, 21].

Leczenie biegunek u dzieci i dorosłych nie przebiega w jednakowy sposób. Dzieci niedożywione chronicznie są o wiele bardziej narażone na odwodnienie w bardzo krótkim czasie. Dlatego postępowanie terapeutyczne jest skoncentrowane na bardzo rygorystycznym nawadnianiu i odżywianiu dziecka. Większość biegunek dzieci jest spowodowana czynnikami, które nie wymagają leczenia farmakologicznego, w praktyce jednak z różnych przyczyn (np. braku kompetencji personelu, braku możliwości wykonania badań laboratoryjnych) jest ono stosowane, a nawet nadużywane.

W przypadku odwodnienia w stopniu ciężkim lub kiedy pacjent wymiotuje, należy nawodnić go drogą pozajelitową we wlewie kroplowym. Gdy tylko jest możliwe, kontynuuje się nawadnianie drogą doustną. Przynosi ono dobre rezultaty i jest możliwe do zastosowania także w domu przez matkę, pod warunkiem, że nauczy się ją właściwie przygotowywać roztwór nawadniający. Właściwe przygotowanie i podawanie roztworu nawadniającego (SRO) pozwala na szybkie nawodnienie dziecka i uniknięcie ciężkiego odwodnienia.

Istnieją gotowe saszetki SRO przygotowane przez WHO, które rozpuszcza się w 1 litrze przygotowanej wody. W razie ich braku możliwe jest też przygotowanie roztworu metodą domową: 1 łyżeczka soli kuchennej i 6 łyżeczek cukru rozpuszcza się w 1 litrze wody [13, 22].

Ilość płynów powinna być uzupełniana w zależności od ilości płynów utraconych, co można ustalić, porównując wagę dziecka sprzed biegunki i w czasie choroby. Niestety, najczęściej masa ciała dziecka sprzed choroby nie jest znana i poleca się matce poić dziecko roztworem nawadniającym po każdym luźnym stolcu w ilościach następujących: gdy dziecko ma mniej niż 2 lata – 500 ml/dzień w dawkach 50–100 ml co kilka godzin, od 2 do 10 lat – 1 litr dziennie w dawkach 100–200 ml, powyżej 10 lat – 2 litry dziennie w ilościach dowolnych.

Dziecku należy podawać płyny, nawet jeśli lekko wymiotuje. Wyniki leczenia weryfikuje się sprawdzając przyrost masy ciała. Jeśli dziecko nie przybiera na wadze lub jeśli wymiotuje i nawadnianie drogą doustną nie jest możliwe, dziecko należy hospitalizować i rozpocząć podawanie płynów

przez sondę żołądkową lub drogą pozajelitową (0,9% NaCl, Ringer).

Gdy tylko jest to możliwe, dziecko powinno spożywać posiłki często, w małych ilościach z dodatkiem oleju roślinnego (ze względu na zmniejszone wchłanianie białka i tłuszczu w czasie biegunki) [19, 21].

W każdym przypadku biegunki należy podawać dziecku sole cynku. Ich przyjmowanie pozwala na ograniczenie czasu trwania choroby i zmniejszenie ryzyka odwodnienia. Przedłużając podawanie cynku do 2 tygodni uzupełnia się straty cynku powstałe w czasie epizodu biegunki i zmniejsza ryzyko ponownego jej wystąpienia w ciągu najbliższych miesięcy. Można podawać środki absorbujące (węgiel lecniczny, kaolin), ale są mało skuteczne. Antybiotyki powinno się stosować tylko w określonych rodzajach biegunek bakteryjnych. W rzeczywistości używa się ich bardzo często [13, 21].

Rola pielęgniarki w leczeniu i profilaktyce biegunek

Przenoszenie czynników patogennych wywołujących biegunki odbywa się przez przewód pokarmowy. Zapobieganie zależy więc głównie od przestrzegania przez ludność zasad higieny. Rolą pielęgniarki pracującej wśród populacji, gdzie poziom sanitarny środowiska jest bardzo niski, będzie przede wszystkim edukacja społeczności lokalnej w celu podniesienia poziomu higieny. Chodzi tu głównie o:

- dbałość o higienę osobistą: częste mycie rąk wodą z mydłem przed i po posiłku (ludzie jedzą rękoma), unikanie kontaktu z osobami chorymi na biegunkę,
- dbałość o higienę pożywienia (używanie do celów spożywczych wody pochodzącej ze studni zabezpieczonych lub gotowanej w przypadku braku innej, filtrowanie i odkażanie wody, mycie owoców spożywanych na surowo),
- dbałość o higienę otoczenia (propagowanie budowy instalacji sanitarnych i ich używanie) [22, 23].

Do zadań pielęgniarki będzie również należeć nauczanie matek właściwej opieki nad dzieckiem leczonym ambulatoryjnie:

- wczesne rozpoznanie objawów biegunki u dziecka, przygotowanie roztworu nawadniającego i pojenie dziecka. W krajach o niskim poziomie higieny nie poleca się pojenia dziecka butelką ze smoczką. Używa się do tego celu małej łyżeczki (np. do herbaty);
- uczenie matek właściwego żywienia dziecka (aby nie dopuścić do niedożywienia);

- podawanie dziecku płynów solonych (osolona woda ryżowa, rosółki i wywary solone). Nie poić dzieci słodkimi napojami gazowanymi;

- zachęcanie do karmienia dziecka piersią, mimo biegunki (kobiety często myślą, że biegunka jest spowodowana mlekiem matki), do częstszego przystawiania dziecka do piersi;

- nie należy zmniejszać racji pokarmowych dzieciom przyjmującym pokarmy stałe;

- pokarmy polecane przez personel medyczny muszą być kulturowo akceptowane i łatwe do zdobycia. Mleko w proszku może być mieszane z ziarnami zbóż i z 1–2 łyżeczkami oleju roślinnego na porcję. Jeśli jest to możliwe, należy podawać dzieciom mięso, rybę i jaja oraz bogate w potas banany, mleko kokosowe, soki ze świeżych owoców [21].

Cholera

Szczególnym rodzajem ostrej choroby biegunkowej jest cholera. Jest wywołana przez *Vibrio cholerae*, bakterię Gram ujemną: typ klasyczny lub mniej patogenny typ ElTor.

Zakażenie następuje drogą pokarmową przez zakażoną wodę, owoce morza, inne produkty spożywcze. Pośrednio do zakażenia może dojść przez kontakt z kałem lub wymiocinami osób zakażonych lub nosicieli. Okres wylegania trwa mniej niż 2–3 dni, czasem kilka godzin. Objawy cholery (ich ciężkość może być różna): gorączka, po której następuje obfita biegunka (woda ryżowa), stolce są bezzapachowe, płynne i bardzo obfite, nawet do 500 ml/godz., mogą wystąpić wymioty, odwodnienie w ciągu kilku godzin, zaburzenia elektrolitowe, utrata sprężystości skóry, tzw. twarz Hipokratesa: „wpadnięte oczy” i zapadnięte policzki, bezmocz, kurczowe bóle mięśni, kwasica metaboliczna lub zasadowica oddechowa kompensacyjna, śpiączka, śmierć. Osoby, które przeżywają, zdrowieją w ciągu kilku dni nawet bez antybiotyków. Łagodna postać cholery ma objawy ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego [22].

U każdego chorego zgłaszającego wodnistą biegunkę należy podejrzewać zakażenie cholerą. Zwłaszcza, gdy obserwuje się więcej przypadków w krótkim czasie (początek epidemii). W przypadku podejrzenia epidemii badanie diagnostyczne polega na pobraniu wymazu z odbytnicy w celu badania bakteriologicznego [23].

Najważniejsze w leczeniu cholery jest nawadnianie pacjenta. Należy podać w ciągu kilku godzin ilość płynu odpowiadającą ilości płynu straconego w chwili hospitalizacji. Jeżeli chory ma objawy ciężkiego odwodnienia oznacza to, że stracił 10–15% ciężaru ciała. Gdy choroba ma łagodny przebieg, straty płynów są niewielkie; jeżeli pacjent nie wymiotuje, nawadnianie może być doustne.

Drogą dożylną we wlewie kroplowym podaje się Roztwory Ringer i Hartmann, które są najbardziej dostosowane do potrzeb.

W ciężkich stanach odwodnienia potrzeba przetoczyć nawet 10–15 l w ciągu jednego dnia, aby stan pacjenta się ustabilizował i straty płynów zostały wyrównane.

W leczeniu podtrzymującym, objętość płynów do przetoczenia liczy się według objętości stolców +1000 ml/24 godz., jeśli to możliwe, pacjenta układa się na łóżku z dziurą pozwalającą mierzyć objętość wydalanych stolców. Niektórzy autorzy podają, że bardzo skuteczne jest leczenie pacjentów w pozycji siedzącej [23].

W praktyce potrzeba średnio 6–10 litrów płynów. Należy kontynuować nawadnianie drogą doustną, gdy tylko jest to możliwe.

Podawanie antybiotyków (Doksycyklina 200 mg dziennie przez 3 dni) eliminuje *Vibrio cholerae* w ciągu kilku godzin i przez to zmniejsza liczbę i objętość stolców. Loperamid nie jest wskazany ze względu na ryzyko zatrzymania wody w jelitach bez wpływu na jej wydalanie [21, 23].

Cholera odpowiednio leczona jest rzadko śmiertelna (ogólna śmiertelność wynosi 1–5%). Nieleczona natomiast z towarzyszącym niedożywieniem, złym stanem ogólnym z przed zakażenia jest śmiertelna w 40% [23].

Rola pielęgniarki w profilaktyce cholery

Rolą pielęgniarki w zapobieganiu cholery będzie edukacja społeczności lokalnej z zakresu:

- przestrzegania zasad higieny osobistej, czystości żywności i wody (należy pić wodę tylko uzdatnioną – chlorowaną lub gotowaną),
- spożywania wyłącznie posiłków gotowanych i gorących,
- niespożywania posiłków surowych,
- używania toalet lub latryn, także przez dzieci i mycia rąk po korzystaniu z nich,
- mycia rąk przed przygotowaniem posiłków i ich spożywaniem [23].

Specyfika pracy pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej w Senegalu wykracza daleko poza jej funkcje zawodowe. Taka praca jest każdego dnia nowym i nieoczekiwanym wyzwaniem, zwłaszcza jeśli pielęgniarka pochodzi z innego kręgu kulturowego. Wymaga nieustannego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, uczenia się współpracy, zaufania i cierpliwości do siebie i innych, zrozumienia i szacunku do kultury i zwyczajów ludów, które żyjąc w warunkach ubóstwa lub nawet nędzy umieją żyć z godnością i cieszyć się pełnią życia.

Piśmiennictwo

- [1] **Maik W. (red.):** Afryka II. Seria ABC Świat. Wyd. Kurpisz SA, Poznań 1999.
- [2] **Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.** République du Senegal, Ndiaye S., Ayad M.: Enquête démographique et de Santé Sénégal 2005. Centre de Recherche pour le Développement Humain Sénégal, Dakar ORC Macro, Calverton, Maryland, USA, Avril 2006. Présentation du pays, objectifs et méthodologie de l'enquête. <http://crdhvision.com/docs/EDS4-2005/01Chapitre01.pdf> (dostęp 15.09.2010).
- [3] **Binkowski A.:** Almanach państw świata 2004. Książka i Wiedza, Warszawa 2004.
- [4] **Statistiques Sanitaires Mondiales 2007**, dostępny w Internecie: http://www.who.int/whosis/Table%208_Fr.pdf (dostęp 15.09.2010).
- [5] **Mbiti J.S.:** Afrykańskie religie i filozofia. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1980.
- [6] **Piłaszewicz S.:** Religie Afryki. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2000.
- [7] **Cuntry Heath Fact Sweet 2006**, Senegal, <http://www.who.int/whosis/en/>, (dostęp 21.09.2010).
- [8] **Service Régional de la Prévision et de la Statistique de Diourbel.** Situation économique et sociale de la Région de Diourbel en 2004. Edition aout2005. http://www.ansd.sn/publications/annuelles/SES_Region/SITECODIOURBEL_2004.pdf (dostęp 21.09.2010).
- [9] **Czupryna A. in (red.):** Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia. T. 1. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versaliusz”, Kraków 2000.
- [10] **Iwaszkiewicz E.:** Społeczny rozwój krajów Trzeciego Świata: ludność, zdrowie, wyżywienie. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1975.
- [11] **Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale,** Manuel National de Strategie sur la Reference et la Contre Reference, Janvier 2006. En collaboration avec le Projet à la Région Médicale de Diourbel (ARMD phase II), <http://www.sante.gouv.sn/IMG/pdf/referencecontrereference.pdf> (dostęp 07.10.2010).
- [12] **Richard F., De Brouwere V.:** Santé Publique. Notes de cours. Infirmiers. Infirmières. Sages-femmes. Mars 2003. Institut de Médecine Tropicale Prince Leopold, Anvers 2003.
- [13] Źródło własne.
- [14] **République du Sénégal.** Agence nationale de la statistique et de la démographie de Diourbel. Service Régional de la Statistique et le la Démographie de Diourbel. Situation économique et sociale de la Région de Diourbel. Année 2006. http://www.ansd.sn/publication/annuelles/SES_Region/SES_Diourbel_2006.pdf (dostęp 2.10.2010).
- [15] **Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.):** Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. T. 1. Założenia teoretyczne. Czelej, Lublin 2008.

- [16] **Kulik T.B., Natalski M.:** Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziału pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Czelej, Lublin 2002.
- [17] Republique du Sénégal. Minister de la Santé et de la Prévention. Direction de la Prévention. Depenses et financement actiels et les projections du finansemment future du programme elargie de vaccination. http://www.who.int/immunization_financing/countries/sen/senegal_fsp.pdf (dostęp 25.11.2010).
- [18] Archiwum Ośrodka Zdrowia w Ngohé. Raporty miesięczne za lata 2005–2006.
- [19] Directives nationales pour le traitement du paludisme. Janvier 2006.
- [20] **Szczeklik A. (red.):** Choroby wewnętrzne. Podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
- [21] **Broek I. (red.):** Guide clinique et therapeutique. Pour les programmes curatifs des hopitaux et dispensaires a la usage des prescripteurs. Medicin Sans Frontieres, Edition 2010.
- [22] **Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A.:** Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka. Wydawnictwo α – medica press, Bielsko-Biała 2007.
- [23] **Clerinx J., Van den Enden E., Van den Ende J., Bottieau E.:** Pathologie infectieuse tropicale. Institut de Médecine Tropicale Prince Leopold, Anvers 2000.

Adres do korespondencji:

Lucyna Sochocka
Instytut Pielęgniarstwa
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Katowicka 68
45-060 Opole

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.04.2011 r.

Po recenzji: 27.05.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 15.08.2011 r.

Received: 13.04.2011

Revised: 27.05.2011

Accepted: 15.08.2011