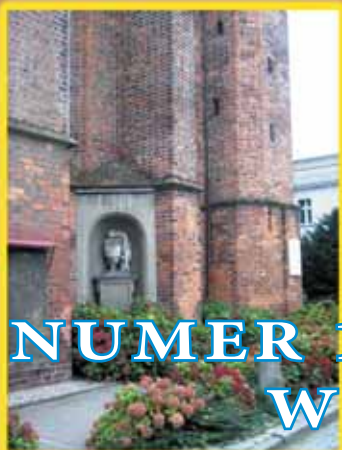


W CIENIU CZEPKA

NIEZALEŻNY
MIESIĘCZNIK
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
OKRĘGU
WROCŁAWSKIEGO
I LEGNICKIEGO

ISSN 1425-6584



NUMER 10 (228) PAŹDZIERNIK 2010
WROCŁAW – LEGNICA

W NUMERZEstr.

INFORMACJE

Stanowiska MZ 2-5

KONSULTANCI/PREWENCJA

Opinie 6

Stanowisko 7

PIELĘGNIARSTWO

Opieka po udarze 9

POŁOŻNICTWO

Zespół HELLP 12

Pamięci M. Szlemingier 14

PTP

Stanowiska... 16-17

PROBLEMY PRAWNE

Niekorzystny projekt 18

PIELĘGNIARSTWO

Model opieki...cz II 19

OGŁOSZENIA 22

PAMIĘĆ I SERCE 23

OGŁOSZENIA 24-25

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu,

ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław,
e-mail: info@doipip.wroc.pl
tel. 364-04-44, 364-04-35, tel/fax. 373-20-56
www.doipip.wroc.pl

Konto Izby: (NOWE) Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

**NOWY NUMER KONTA BANKOWE-
GO**, na który należy przekazywać skład-
ki członkowskie:

Bank PEKAO S.A. O/Wrocław
63 1240 6670 1111 0000 5641 0435

GODZINY PRACY BIURA Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

SEKRETARIAT I KSIĘGOWOŚĆ

poniedziałek – czwartek – od 8⁰⁰ do 16⁰⁰
z wyjątkiem wtorków i piątków
wtorek – od 8⁰⁰ do 17⁰⁰ a w piątek do 15⁰⁰

BIURO EWIDENCJI (wydaje, wymienia

prawo wykonywania zawodu)
poniedziałek **nieczynne dla petentów**
wtorek 10-17
środa 8-16
czwartek 10-16
piątek 8-15

KASA

poniedziałek 10-16
wtorek 11-14
środa 8-15
czwartek 10-16
piątek **NIECZYNNA**

BIBLIOTEKA

wtorki od 14 do 17
piątki od 9 do 14

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ Informacja w Biurze Izby

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Informacja w Biurze Izby

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

poniedziałki 14 – 16; środa 14 – 17 (mgr E. Stasiak);

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPIP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**
Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej
można uzyskać w czasie dyżuru
w środy od 15⁰⁰ do 16³⁰ telefonicznie lub osobiście
**KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY POŻYCZKOWEJ
I NIE UDZIELA INFORMACJI**

W CIENIU CZEPKA

niezależny miesięcznik
pielęgniarek i położnych
okręgu wrocławskiego i legnickiego.
(www.doipip.wroc.pl)

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Urszula Olechowska
Leokadia Jędrzejewska
Anna Szafran
Dorota Pietrzak
Mariola Górny
Włodziewoj Sawicki
Władysława Głowacz
Grażyna Majewska-Kaźmierczak
Beata Łabowicz

Redakcja, redakcja techniczna, skład, korekta,
grafika i przygotowanie do druku
– Włodziewoj Sawicki

Konsultacja polonistyczna
mgr Katarzyna Sawicka

Materiałów niezamówionych redakcja nie
zwraca, w tekstach publikowanych zastrze-
ga sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz
poprawek stylistyczno-językowych.

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

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu,
ul. Powstańców Śląskich 50,
53-333 Wrocław,
fax. 373-20-56
e-mail: info@doipip.wroc.pl

REDAKCJA NIE PONOSI
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ OGŁOSZEŃ I REKLAM
I TEKSTÓW SPONSOROWANYCH
DOIPIP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA
PRACY W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA: Nie przyjmujemy do publikacji
tekstów przekazywanych telefonicznie!

Nasza okładka: fot. arch.DOIPiP
Numer zamknięto 28.09.2010 r.

Do druku przygotowano 3.10.2010 r.
Nakład 3500 egz.

Pismo nieodpłatnie rozprowadzane
wśród członków Samorządu
Pielęgniarek i Położnych.

Druk ABIS

Wszystkie artykuły (i nie tylko)
na str. www.doipip.wroc.pl



Od redakcji.

Jesień to słowa, budzące kolorowe myśli. Wielość barw i odcieni liści drzew i krzewów oraz soczyste owoce i dorodne warzywa to obraz, które przynoszą optymistyczną wizję świata, pełnego dobrobytu, przepychu i piękna. To słoneczne oblicze października bywa nazywane „babim latem” lub „złotą polską jesienią” i cieszy swoją pogodą, błękitem nieba, złotem i czerwienią listowia. Ludzie pełni zadowolenia cieszą się ostatnimi słonecznymi dniami. Jednakże bywa także drugie oblicze października – słotne, bure i mroczne. Wtedy w serce człowieka wkrada się niepokój, smutek, melancholia. Nastrój ludzi zależny jest w dużej mierze od kaprysów natury, często nasze reakcje są odbiciem tego, co dzieje się wokół nas. Tak też odpowiadał ongiś na zew natury Gałczyński, gdy swoje artystyczne refleksje, powiązane z jesienną aurą zawarł w wierszu „Cyrulik jesienny”.

Współczesnemu człowiekowi często wydaje się, że jest odporny na głos natury, że sam decyduje o swoim nastroju, a zdenerwowanie czy depresja zależy wyłącznie od jego przeżyć. Nie jest to prawda, bo choć staramy się mieć kontrolę nad wszystkim, co nas dotyczy, często nie dostrzegamy chwil, wpływających na nasz los. Dotyczy to zarówno pogody, jak i wydarzeń, które rozgrywają się dookoła nas. Czasem nawet nie wiemy o tym, co wokół się dzieje i kto decyduje o naszych dalszych losach.

Październikowy numer naszego biuletynu pełen jest stanowisk, dotyczących zawodu pielęgniarzek i położnych. Żadno z nich nie powstało samodzielnie, za każdym stoją ludzie, którym leży na sercu dobro zawodu, szacunek dla profesji pielęgniarzek i położnych oraz bezpieczeństwo pracy. Warto zapoznać się z tymi pismami, które często są orzeczeniami w sprawach dotyczących codziennych czynności pielęgniarzkich jak np. używania rękawic ochronnych, stosowania właściwych leków. Inną nieco dziedzinę pracy pielęgniarzkiej podejmują pisma Ministerstwa Zdrowia, które bardziej niż kwestii obowiązków dotyczą spraw kadrowych pracowników służby zdrowia np. obniżenia wieku emerytalnego, szkoleń, konkursów czy przenoszenia z oddziału na oddział.

Moją szczególną uwagę zwróciło Stanowisko PTP w sprawie podniesienia rangi magistra pielęgniarstwa. PTP zwraca w nim uwagę, że od niedawna każda z pielęgniarzek może w drodze szkolenia uzyskać tytuł magistra pielęgniarstwa. Jest to oczywiście zdecydowany sukces środowiska i szansa na podniesienie rangi zawodu. Jednakże, czy każda osoba posiadająca tytuł naukowy godna jest większego szacunku niż przeciętna pielęgniarzka? Czy napisanie „mgr” przed upoważnieniem do zmiany stosunku do pacjenta? W jaki sposób należy zdobywać uznanie w oczach innych? Często osoba, którą darzymy szczególnym uznaniem, nie wyróżnia się z grona współpracowników swoimi tytułami. Cechy, jakie cenimy u drugich, często wypływają z ich osobowości i są efektem umiejętnej współpracy z innymi. Wśród zalet, jakich szukamy u drugiego człowieka, tytuły nie są najważniejsze. Oczywiście doceniamy każdego, kto udowodnił, że potrafi osiągnąć sukces i zmierzyć się z trudem wielu lat nauki, by uzyskać upragniony cel. Jednakże dużo ważniejszym walorem jest bycie człowiekiem otwartym na potrzeby drugiego, cierpliwość, oddanie i troska. Zaufanie wzbudzają ludzie, którzy potrafią dostrzec nie tylko wiedzę, ale i świat wokół nich. Bez względu na to, czy to pogodna jesień, czy czas pełen melancholii. Bądźmy ludźmi wielkiego serca, a wówczas nasze zawody – pielęgniarzek i położnych będą cieszyły się poważaniem i szacunkiem społeczeństwa. Zwłaszcza, że są bardzo potrzebne.

Redakcja

Cyrulik jesienny

*Tristis est anima mea
usque, jak mówią, ad mortem...*
Oto się jesień zaczęła
i nie ma komu dać w mordę;

i nic, już nic nie zachwyca,
i nic, już nic nie wystarcza,
idzie przez łąn osmętница,
tęsknota gospodarza.

Sam na pomoście tramwaju
uczuję taką tęsknotę...
O, jak te liście spadają.
O, jak spadają złote...

Lecz boleściwe westchnienia
wicher rozprasza wraz z liśćmi,
fantom własnego marzenia -
kędy, ach! kędy iść mi?

O drogo, drogo ty moja
na Widok czy Mazowiecką!
o ja, idący jak Boya
„we mgłę pijane dziecko”!

Bowiem, jak mówi Wolica,
cierpię na „gorzkie torsje”,
tkliwy kochanek księżycy
i pies, i pies na forse.

Dziwią się nawet Żydowie,
że niby ta senna jesień,
a mnie nie nęci manowiec
słowiańskich, chmurnych uniesień;

na honor, na Żuli ciało!
nie wiercie w takie potwarze:
bywam w południe w PKO,
lecz wieczorami marzę

o sobie i o sanacji,
Daszyńskim, innych, co kocham...
mam nawet kącik w redakcji,
w którym cichutko szlocham.

Gdy wspomnę (ach, jakże mięknię!)
światłą zjawę dzieciństwa...
Ha, życie może jest piękne,
ale za dużo świństwa.

Eech! to się jesień zaczęła
i nie ma komu dać w mordę...
*Tristis est anima mea
usque, jak mówią, ad mortem.*

Konstanty Ildefons Gałczyński



Informacje Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych



KOMUNIKAT PRASOWY

W trakcie posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informujemy, że w dniu 14 września 2010 r. odbyła się debata na temat zasad współpracy i obszarów działania w środowisku pielęgniarek i położnych: Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

STANOWISKA MINISTERSTWA ZDROWIA DOTYCZĄCE APELI OKRĘGOWYCH IZB PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa 06.09.2010

STANOWISKO W SPRAWIE KONKURSÓW NA KIEROWNICZE STANOWISKA W PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zgodnie z art. 44a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn.zm.) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej na stanowisko naczelnego/przełożonego pielęgniarek lub pielęgniarki oddziałowej przeprowadzane są konkursy. Natomiast, szczegółowe regulacje dotyczące postępowania konkursowego zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie

szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzenia konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749).

Należy podkreślić, iż wynikająca z art. 44 ww. ustawy kompetencja kierownika zakładu do określenia struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, w tym określenia właściwych stanowisk pracy dla danego zakładu nie może jednocześnie prowadzić do obejścia przepisów ustawowych, które wskazują na obowiązek przeprowadzenia konkursu na określone stanowiska. Kierownik zakładu nie może podejmować działań polegających na zastępowaniu stanowisk pracy wskazanych w ww. ustawie na inne nieprze-

widziane w obowiązujących przepisach, lub tworzyć inne stanowiska tożsame w wymienionymi w art. 44a ust. 1 ustawy o zoz (np. naczelną/przełożoną pielęgniarek) w zakresie obowiązków i uprawnień.

Takie postępowanie, zgodnie z orzecznictwem administracyjnym jest uważane za obejście przepisów prawa. Jako przykład można podać wyrok NSA z dnia 27 sierpnia 2008 r (sygn. II OSK 666/08), w którym NSA stwierdził, że „Skoro art. 44 ust. 1 ustawy wymaga, by stanowisko naczelnego pielęgniarki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (poza wyjątkiem wskazanym w tym przepisie) obsadzane było w wyniku konkursu, a osoba ta powinna legitymować się określonym w Taryfikatorze kwalifikacyjnym wykształceniem i stażem pracy,

to wykreślenie ze statutu tego stanowiska i zastąpienie go innym, nieprzewidzianym w przepisach, któremu miałyby być przypisane te same obowiązki i uprawnienia, jakie miała osoba zatrudniona na stanowisku naczelnego pielęgniarki w oczywisty sposób narusza obowiązujące przepisy i wykracza poza zakres spraw, które mogą być uregulowane w statucie (...). Jak słusznie stwierdzono w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej – komentarz M. Dercza i T. Reka, ABC 2007- wszelkie działania mające na celu nieobsadzenie stanowisk wymienionych z nazwy w ust. 1 art. 44a ustawy, lecz tworzenie – w zakresie merytorycznym tożsamym z tymi stanowiskami – inaczej nazwanych komórek organizacyjnych i innych stanowisk, będą stanowić próbę obejścia przepisów ustawy o zakalcach opieki zdrowotnej”

Mając na uwadze powyższe, nie jest możliwe zastępowanie np. zamiast stanowiska „przełożonej pielęgniarek”, stanowiskiem „pielęgniarka koordynująca pracą innych pielęgniarek”.

Ponadto kierownik danego zakładu nie może np. poprzez zmianę statutu zakładu, wykreślić ze struktury organizacyjnej zakładu stanowiska „przełożonej pielęgniarek”, wybieranego w trybie konkursowym, o którym mowa w art. 44a ust. 1 pkt 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i zastąpić go innym stanowiskiem, merytorycznie tożsamym w zakresie uprawnień i obowiązków np. ze stanowiskiem „przełożonej pielęgniarek”.

STANOWISKO W SPRAWIE WPROWADZENIA STANDARDU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

Aktualnie obowiązujące przepisy ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) nie uprawniają położnej do kierowania kobietą ciężarną na profilaktyczne badania diagnostyczne, a tym samym uniemożliwiają jej samodzielnie sprawować opiekę nad kobietą w okresie ciąży.

W związku z powyższym w Ministerstwie Zdrowia zakończyły się prace mające na celu przygotowanie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, poło-

gu oraz opieki nad noworodkiem.

Wprowadzenie standardu zapewni bezpieczeństwo kobiety ciężarnej, matki i dziecka, uporządkuje zakresy kompetencji osób upoważnionych ustawowo do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi oraz zapewni ciągłość tej opieki.

Powyższy projekt znajduje się w trakcie procedowania, a zakończenie prac nad jego wprowadzeniem nastąpi prawdopodobnie we wrześniu br.

STANOWISKO W SPRAWIE USTALENIA MINIMALNEGO WYNAGRODZENIA DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Ogólny poziom wynagrodzenia osób, zatrudnionych w ramach realizacji umów zawartych z Oddziałami NFZ, jest pochodną wykonania, przez określoną placówkę, zakontraktowanej wartości świadczeń medycznych.

Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U Nr 14, poz. 89 z późn. zm) za zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej odpowiedzialność ponosi kierownik zakładu. Oznacza to, że kierownik danego zakładu podejmuje decyzje związane z zatrudnianiem na danych stanowiskach pracy osób posiadających wymagane przepisami kwalifikacje, ich wynagradzaniem a także odpowiada za zapewnienie ciągłości niezbędnej opieki nad pacjentami.

Kształtowanie polityki wynagrodzeń spoczywa również na organie założycielskim konkretnego zakładu opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze powyższe Minister Zdrowia nie jest władny do ingerowania w kwestie kształtowania poziomu wynagrodzeń w zakładach opieki zdrowotnej, w tym również w zakresie określania minimalnego wynagrodzenia dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Jednocześnie należy zauważyć, iż kwestie związane z regulacjami prawnymi dotyczącymi zatrudniania i wynagradzania pielęgniarek są obecnie przedmiotem prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, gremium skupiającego, obok strony rządowej, reprezentatywne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 lipca 2001 r., o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego, związki zawodowe i organizacje pracodawców.

STANOWISKO W SPRAWIE DZIAŁAŃ PROWADZĄCYCH DO DEZORGANIZOWANIA PRACY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ORAZ DYSKRYMINOWANIA GRUPY ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH JAKO SAMODZIELNYCH PODMIOTÓW KONTRAKTUJĄCYCH Z NFZ

W sprawie działań prowadzących do dezorganizowania pracy pielęgniarek i położnych oraz dyskryminowania grupy zawodowej pielęgniarek i położnych jako samodzielnych podmiotów kontraktujących z NFZ, Narodowy Fundusz Zdrowia wskazuje, że przy zawieraniu i realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz., Fundusz nie różnicuje wymagań dla świadczeniodawców.

Jednocześnie NFZ informuje, iż w latach 2007-2009 mimo stosowanych ustępstw w egzekwowaniu od świadczeniodawców spełnienia wymogów do zawarcia umowy dotyczących m.in. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r, w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U z 2008 r. Nr 8], poz. 484), wielu z nich, nadal nie dostosowało charakteru działalności do potrzeb wynikających z przedmiotu realizowanych umów.

Ponadto należy zauważyć, że umowy w podstawowej opiece zdrowotnej nie są umowami o swobodne wykonywanie zawodów medycznych, w tym zawodu pielęgniarki i położnej, są natomiast umowami o charakterze adhezyjnym.

Powyższe umowy zawierane są ze świadczeniodawcami spełniającymi wymagania do ich zawarcia i mają ściśle określony przepisami prawa zakres zadań, który to zakres podlega realizacji w okresie ich trwania.

STANOWISKO W SPRAWIE OBNIŻENIA WIEKU EMERYTALNEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W opinii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, apele Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, aby jedynym warunkiem uzyskania świadczenia emerytalnego przez pielęgniarki i położne był 30-letni staż pracy, bez względu na wiek, jest sprzeczny z celami reformy ubezpieczeń społecznych i nie może zostać uwzględniony i zrealizowany.

Wejście w życie ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2008r. Nr 237, poz. 1656) spowodowało zrealizowanie ostatniego etapu, rozpoczętej przed dziesięcioma laty, reformy polskiego systemu emerytalno-rentowego. Podstawowym założeniem ww. reformy, przyjętym jeszcze w 1998r. i sformułowanym w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U z 2009 r. Nr 153, poz. 1227) była zasada, że powszechny wiek emerytalny w Polsce wynosi odpowiednio 65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet. Powyższa zasada, przyjęta i zapisana jako norma ustawowa, jest w pełni uzasadniona, ponieważ przemawiają za tym zarówno względy demograficzne jak i gospodarcze. Liczba ludności Polski zmniejsza się i jest to wynikiem zarówno niskiego przyrostu naturalnego jak też ujemnego salda migracji zagranicznych. Z drugiej strony od kilkunastu lat następuje wydłużanie się czasu trwania życia Polaków. Oba te czynniki powodują starzenie się polskiej populacji.

W opinii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej malejąca liczba osób w wieku produkcyjnym przełoży się na znaczący wzrost współczynnika obciążenia demograficznego. Powyższe zamiany mogą bardzo szybko doprowadzić do spadku liczby osób pracujących oraz dynamicznego wzrostu liczby osób korzystających z różnego typu świadczeń z systemu pomocy i zabezpieczenia społecznego.

Opisane wyżej niekorzystne zmiany demograficzne mają bezpośredni wpływ na sytuację w systemie ubezpieczenia społecznego, ponieważ spadek liczby osób opłacających składki na ubezpieczenie społeczne, w stosunku do wzrostu liczby osób pobierających emerytury i renty wpływa na pogłębienie deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Ponadto jedną z głównych zasad zreformowanego w 1999 roku systemu ubezpieczeń społecznych jest zasada równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, płacących jednakową składkę na ubezpieczenie emerytalne. Przestrzeganie i respektowanie tej zasady oznacza ujednoczenie warunków przyznawania i obliczania świadczeń. Jest to jednoznaczne z tym, że świadczenia emerytalne wszystkich ubezpieczonych, którzy płacili taką samą składkę, będą jednakowe.

STANOWISKO W SPRAWIE UMOŻLIWIENIA POŁOŻNYM ODBYWANIA SZKOLEŃ W ZAKRESIE KURSU SPECJALISTYCZNEGO — WYKONYWANIE SZCZEPIEŃ PRZECIWKO HPV

Obecnie obowiązujący ramowy program kursu specjalistycznego — szczepienia ochronne został opracowany przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i jest adresowany wyłącznie do pielęgniarek.

Położne natomiast posiadają jedynie uprawnienia do wykonywania szczepień ochronnych u noworodków.

W chwili obecnej trwają prace nad nowelizacją zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Przekazane do Ministra Zdrowia wnioski i apele Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w powyższej sprawie są uwzględniane podczas prac nad nowelizacją a przedmiotowa zmiana będzie możliwa po wprowadzeniu stosownego zapisu w ww. akcie prawnym. Wówczas CKPPI dokona zmian w obowiązującym ramowym programie kursu specjalistycznego — szczepienia ochronne bądź opracuje nowy program w tym zakresie, tak by kształcenie to było skierowane również dla położnych.

STANOWISKO W SPRAWIE ZABEZPIECZENIA STANOWISKA PRACY PIEŁĘGNIARKI W PRZYPADKU RÓŻNEGO RODZAJU ABSENCJI, POLEGAJĄCE NA PRZENOSZENIU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z ODDZIAŁU NA ODDZIAŁ NA OKRES KRÓTSZY NIŻ 3 MIESIĄCE

Zgodnie ze stanowiskiem Głównego Inspektora Pracy należy wskazać, że zapis w art. 42 §4 Kodeksu Pracy dopuszcza możliwość powierzenia pracownikowi, w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym. Jest to warunkowane odpowiednimi kwalifikacjami pracownika oraz brakiem zmian w wynagrodzeniu pracownika.

Pod pojęciem „kwalifikacji” w tym wypadku należy rozumieć przygotowanie zawodowe pracownika, a więc jego formalne wykształcenie, zdobyte doświadczenie zawodowe i potrzebne umiejętności oraz właściwości psychofizyczne związane z pracą z przeniesienia.

W przypadku przeniesienia pracownika na stanowisko pracy, na którym występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, pracownik taki podlega wstępnym badaniom lekarskim oraz instruktażowi stanowiskowemu w zakresie bhp.

W związku z powyższym w opinii Głównego Inspektora Pracy nie można a priori, w oderwaniu od konkretnego stanu faktycznego, przesądzić o nieprawidłowości opisanych w apelach Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych praktyk. Ocena taka może być dokonana jedynie w konkretnym przypadku podczas kontroli pracodawcy.

Jak wynika z zapisu art. 44 ust. 1 i 2 ustawy z dn. 30 sierpnia 1991 r., o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U z 2007r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu, który kieruje tym zakładem, reprezentuje go na zewnątrz i jest przełożonym pracowników zakładu.

Istotne znaczenie przy tego typu sytuacjach przenoszenia pielęgniarek z oddziału na oddział ma wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 września 2005 roku, II PK 292/04 (opubl. OSNP 2006/7-8/114), na mocy którego skierowanie pielęgniarki do wykonywania pracy na innym niż dotychczas oddziale szpitala nie wymaga wypowiedzenia zmieniającego warunki pracy (art. 42 1 k.p.).

STANOWISKO W SPRAWIE RÓWNEGO TRAKTOWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO W RAMACH ZESPOŁÓW TERAPEUTYCZNYCH ODDZIAŁÓW INTENSYWNEJ TERAPII

Zgodnie z zapisem art. 3 ust. 3 i 5 ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U.08.237.1656), za pracowników wykonujących prace o szczególnym charakterze uważa się pracowników wykonujących po dniu wejścia w życie ustawy, w pełnym wymiarze czasu pracy, prace wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wy-

konywania, w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej, związanego z procesem starzenia się.

Zgodnie z pkt 24 załącznika nr 2 do ww. ustawy za pracę o szczególnym charakterze uznaje się pracę personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

Mając na uwadze powyższe to nie zajmowane stanowisko pracy ale rodzaj wykonywanej pracy przesądza o uznaniu danej osoby za wykonującą pracę o szczególnym charakterze.

Zgodnie z art. 41 ww. ustawy zakład pracy jest zobowiązany prowadzić wykaz stanowisk pracy, na których są wykonywane prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz ewidencję pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

W przypadku nie umieszczenia przez pracodawcę danego pracownika w ww. ewidencji, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga zostanie uwzględniona, właściwe organy PIP są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

W przypadku gdy decyzja inspektora pracy jest niekorzystna dla pracownika, wówczas pracownikowi przysługuje odwołanie do Okręgowego Inspektora Pracy.

Od decyzji Okręgowego Inspektora Pracy przysługuje odwołanie w drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 14, poz. 89 z późn.zm) za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej odpowiedzialność ponosi kierownik zakładu. Oznacza to, że kierownik danego zakładu podejmuje decyzje w sprawach kadrowych i odpowiada za zatrudnianie na danych stanowiskach pracy osoby posiadające wymagane przepisami kwalifikacje.

Kierownik zoz-u winien, w taki sposób organizować pracę podległej jednostki, w tym również realizować obowiązki związane z umieszczaniem pracowników medycznych w wykazie stanowisk o szczegól-

nym charakterze, aby był on zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, nie wykluczając grupy zawodowej pielęgniarek.

STANOWISKO W SPRAWIE UPRAWNIEN PIELĘGNIAREK POGOTOWIA RATUNKOWEGO DOTYCZĄCYCH STAWIANIA DIAGNOZY I POSŁUGIWANIA SIĘ KODEM ICD

Według przepisów ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 19], poz. 1410 z późn. zm) do wykonywania medycznych czynności ratunkowych uprawnieni są wszyscy członkowie zespołu ratownictwa medycznego (lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki systemu).

Zakres medycznych czynności ratunkowych, do wykonywania których uprawniona jest pielęgniarka, w zespole ratownictwa medycznego został określony w §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540). Należy nadmienić, iż zakres czynności do samodzielnego wykonywania których uprawniona jest pielęgniarka systemu jest tożsamy z zakresem czynności, do wykonywania których uprawniony jest ratownik medyczny.

Z zapisu 2 pkt 1 ww. rozporządzenia wynika, iż pielęgniarka systemu, która może być kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, przed podjęciem decyzji o rodzaju czynności, które należy wykonać w odniesieniu do pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przeprowadza ocenę stanu pacjenta poprzez zebranie wywiadu i przeprowadzenie badania. Rozpoznanie zatem musi znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej m.in. poprzez oznaczenie wg systemu kodów ICD-10.

Ponadto wzór karty medycznych czynności ratunkowych, stanowiący załącznik nr 6 do Zarządzenia Nr 53/2009/DSM Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, przewiduje, iż karta ta w zakresie czynności ratunkowych podjętych przez zespół wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jest wypełniana i podpisywana przez kierownika zespołu ratownictwa medycznego.

Kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych może być każdy członek zespołu ratownictwa medycznego, w tym również pielęgniarka systemu.

Z ww. przepisów wynika, iż w sytuacji, gdy pielęgniarka pełni funkcję kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, jej obowiązkiem jest, przy wypełnianiu dokumentacji medycznej stosowanej przez zespół ratownictwa medycznego, posługiwanie się klasyfikacją chorób i procedur wg systemu ICD.

Należy jednocześnie zaznaczyć, iż pielęgniarki systemu mają identyczne uprawnienia do samodzielnego wykonywania medycznych czynności ratunkowych jak ratownicy medyczni i mogą pełnić funkcje w zespołach ratownictwa medycznego.

NUMERY TELEFONÓW DOIPIP

Sekretariat tel/fax..... 071 333 57 08

..... 071 373 20 56

..... 071 364 04 35

..... 071 364 04 44

..... 071 333 57 02

Przewodnicząca071 333 57 03

Wiceprzewodnicząca/Radca prawny:

..... 071 333 57 10

Sekretarz 071 333 57 04

Dyrektor Biura/Skarbnik 071 333 57 00

Kasa.....071 333 57 01

Księgowość..... 071 333 57 06

Biblioteka071 333 57 05

Ewidencja 071 333 57 09

Rzecznik/Sąd 071 333 57 07

Grażyna Kruk- Kupiec - Konsultant krajowy w dz. Pielęgniarstwa

OPINIA W SPRAWIE PODAWANIA LEKÓW

I. Zasady podawania leków przez pielęgniarki w warunkach leczenia stacjonarnego.

1. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, Art. 13. p.4 wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem.

Pielęgniarka zgodnie z wymienionym zapisem, leki podaje tylko i wyłącznie na pisemne zlecenie lekarza, wyłączając sytuacje ratujące życie.

2. Ustawa z dnia 5 lipca o zawodach pielęgniarki i położnej, Art.22 p.1, pielęgniarka zobowiązana jest do wykonywania zleceń

lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej. (nie dotyczy zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie).

3. W sytuacji posiadania w oddziale zamiennika, lekarz powinien dokonać wpisu odstawienia leku i wpisać właściwy zamiennik.

4. W sytuacji podania leku, do którego jest uprawniona pielęgniarka (rozporządzenie o czynnościach samodzielnych) ma ona prawo podać zamiennik, dokonując adnotacji w dokumentacji medycznej.

5. Podsumowanie:

Zadaniem Kierownictwa zakładu opieki zdrowotnej jest określenie leków dostępnych standardowo, zamienników i zasad ich stosowania. Lekarze i pielęgniarki powinni uczestniczyć w regularnych szkoleniach dotyczących stosowania leków, a zespół ds. farmakoterapii dokonywać okre-

sowej oceny stosowanej w szpitalu terapii lekami.

II. Informowanie pacjentów na temat podawanych leków.

1. Każdy chory przebywający w szpitalu ma prawo uzyskać w pełni zrozumiałe informacje o postępowaniu medycznym.

Pielęgniarka wykonując zlecenie lekarskie ma prawo poinformować i odpowiedzieć na zadane pytania i wątpliwości pacjenta o rodzaju podawanego leku, dawce i sposobie działania, ma prawo do zwrócenia uwagi pacjenta na ewentualne możliwe wystąpić skutki uboczne związane z działaniem leków w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej, pamiętając iż pielęgniarka wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

*Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24, tel 032 25-91-586, fax. 032 255-40-52.
e-mail: beata.ochocka@spskm.katowice.pl. <http://www.pspe.pl>*

KKPE.50-/125/2010

Katowice, dnia 01.07.2010 r.

**Pan
Jacek Paszkiewicz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Szanowny Panie Prezesie!

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mojej informacji dotyczącej ujęcia w warunkach kontraktowania świadczeń na leczenie szpitalne kryterium związanego z wymogiem prawidłowego zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej zarejestrowanych jako szpital pielęgniarki lub położnej, jako

specjalisty do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii.

Zagadnienia związane z kontrolą zakażeń szpitalnych nabrały współcześnie szczególnego znaczenia i stały się jednym z priorytetowych problemów w zarządzaniu opieką zdrowotną i bezpieczeństwem leczenia szpitalnego. Zmiany demograficzne, rosnąca liczba pacjentów przewlekle chorych i wielokrotnie hospitalizowanych, stwarzają ryzyko zjawisk jatrogennych do których zaliczane są zakażenia szpitalne. Zakażenia są także poważnym problemem w wymiarze finansowym, często ogromnych wydatków w budżetach szpitali, których można uniknąć.

Jednym z warunków zapewniających bezpieczeństwo hospitalizacji jest zapewnienie

tego poziomu usług, który chroni przed zakażeniami szpitalnymi.

Podstawowym prawnym wymogiem jest obecnie zatrudnienie w palcówkach szpitalnych wykwalifikowanej kadry specjalistów, która skutecznie i fachowo będzie realizować program kontroli zakażeń szpitalnych.

Ustawa z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.234, poz.1570) nakłada na kierowników szpitala obowiązek powołania zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, w skład którego wchodzi pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych.

**KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE
PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24, tel. 032 25-91-586, fax. 032 255-40-52,
e-mail: beata.ochocka@spskm.katowice.pl, http://www.pspe.pl

**STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
EPIDEMIOLOGICZNEGO
W SPRAWIE UŻYWANIA RĘKAWIC OCHRONNYCH
DO WYKONYWANIA INIEKCJI PODSKÓRNYCH,
ŚRÓDSKÓRNYCH I DOMIĘŚNIOWYCH.**

Katowice, dnia 21 IX 2010 r.

Zgodnie z art. 11.1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 234, poz. 1570) kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerszeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Zarówno pacjent, jak i personel medyczny wykonujący zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek są narażeni na potencjalne ryzyko nabycia zakażeń. Zapobieganie zakażeniom polega na redukcji ryzyka wszystkimi dostępnymi metodami, a postępowanie ograniczone wyłącznie do mycia i dezynfekcji rąk przed wykonaniem iniekcji nie stanowi dostatecznej ochrony ani dla personelu ani dla pacjentów.

Na powierzchni skóry rąk personelu wykonującego zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek mogą występować niewidoczne uszkodzenia, a każdy pacjent może być potencjalnym źródłem zakażenia w kontekście aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie znacznego odsetka populacji osób z przewlekłym bezobjawowym zapaleniem wątroby o etiologii wirusowej HBV i HCV.

Najskuteczniejszą metodą prewencji zakażeń jest używanie i prawidłowe stosowanie rękawic ochronnych. Stosowanie rękawic nie zwalnia

personelu z obowiązku ich mycia i dezynfekcji. Przed nałożeniem rękawic ochronnych, a także po ich zdjęciu, pracownik ma obowiązek przeprowadzić skuteczną dekontaminację rąk.

Rękawice ochronne należy stosować wyłącznie do zabiegu u jednego pacjenta, po wykonaniu iniekcji należy je bezpiecznie zdjąć i przekazać do unieszkodliwienia.

Niedopuszczalne jest stosowanie tych samych rękawiczek do zabiegu u następnego pacjenta.

Reasumując:

Za zapewnienie prawidłowych warunków do zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz za opatrzenie w niezbędne środki ochrony, w tym rękawice ochronne odpowiadają i ponoszą z tego tytułu odpowiedzialność kierownik zakładu opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie zabiegi polegające na wykonywaniu iniekcji domięśniowych, śródskórnych i podskórnych, w tym szczepienia ochronne, powinny być bezwzględnie wykonywane przez personel medyczny w jednorazowych rękawicach ochronnych.

Krajowy Konsultant
w dziedzinie pielęgniarstwa
epidemiologicznego
mgr Beata Ochocka

**STANOWISKO
ZESPOŁU EKSPERTÓW
STOWARZYSZENIA HIGIENY
LECZNICTWA
W SPRAWIE ZASTOSOWANIA
OCHRANIACZY
JEDNORAZOWYCH NA OBUWIE
DLA ODWIEDZAJĄCYCH
W ZAKŁADACH OPIEKI
ZDROWOTNEJ
Z DN. 12.09.2008 r.,
UZUPEŁNIONE DN. 9.02.2009 r.**

W myśl stanowiska Zarządu SHL z dnia 12.09.2008 r., w zakładach opieki zdrowotnej jednym z kluczowych elementów bezpieczeństwa pacjenta, personelu medycznego i pomocniczego oraz osób odwiedzających jest zapewnienie i właściwy dobór indywidualnych środków ochrony, umożliwiających skuteczną redukcję zagrożenia epidemiologicznego w obszarach o wysokim stopniu skażenia oraz pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach czystości mikrobiologicznej. Poniższe zmiany w stanowisku z dn. 12.09.2008 r. zostały wprowadzone w związku z wejściem w życie nowej ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. oraz uzyskania dodatkowych informacji w zakresie w/w opinii.

Zgodnie z art. 11 i art. 14 cytowanej powyżej ustawy, kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań

zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, a kierownicy szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, są zobowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego m.in. organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych, warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne.

Jednorazowe ochraniacze na obuwiu stanowią jeden z istotnych elementów odzieży ochronnej należących do zestawu indywidualnych środków ochrony dla pracowników szpitala oraz osób odwiedzających, mających na celu zapobieganie skażeniu stóp i obuwiu drobnoustrojami występującymi na powierzchniach płaskich oraz przeniesieniu tych drobnoustrojów w inne obszary szpitala lub do środowiska pozaszpitalnego. Jednak, ochraniacze, podobnie jak inne środki ochronne, powinny być stosowane wyłącznie przez czas ograniczony do pobytu w obszarze skażonym i wyrzucane do pojemników na odpady bezpośrednio po jego opuszczeniu. Po zdjęciu ochraniaczy wskazana jest dezynfekcja rąk, ponieważ w praktyce nie jest możliwe bezdotykowe założenie i zdjęcie ochraniaczy. Brak dezynfekcji rąk w tym przypadku może stwarzać ryzyko dalszej transmisji drobnoustrojów w środowisku szpitalnym.

Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, wskazaniem do zastosowania jednorazowych ochraniaczy na obuwiu jest opieka nad pacjentami poddawany inwazyjnym procedurom, pacjentom pozostającym w ścisłej izolacji ze względu na zakażenia szczególnie niebezpiecznymi drobnoustrojami lub pacjentów w immunosupresji. Ochraniacze mają na celu zapobieganie transmisji drobnoustrojów, które mogą występować na podłodze w otoczeniu pacjenta lub na traktach komunikacyjnych szpitala. Zgodnie z procedurami izolacji kontaktowej wszystkie osoby wchodzące do strefy izolacyjnej powinny być również chronione jednorazowymi: czapką, maską, fartuchem i rękawicami ochronnymi, które podobnie jak ochraniacze na obuwiu, powinny być usunięte do pojemnika na odpady bezpośrednio po upuszczeniu tej strefy. Ochraniacze na obuwiu powinny stanowić całościowe zabezpieczenie nogi lub obuwiu do wysokości kostki lub powyżej, konieczne jest również ich uszczelnienie w postaci ściągacza zapewniającego przyleganie do podudzia. Według opinii Stowarzyszenia, podstawowe cechy, jakim powinny odpowiadać tego rodzaju ochraniacze,

są następujące:

- odporność na ścieranie
- pokrycie całej powierzchni nogi/buta do wysokości kostki lub powyżej
- szczelne zabezpieczenie od góry (np. ściągacz)
- jednorazowość użycia i łatwość utylizacji (ew. możliwość odzysku odpadów)

Aktualnie, w wielu polskich szpitalach kierownicy tych jednostek wprowadzili obowiązek rutynowego stosowania jednorazowych ochraniaczy na obuwiu przez osoby odwiedzające pacjentów hospitalizowanych bez względu, na jakim oddziale i w jakim stanie zdrowia się znajdują. Należy podkreślić, że aktualnie stosowane w wielu polskich szpitalach jednorazowe ochraniacze w znakomitej większości nie spełniają w/w wymogów, stanowią, bowiem nietrwałą ochronę spodniej części obuwiu (podeszwa), nie zapewniając ochrony dla całej nogi do wysokości kostki. Wymóg powszechnego stosowania tego typu ochraniaczy oraz ich modyfikacji dla osób odwiedzających nie znajduje żadnego uzasadnienia w obowiązujących przepisach, jak i również w przesłankach merytorycznych. Tak skonstruowane ochraniacze nie spełniają wymogów sprzętu ochronnego, a są jedynie zabezpieczeniem podeszwy obuwiu przed kontaktem z nawierzchnią, co nie zastępuje podstawowego środka ochrony przed zanieczyszczeniami mechanicznymi, jakimi są wielostopniowe wycieraczki o różnej gęstości włosia, które skutecznie usuwają brud z obuwiu oraz regularne sprzątanie i mycie traktów komunikacyjnych w szpitalu.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że wymóg powszechnego zastosowania ochraniaczy na obuwiu dla osób odwiedzających nie znajduje żadnego uzasadnienia w obowiązujących przepisach, jak i również w przesłankach merytorycznych. Stosowanie jednorazowych ochraniaczy na obuwiu przez osoby odwiedzające w całym szpitalu może wpływać niekorzystnie na bezpieczeństwo epidemiologiczne szpitala, ponieważ stwarza błędne wrażenie podwyższonych wymogów higienicznych, ponadto zwiększa znacznie ilość odpadów wymagających gromadzenia i utylizacji. Niewłaściwe stosowanie ochraniaczy (wielorazowe, nagminnie występuje w praktyce), zwiększa ryzyko rozprzestrzeniania drobnoustrojów w różnych obszarach szpitala, a także w środowisku pozaszpitalnym. W większości szpitali nie istnieje możliwość dezynfekcji rąk po zdjęciu ochraniaczy, co również zwiększa zagrożenie przeniesieniem drobnoustrojów szpitalnych do środowiska pozaszpitalnego. Innym aspektem powszechnego

stosowania ochraniaczy na obuwiu jest obiegowa opinia o zmniejszonej potrzebie sprzątania w zakładzie opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że jest to uzasadnienie oparte na błędnych przesłankach, ponieważ ochraniacze są bardzo nietrwałe, nie zatrzymują więc zanieczyszczeń mechanicznych. Głównym celem utrzymania czystości w szpitalu jest dekontaminacja środowiska skażonego wydzielinami i wydaliniami pacjentów, a nie tylko sprzątanie zanieczyszczeń wnoszonych na obuwiu osób odwiedzających. Podstawową ochroną przed zanieczyszczeniami mechanicznymi są trzystopniowe wycieraczki o różnej gęstości włosia, które skutecznie usuwają brud z obuwiu oraz regularne mycie traktów komunikacyjnych w szpitalu. Dodatkowym zagadnieniem jest problem etyczny, gdyż ochraniacze są kupowane przez osoby odwiedzające, co stanowi dodatkowy koszt i pochłania rocznie wiele milionów złotych.

WNIOSKI

Bez względu na rozwiązanie technologiczne, ochraniacze na obuwiu stosowane jako zasada dla wszystkich odwiedzających w zakładzie opieki zdrowotnej nie znajduje przesłanki merytorycznych. Aktualnie nie ma wymogów prawnych do stosowania obowiązkowego jednorazowych ochraniaczy na obuwiu dla osób odwiedzających pacjentów w szpitalach. Jeśli ochraniacze na obuwiu mają być jednym z elementów izolacji kontaktowej, w której skład wchodzi jednorazowe: czapka, maska, fartuch i rękawice ochronne, to powinny spełniać warunki wymienione powyżej, ze szczególnym uwzględnieniem szczelności do wysokości kostki lub powyżej. Należy również zapewnić pojemniki na odpady w bezpośredniej bliskości strefy izolacyjnej, a także dozownik ze środkiem alkoholowym do rąk.

Zastosowanie takich ochraniaczy powinno być ograniczone jedynie do obszarów o podwyższonych wymogach bezpieczeństwa oraz oddziałów lub pomieszczeń, w których prowadzona jest izolacja pacjentów zakażonych lub z upośledzoną odpornością.

Mając powyższe uzasadnienie na uwadze, wskazane jest aby kierownicy zakładów opieki zdrowotnej, ograniczyli powszechny wymóg stosowania jednorazowych ochraniaczy na obuwiu jedynie do merytorycznie uzasadnionych sytuacji klinicznych, a także zgodnie z ustawą zapewnić środki na ich zakup.

W imieniu zespołu ekspertów i Zarządu Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa

Przewodniczący
dr med. Paweł Grzesiowski

*Barbara Dobrowolska-Czopor, Eliza Dubiel, Monika Guzera
Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo (studentki)*

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA WE WCZESNYM OKRESIE POUДАРOWYM

Udar mózgu, to zespół zaburzeń spowodowanych nagłym niedokrwieniem bądź krwotokiem w obrębie mózgu. W zależności od przebiegu schorzenia wyróżnia się odpowiednio udar niedokrwienno-krwotoczny (2). Wczesny okres poudarowy wymaga ścisłego reżimu łóżkowego, a to z kolei przyczynia się do wdrożenia kompleksowych działań pielęgniarzkich. Pielęgniarka odgrywa istotną rolę w leczeniu, rehabilitacji oraz wdrażaniu pacjenta do samoobsługi we wczesnym okresie poudarowym. Jej praca musi być ściśle powiązana z pracą lekarza oraz fizjoterapeuty.

Do podstawowych zadań personelu pielęgniarzkiego, wchodzącego w skład zespołu poudarowego, należy:

- współdziałanie w postępowaniu ratującym życie (zarówno w intensywnym nadzorze, jak i w leczeniu),
- zapobieganie następstwom udaru,
- uczestnictwo w rehabilitacji i psychoterapii,
- edukacja pacjenta w zakresie samoobsługi, samokontroli i prozdrowotnego stylu życia,
- edukacja rodziny w zakresie opieki nad chorym (6).

Udział pielęgniarki w nadzorowaniu i monitorowaniu stanu pacjenta

We wczesnym okresie poudarowym pielęgnowanie pacjenta powinno się skupić na zapobieganiu niepożądanym następstwom i powikłaniom choroby, do których należy między innymi: zapalenie płuc wskutek długotrwałego unieruchomienia, przykurcze, odleżyny, infekcje np. dróg moczowych spowodowane cewnikowaniem pęcherza moczowego. Aby zapobiec wszelkiego rodzaju powikłaniom, ważne jest monitorowanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta i obserwacja pod kątem objawów patologicznych. Istotną rolę odgrywa pielęgniarka, która spędza z pacjentem wie-

le czasu i dlatego jest w stanie pierwsza zauważyć jakieś nieprawidłowości, a także poprawę w funkcjonowaniu organizmu chorego. Do podstawowych funkcji życiowych, które należy obserwować po udarze, zaliczamy:

- ciśnienie tętnicze krwi,
- tętno,
- zapis elektrokardiograficzny pracy serca,
- temperaturę ciała,
- częstość, głębokość i charakter oddechów,
- ilość wypróżnień,
- ilość wydalanego moczu,
- poziomą glikozę we krwi.

Pielęgniarka powinna prowadzić bilans płynów oraz obserwować pacjenta pod kątem wystąpienia objawów świadczących o wzmożonym ciśnieniu śródczaszkowym (6).

Monitorowanie i dokumentowanie ciśnienia tętniczego krwi ma istotne znaczenie, ponieważ wczesnemu okresowi poudarowemu towarzyszy zwykle podwyższone ciśnienie krwi. Jest ono wynikiem reakcji obronnej organizmu, która ma na celu utrzymanie krążenia krwi w obszarze penumbry (obszar położony wokół ogniska martwicy, w którym przez pewien czas neurony pozostają w stanie funkcjonalnego deficytu) (1). U każdego pacjenta należy przyjąć ciśnienie. Jest to ważne we wczesnym okresie poudarowym, gdyż wszelkie nieprawidłowości są niebezpieczne dla zdrowia i życia pacjenta. Wysokie wartości ciśnienia tętniczego stwarzają ryzyko ukrwotoczenia zawału mózgu, krwotoku bądź wystąpienia obrzęku mózgu. Z kolei gwałtowne obniżenie ciśnienia tętniczego może spowodować narastanie niedokrwienia (6).

Razem z monitorowaniem ciśnienia tętniczego krwi należy obserwować zapis

elektrokardiograficzny pracy serca oraz tętno pacjenta. Ma to istotne znaczenie, gdyż ostremu okresowi udaru mózgu często towarzyszą powikłania kardiologiczne, do których zaliczamy:

- zaburzenia rytmu serca, zwłaszcza migotanie przedsionków,
- ostre niedokrwienie mięśnia sercowego,
- zawał serca (6).

Ważne jest w pierwszych dobach udaru ciągłe monitorowanie pracy serca i ciśnienia tętniczego oraz możliwość konsultacji z kardiologiem.

Prowadzenie bilansu płynów. Odwodnienie organizmu wskutek małej podaży płynów, biegunki, wymiotów, czy przyjmowania diuretyków powoduje pogorszenie przepływu mózgowego, a to z kolei prowadzi do wystąpienia udaru mózgu. Dlatego też większość pacjentów wymaga dożylnego podawania płynów i kontrolowania objętości płynów podanych i wydalonych, według ogólnie przyjętych zasad.

Kontrola temperatury ciała ma na celu wykluczenie infekcji, jednak podwyższona (powyżej 37,5°C) temperatura może świadczyć nie tylko o infekcji, lecz również może być przyczyną zaburzeń w ośrodku termoregulacji znajdującym się w podwzgórzku. Hipertermia przyczynia się do zwiększenia rozmiaru ogniska zawałowego, dlatego należy dążyć do uzyskania normotermii poprzez ochładzanie ciała, czy podawanie paracetamolu w dawce 10-15 mg/kg masy ciała (6).

U każdego pacjenta po udarze mózgu ważna jest kontrola glikemii. Hiperglikemia występuje aż u 20-34% chorych i zwykle jest objawem wcześniejszej, nierozpoznanej cukrzycy. Jeśli stężenie glukozy we krwi przekroczy 200 mg% należy wdrożyć podawanie insuliny. Zadaniem pie-

łęgniarki jest kontrolowanie poziomu glukozy oraz podawanie insuliny według zleceń, w określonych dawkach i o odpowiednich porach. Pielęgniarka musi pamiętać, aby podać insulinę około pół godziny przed posiłkiem. Hipoglikemia z kolei dotyczy pacjentów, którzy przed wystąpieniem udaru mózgu chorowali na cukrzycę i byli leczeni insuliną. Spadek poziomu glukozy w ostrej fazie udaru mózgu jest związany z małą podażą pokarmów lub zbyt dużymi dawkami leków. Zadaniem pielęgniarki jest również kontrola glikemii oraz dożylnie podawanie glukozy według zleceń (6).

Udar mózgu niedokrwienny, czy krwotoczny powoduje zaburzenia homeostazy w funkcjonowaniu mózgu. Dochodzi do powstawania obrzęku, a to z kolei prowadzi do wzrostu ciśnienia śródczaszkowego. Do charakterystycznych objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego zaliczamy:

- a) bóle głowy,
- b) niepokój,
- c) nudności i wymioty,
- d) objawy ogniskowe (9).

Wzrost ciśnienia śródczaszkowego zmniejsza przepływ mózgowy, powodując zwiększanie się ogniska martwicy. Pielęgniarka powinna umieć rozpoznać objawy świadczące o wzmożonym ciśnieniu śródczaszkowym oraz wdrożyć postępowanie zmniejszające powikłania tego stanu. Najłatwiejszą metodą obniżenia wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego jest wysokie ułożenie górnej części ciała, tzn. zgięcie w stawach biodrowych pod kątem 30° i unikanie nadmiernych skrętów głową.

Właściwa pielęgnacja chorego
Literatura podaje, że w ciągu pierwszych 2-3 dni od wystąpienia udaru niedokrwiennego oraz w ciągu 3-4 tygodni od wystąpienia udaru krwotocznego należy wdrażać działań rehabilitacyjnych, gdyż mogłyby one pogłębić następstwa udaru (5). W tym czasie istotną rolę odgrywają działania pielęgnacyjne, których celem jest zaspokajanie wszystkich podstawowych potrzeb chorego oraz zapobieganie powikłaniom unieruchomienia w łóżku.

Wskutek udaru mózgu u niektórych pacjentów może dojść do zaburzeń połykania (dysfagia), co często prowadzi do niedożywienia. Ponadto dysfagia stwarza ryzyko aspiracji treści pokar-

mowej do dróg oddechowych, czego konsekwencją jest wystąpienie niebezpiecznego dla życia zachłystowego zapalenia płuc. Kiedy pacjent nie może przyjmować pokarmów drogą doustną, zalecane jest odżywianie przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, dietą płynną, dokładnie zmiksowaną, przygotowaną z produktów naturalnych, bądź dietą przemysłową. Pielęgniarka karmiąca pacjenta, powinna pamiętać o podawaniu pokarmu porcjami o objętości 300-500 ml oraz o odpowiedniej jego temperaturze (30-37°C). Pokarm wprowadza się do sondy dużą strzykawką, o pojemności 100 ml, natomiast zbilansowane diety przemysłowe mogą być podawane przy użyciu pompy. W miarę poprawiania się stanu zdrowia chorego i zanikania zaburzeń połykania należy przechodzić na żywienie doustne. Na początku podaje się pokarmy miksowane o konsystencji papkowatej; z czasem należy wprowadzać pokarmy przecierane, mielone, łatwo strawne. Kiedy pacjent nie krztusi się, ma zachowaną świadomość, dobre użebienie, należy stopniowo wprowadzać do diety potrawy o konsystencji stałej (4).

U niektórych pacjentów po udarach mózgowych dochodzi do upośledzenia funkcji zwieraczy, co objawia się nietrzymaniem bądź zatrzymaniem moczu i stolca. W przypadku nietrzymania moczu stosuje się środki zapobiegające przemoczeniu bielizny chorego i bielizny pościelowej. Najczęściej wykorzystuje się pieluchy dla dorosłych o odpowiednich rozmiarach lub cewnikuje się pęcherz moczowy. Jeśli pacjent ma założony cewnik moczowy pielęgniarka powinna kontrolować diurezę oraz dwukrotnie w ciągu doby przemywać skórę w okolicy cewnika środkiem odkażającym w celu zapobiegania zakażeniom.

Nieco inaczej postępuje się w przypadku pacjentów, u których doszło do zatrzymania moczu. W początkowej fazie udaru należy kilkakrotnie w ciągu doby cewnikować chorego, aby opróżnić pęcherz moczowy. Później należy wdrożyć tak zwany trening mikcyjny. Polega on na podawaniu choremu o określonych porach basenu czy kaczki i zachęcaniu pacjenta do mikcji. Jeśli pacjent jest w stanie sam lub z pomocą przejść do toalety, to również o określonych, stałych porach prowadzi się trening mikcyjny. Większość chorych odzyskuje kontrolę nad pęcherzem moczowym w momencie rozpoczęcia pionizacji i nauki chodzenia (2,5).

Następstwem udaru może być także czasowe nietrzymanie bądź zatrzymanie stolca. W przypadku nietrzymania stolca stosuje się pieluchy dla dorosłych oraz dba o prawidłową higienę kroczną. Zatrzymanie stolca jest problemem bardziej złożonym, wymagającym wdrożenia różnych czynności. Tuż po wystąpieniu udaru, kiedy pacjent trafia na oddział i jest unieruchomiony w łóżku, pielęgniarka powinna rozpocząć postępowanie zapobiegające zaparciom. Stosowanie diety z dużą zawartością błonnika pokarmowego oraz zwiększenie ilości przyjmowanych płynów jest najlepszą metodą profilaktyczną. Jeśli doszło już do zalegania stolca podstawowym działaniem jest wykonywanie lewatyw lub ręczna jego ewakuacja (2).

Powikłania unieruchomienia w łóżku

Pacjent po udarze mózgu zazwyczaj wymaga unieruchomienia w łóżku, którego czas będzie uzależniony od rozległości i rodzaju udaru. Unieruchomienie w łóżku niesie za sobą wiele powikłań, wśród których najczęściej występują:

- a) odleżyny i odparzenia skóry,
- b) przykurcze i zaniki mięśniowe,
- c) zapalenie płuc,
- d) zakrzepica żył głębokich,
- e) zakażenia układu moczowego wskutek cewnikowania (5,6).

Stany te, jeśli nie będą odpowiednio leczone i pielęgnowane mogą doprowadzić do śmierci pacjenta. Dlatego też natychmiast po wystąpieniu udaru należy wdrożyć działania zapobiegające niniejszym powikłaniom.

Odeżyna jest owrzodzeniem martwym, powstałym w wyniku długotrwałego unieruchomienia bez zmiany pozycji. Na wystąpienie odleżyn narażeni są bardziej chorzy porażeni, szczupli, odwodnieni, z brakiem kontroli zwieraczy oraz chorzy z zaburzeniami krążenia, zwłaszcza w naczyniach włosowatych. U pacjentów otyłych także mogą wystąpić odleżyny, gdyż duży ciężar ciała przyczynia się do zwiększenia ucisku na tkanki stykające się z podłożem. Okolice ciała najbardziej narażone na powstanie odleżyn to: okolice kości krzyżowej i ogonowej, łopatki, łokcie, kostki i pięty, krętarze większe kości biodrowej, pośladki, małżowiny uszne (8).

Wśród najważniejszych zadań pielęgniarki w profilaktyce od-

leżyn wyróżniamy:

- a) zmiany ułożenia chorego co 2-3 godziny,
- b) utrzymanie łóżka chorego w czystości (czysta i sucha bielizna pościelowa, dobrze naciągnięte, niepofałdowane prześcieradło),
- c) utrzymanie higieny ciała i pielęgnacja skóry chorego,
- d) równomierne rozłożenie ciężaru ciała, aby uniknąć znacznego ucisku jednego obszaru ciała,
- e) oklepywanie i masaż miejsc szczególnie narażonych na wystąpienie odleżyn,
- f) obserwacja skóry pod kątem wystąpienia zmian w postaci zaczerwienienia, zasinienia, otarcia,
- g) właściwe odżywianie chorego, zapewniające odpowiednią podaż białka i płynów (2,3,6,7).

Odparzenie jest zmianą zapalną skóry, spowodowaną ciepłotą i wilgotnością stykających się ze sobą dwóch fałdów skóry. Działania pielęgnacyjne powinny skupiać się na właściwej higienie skóry, a także na izolowaniu za pomocą np. gazy warstw skóry przylegających do siebie (2). Również maści pielęgnacyjne mogą zmniejszyć skutki odparzenia.

Przykurcze i zaniki mięśniowe są spowodowane długotrwałym unieruchomieniem w łóżku, a powstanie ich prowadzi do niepełnosprawności. W celu zapobiegania tym stanom stosuje się odpowiednie ułożenie w łóżku, jak również wdraża się ćwiczenia fizyczne i jak najszybszą pionizację. W zakres działań pielęgniarki wchodzi jedynie wykonywanie ćwiczeń biernych oraz pionizacja. Ćwiczenia bierne są to ćwiczenia wykonywane ręką rehabilitanta; pacjent nie bierze w nich czynnego udziału. Biernie ćwiczy się głównie kończyny porażone, uwzględniając pełny zakres ruchów w poszczególnych stawach (2). Pionizacja może mieć charakter zarówno czynny, jak i bierny. Bardzo ważne jest, aby pielęgniarka przystępując do pionizacji zdobyła zaufanie chorego, a także wzmacniała go pozytywnie, chwając czynione postępy.

Długotrwałe unieruchomienie prowadzi do powstawania zastoju w płucach, który przyczynia się do rozwoju zapalenia płuc. Stan ten powoduje aż 20% zgonów następujących w pierwszych dwóch tygodniach po udarze (7). W celu zapobie-

gania zapaleniom płuc pielęgniarka powinna wdrożyć następujące działania:

- a) częste zmiany ułożenia chorego,
- b) ułożenie głowy pod kątem 30° z twarzą zwróconą na bok, co zapobiega zapadaniu się języka, a tym samym zapewnia drożność dróg oddechowych,
- c) oklepywanie klatki piersiowej w kierunku od podstawy do szczytu płuc, jeśli stan chorego na to pozwala,
- d) wykonywanie ćwiczeń oddechowych,
- e) zapewnienie prawidłowego mikroklimatu przez wietrzenie sali, utrzymywanie odpowiedniej wilgotności powietrza,
- f) prawidłowa podaż płynów – płyny rozrzedzają wydzielinę i dzięki temu łatwiej jest ją usunąć z oskrzeli podczas odkrztuszania (2,6).

Pielęgniarka musi pamiętać, że w przypadku chorych z dysfagią istnieje ryzyko aspiracji treści pokarmowej do płuc, co może wywołać zachyłkowe zapalenie płuc. Stosowanie prawidłowych technik karmienia i odpowiednia podaż pokarmu, zmniejszają to ryzyko.

Unieruchomienie w łóżku i związane z tym ograniczenie ruchu prowadzi do spowolnienia przepływu krwi w żyłach, a to przyczynia się do powstania zakrzepowego zapalenia żył, zwłaszcza w kończynach dolnych. Do profilaktycznych zadań pielęgniarki należy:

- a) gimnastyka kończyn dolnych w celu poprawy krążenia w tej części ciała,
- b) częste zmiany ułożenia chorego,
- c) układanie chorego w taki sposób, aby zapobiec uciskowi kończyn i zastojowi krwi żyłnej,
- d) układanie kończyn porażonych na poduszkach, co zapobiega powstawaniu obrzęku,
- e) wczesne uruchamianie chorego,
- f) stosowanie pończoch elastycznych przeciwżylakowych,
- g) mobilizowanie chorego do aktywności ruchowej,
- h) układanie kończyn dolnych powyżej poziomu serca, co ułatwia odpływ krwi (2,6).

Uczęści pacjentów w przebiegu udaru mózgu dochodzi do zaburzenia czynności zwieraczy, a to wymaga zacewnienia pęcherza. Cewnikowanie pęcherza moczowego jest zabiegiem inwazyjnym, niosącym za sobą ryzyko powikłań, z których najcięższe to zakażenia układu

moczowego. W celach zapobiegawczych pielęgniarka powinna wdrożyć następujące działania:

- a) stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy cewnikowaniu pęcherza,
- b) zachowanie odpowiedniej higieny kroczca,
- c) kontrola ilości wydalonego moczu,
- d) umieszczenie worków z moczem poniżej poziomu pęcherza oraz zmiana wypełnionych worków na nowe (działania te zapobiegają zaleganiu moczu w pęcherzu oraz jego cofaniu się) (6).

Jak wynika z powyższych rozważań, hołistyczna opieka pielęgniarska jest bardzo istotna we wczesnym okresie poudarowym. Od kompetencji i umiejętności pielęgniarki zależy bowiem proces terapeutyczny oraz jego późniejsze następstwa. Właściwa opieka pielęgniarska może uchronić chorego przed niepożądanymi konsekwencjami udaru mózgu oraz przyczynić się do znacznie lepszego rokowania i poprawienia jakości jego życia.

Piśmiennictwo

- 1) Adamczyk K. „Pielęgniarstwo neurologiczne” Czelej, Lublin 2000
- 2) Adamczyk K. „Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych” Czelej, Lublin 2003
- 3) Blicharski J., Bukasiewicz B.: „Opieka pielęgniarska nad przewlekłe chorem w domu” PZWL, Warszawa 1976
- 4) Ciborowska H., Rudnicka A.: „Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka” PZWL, Warszawa 2007
- 5) Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W. M. „Udar mózgu w praktyce lekarskiej” Via Medica, Gdańsk 2004
- 6) Roźniecki J., Prusiński A.: „Choroby naczyń mózgu”, pod red. A. Prusińskiego „Neurogeriatria. Praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym” Czelej, Lublin 2004
- 7) Schiefele J., Staudt J., Dach M.: „Pielęgniarskie geriatryczne” Urban & Partner, Wrocław 1998
- 8) Ugniewska C.: „Pielęgniarskie psychiatriczne i neurologiczne”, PZWL, Warszawa 1996
- 9) Weber M.: „Odrębności intensywnej terapii na oddziałach neurochirurgicznych”, pod red. M. Schirmera: „Neurochirurgia” Urban & Partner, Wrocław 1998

*Iwona Kowalik Specjalista Pielęgniarstwa Położniczego
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy.*

ZESPÓŁ HELLP

ZESPÓŁ HELLP opisał i nazwał Louis Weinstein w 1982 roku (ang. HELLP syndrome) jest to rzadkie, lecz niezmiernie groźne powikłanie stanu przedrzucawkowego, zwłaszcza jego ciężkiej postaci lub rzucawki.

Z pierwszych liter objawów powstała obiegowa nazwa - zespół HELLP oznaczająca w języku angielskim wołanie o pomoc. W istocie wystąpienie tego zespołu sygnalizuje ciężką postać gestozy z trudnym do przewidzenia przebiegiem klinicznym i złym rokowaniem dla matki i płodu.

Występuje u 9,7%-12% kobiet w ciąży z ciężką postacią stanu przedrzucawkowego. Związana z nim umieralność okołoporodowa płodów i noworodków waha się w granicach 9,5-60%, a śmiertelność kobiet dochodzi do 3,5%.

Obraz kliniczny to dominująca triada podstawowych objawów, od skrótu których została utworzona jego nazwa:

- H – hemoliza <niedokrwiistość hemolityczna> ang. Hemolysis
- EL – zwiększona aktywność enzymów wątrobowych / ang. Elevated liver function tests
- LP – zmniejszona liczba płytek krwi <małopłytkowość> ang. Low platelet count

Na obraz choroby składa się też niska (zwykle < 100 000) lub obniżająca się liczba płytek oraz podwyższone stężenie aminotransferaz. W ciężkich przypadkach liczba płytek krwi może obniżyć się poniżej 30 000, a u niektórych kobiet może rozwinąć się zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (20%). Stężenie aminotransferaz jest zwykle podwyższone wyraźnie ponad górne granice normy, podobnie jak i stężenie dehydrogenazy mleczanowej. Wzrost stężenia wolnej bilirubiny jest odzwierciedleniem stopnia nasilenia hemolizy. Diagnostyka różnicowa obejmuje ostre stłuszczenie wątroby ciężarnych i zespół hemolityczno-mocznicowy z towarzyszącą plamicą małopłytkowo-zakrzepową. Niektórzy uważają, że wszystkie te jednostki chorobowe

mogą być składowymi szerokiego spektrum objawów tej samej choroby.

GŁÓWNE OBJAWY:

Typowe objawy to ból w nadbrzuchu lub w prawym podżebrzu (65%) z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami (35%), cechy infekcji wirusopodobnej. Zwykle badaniem stwierdza się bolesność uciskową w prawym podżebrzu.

W 20% nie występuje nadciśnienie, w 15% nie występuje białkomocz; aby rozpoznać zespół HELLP, konieczne jest wystąpienie: trombocytopenii, zwiększone stężenie transaminaz, zmniejszone stężenie haptoglobiny.

Różnorodność objawów klinicznych, czasami nieodpowiadających kryteriom stanu przedrzucawkowego prowadzi często do pomyłek diagnostycznych i opóźnia podjęcie właściwego leczenia.

Bardzo istotne jest ustalenie właściwego rozpoznania, ponieważ patologiczne zmiany hematologiczne, w powiązaniu z zaburzeniami czynności wątroby i nerek, mogą naśladować choroby innych narządów wewnętrznych i skazy krwotoczne naczyniowe, co związane jest z błędną diagnozą.

Zagrożenia

Zespół HELLP zagraża zarówno matce, jak i dziecku. U matki może prowadzić do uszkodzenia układu nerwowego, nerek, naczyń krwionośnych i obrzęku płuc. Natomiast u dziecka może doprowadzić do wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu i niedotlenienia, ponieważ przez łożysko przedostaje się mniej krwi. Istnieje również zagrożenie przedwczesnego oddzielenia się łożyska.

Postępowanie

Zespół HELLP jest poważnym wskazaniem do wcześniejszego zakończenia ciąży, a zalecanym sposobem rozwiązania jest cięcie cesarskie. Można z nim poczekać, podając odpowiednie leki, aż dziecko będzie miało szansę przeżycia poza organizmem matki. W każdej sytuacji kobieta musi być pod stałą kontrolą lekarską. U ciężarnej ko-

nieczne jest monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi. Ponadto cały czas kontrolowany jest stan płodu. Ponieważ wcześniactwo jest najczęstszą przyczyną umieralności noworodków w tym zespole, podejmowane były próby leczenia zachowawczego i przedłużenia ciąży.

Chociaż spotyka się doniesienia o samoistnej poprawie w przypadkach zespołu HELLP, taka poprawa jest tylko chwilowa. Większość ośrodków zaleca szybkie ukończenie ciąży, zwłaszcza wtedy, gdy występuje ból i tkliwość uciskowa w prawym podżebrzu, gdyż te objawy wskazują na rozciągnięcie torebki wątroby. Tak, jak we wszystkich przypadkach stanu przedrzucawkowego, należy zapewnić odpowiednią kontrolę ciśnienia krwi do czasu porodu. Może zaistnieć konieczność podania płytek krwi, a w przypadku koagulopatii należy podać świeżo mrożone osocze.

Ponieważ po rozpoznaniu najczęściej wywołany jest poród, stan wielu kobiet może się czasowo pogorszyć, zanim ulegnie poprawie po porodzie; może obniżyć się liczba płytek, wystąpić nadciśnienie i białkomocz. Stosuje się wówczas leczenie wspomagające z kontrolą ciśnienia krwi, w przypadkach koniecznych stosuje się przetoczenia masy płytkowej. Stężenie enzymów wątrobowych zwykle wraca do wartości prawidłowych wcześniej niż liczba trombocytów. Wyzdrowienie jest zazwyczaj szybkie i całkowite, bez następowej niewydolności wątroby, ale – podobnie jak w innych przypadkach stanu przedrzucawkowego – przez pewien czas po porodzie może być konieczne stosowanie leków obniżających ciśnienie. U kobiet, które przebyły zespół HELLP, ryzyko rozwoju stanu przedrzucawkowego, porodu przedwczesnego lub hipotrofii wewnątrzmacicznej w kolejnych ciążach jest znacznie wyższe. U kobiet z nadciśnieniem poprzedzającym ciążę powikłaną zespołem HELLP ryzyko stanu przedrzucawkowego w kolejnych ciążach wynosi 75%, chociaż ryzyko nawrotu zespołu HELLP jest małe (3-5%).

Powikłania

- różnego rodzaju krwawienia /krwotoki ma-

- ciczne, żołądkowo-jelitowe i inne/
- krwaki podtorebkowy wątroby,
- ostra niewydolność nerek i oddechowa,
- ciężkie powikłania neurologiczne /krwiaki śródczaszkowe/
- występowanie krwotoków pooperacyjnych oraz konieczność wykonania reoperacji, często powiązanej z usunięciem macicy

Leczenie

W leczeniu zespołu HELLP obowiązują takie same zasady jak w przypadkach stanu przedrzucawkowego. Rutynowo, oprócz leczenia hipotensyjnego, należy zastosować

osmoonkoterapię, uzupełnić białko w osoczu, elektrolity i czynniki krzepnięcia, podając albuminy, świeże osocze i masę erytrocytarną. Celowość przetaczania płytek krwi jest dyskusyjna, podobnie jak stosowanie steroidów w celu profilaktyki zaburzeń oddychania u noworodka. Niektórzy zalecają podanie antytrombiny III. Wskazane jest podawanie antybiotyków, ze względu na istnienie ukrytego zakażenia u 30% wszystkich chorych z HELLP.

- W zespole HELLP celowe jest przetoczenie osocza świeżo mrożonego
- Zwalczanie nadciśnienia tętniczego

- Do cięcia cesarskiego zalecane jest przetoczenie koncentratu płytek krwi, przy poziomie poniżej 50 000 ml, a do porodu siłami natury przy wartościach mniejszych od 20 000 ml
- W gestozie polecane jest znieczulenie zewnątrzoponowe, a minimalna liczba płytek krwi powinna wynosić 100 000 mm³
- Zapobieganie aspiracji treści żołądkowej – leki p-drgawkowe zwiększają ryzyko zachłyśnięcia
- Postępowanie pooperacyjne lub poporodowe położnic z zespołem HELLP powinno być prowadzone w oddziale intensywnej terapii



POLSKIE
TOWARZYSTWO
PIELĘGNIARSTWA
RATUNKOWEGO

IV Konferencja
naukowo- szkoleniowa

4- 6 kwietnia 2011

www.ptpr.org.pl

Stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych

Resuscytacja 2010

Zarząd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa
Ratunkowego serdecznie zaprasza
do wzięcia udziału w
IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej

pod przewodnim tytułem

STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA W CHOROBYCH WEWNĘTRZNYCH

Mamy nadzieję, iż skupi ona wybitnych specjalistów z Polski i zagranicy, a także profesjonalistów, będąc doskonałym polem interdyscyplinarnej dyskusji, również w kontekście WYTYCZNYCH 2010 RESUSCYTACJI KRAŻENIOWO-ODDECHOWEJ

W trakcie Konferencji przewidziane jest przeprowadzenie warsztatów szkoleniowych związanych z tematem Konferencji.

Konferencja odbędzie się w dniach 4-6 kwietnia 2011 r. w malowniczo położonym Mazurskim Centrum Konferencyjnym „Zamek Ryn” w Rynie

ul. Plac Wolności 2
(województwo warmińsko-mazurskie)

Za udział w Konferencji
przyznawane będą punkty edukacyjne.

Każdy uczestnik otrzyma również Certyfikat.

Wszelkie niezbędne informacje
oraz formularz zgłoszeniowy znajdują się
na stronie internetowej <http://www.ptpr.org.pl>

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Marek Maślanka

Komitet organizacyjny Konferencji

Anna Polonek
GSM:508608175

Katarzyna Piegza
GSM: 696304485

PAMIĘCI PANI MARII SZLEMINGIER

Urodziła się 27.08.1914 r. w Białymstoku, w 1915 r. wyjechała wraz z rodzicami do Rosji. W 1923 r. powróciła z rodziną do Wilna gdzie rozpoczęła naukę i ukończyła kształcenie podstawowe i sześć klas gimnazjum. W 1932 r. ukończyła kurs PCK dla pielęgniarek pracujących w szpitalu. Następnie rozpoczęła naukę w Państwowej Szkole Położnych w Wilnie, którą ukończyła z wynikiem celującym w 1934 r. W tym samym roku podjęła pracę jako położna/pielęgniarka w przychodni w powiecie brasławskim w województwie wileńskim, pracując do 1939 r. w miejscowościach: Opsa, Jodi, Druja.

Wybuch II wojny światowej spowodował mobilizację pielęgniarek, które włączone zostały do służby wojskowej w charakterze czynnych lub rezerwowych siostr PCK, w tej grupie znalazła się Pani Maria Szlemingier. W 1939 r. została oddelegowana przez Polski Czerwony Krzyż – Delegaturę w Krakowie do Szpitala Wojskowego we Lwowie, gdzie pracowała w oddziale chirurgicznym w charakterze pielęgniarki przez 4 miesiące. W tym czasie przygotowywała się do podjęcia obowiązków w okresie wojennym. Po otrzymaniu karty mobilizacyjnej została wraz z Wojskiem Polskim deportowana na Węgry gdzie początkowo przebywała w obozie dla internowanych w Budapeszcie, wykonując zadania w punkcie sanitarnym. Następnie skierowana została do pracy w Polskim Szpitalu Wojskowym w oddziale chirurgicznym i ortopedycznym w Eger, a później w Győr na stanowisko pielęgniarki gdzie pracowała do 1944 r. niosąc pomoc rannym i chorym żołnierzom oraz oficerom Wojska Polskiego. Po wkroczeniu na Węgry armii niemieckiej wszyscy pracownicy szpitala zostali internowani jako jeńcy wojenni do obozu w Austrii, gdzie z własnej inicjatywy organizowała opiekę medyczną dla stacjonujących tam żołnierzy i ludności cywilnej.

Po przebytych trudach tułaczki wojennej w 1945 r. powróciła do Polski i zamieszkała w Krakowie, gdzie złożyła maturę w 1947 r. i zdała egzamin przed Państwową Komisją Egzaminacyjną egzaminów pielęgniarskich w dniu 30 września 1948 r. Następnie podjęła naukę na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego. W tym okresie pracowała w Szpitalu im. Narutowicza w Krakowie jako pielęgniarka chirurgiczna. W 1950 r. przyjechała do Wrocławia i podjęła pracę jako pielęgniarka w Powiatowej i Wojewódzkiej Poradni Okulistycznej. W 1957 r. podjęła pracę w Państwowej Szkole Medycznej Położnych na stanowisku nauczyciela zawodu, następnie jako kierownik szkolenia praktycznego. W szkole pracowała do momentu przejścia na emeryturę, tj. 31 grudnia 1977 r.



Pracując w szkole aktywnie uczestniczyła w pracach Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, przewodnicząc Organizacji Zakładowej przez okres 7 lat. Oprócz przygotowywania adeptek do zawodu położnej z ramienia szkoły przez około 25 lat współpracowała z Polskim Czerwonym Krzyżem na terenie Wrocławia podejmując z młodzieżą różnego rodzaju akcje zdrowotne, w tym szerzenie oświaty zdrowotnej dla społeczeństwa miasta i okolic Wrocławia. Zawsze upowszechniała idee i zasady propagowane przez Polski Czerwony Krzyż. Przez kilka lat prowadziła kursy dla asystentek pielęgniarskich organizowane przez Polski Czerwony Krzyż. W okresie aktywności zawodowej była czynnym członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Przez wszystkie lata pracy zawodowej swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną zawsze dbała o godność zawodu pielęgniarki i położnej i podnosiła jego rangę w społeczeństwie. W okresie wojny wyróżniła się wyjątkową odwagą i poświęceniem przychodząc z pomocą rannym i osobom kalekim. W okresie pokoju nie szczędziła swoich sił do pomocy potrzebującym. Przy świadczeniu opieki pielęgniarsko położniczej zawsze uwzględniała potrzeby i oczekiwania podopiecznych,



Maria Szlemingier odeszła 08 sierpnia 2010 r. we Wrocławiu. Żegnamy dzisiaj zasłużoną pielęgniarką/położną. Na zawsze pozostanie w naszej pamięci. Niech odpoczywa w pokoju.

MEDAL FLORENCJI NIGHTINGALE

Jest odznaczeniem ustanowionym przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża w 1912 r. jako wyróżnienie dla pielęgniarek za czyny wymagające wyjątkowego poświęcenia, wysokich kwalifikacji moralnych i zawodowych. Medal przyznaje się co dwa lata w dniu urodzin Florencji Nightingale 12 maja. Wnioski uzgodnione z krajowymi organizacjami pielęgniarskimi składane są przez Narodowe Stowarzyszenia Czerwonego krzyża, Lwa i Półksiężycy. Liczba nadawanych medali w danym roku nie może przekroczyć 36. To najważniejsze pielęgniarski odznaczenie, znak najwyższego uznania dla wyjątkowej postawy moralnej i kwalifikacji zawodowych.

przestrzegała praw osób objętych jej opieką, a szczególnie prawa do uzyskiwania kompetentnych i całościowych świadczeń medycznych. Swoimi działaniami przyczyniła się do doskonalenia systemu ochrony zdrowia w tym szczególnie podsystemu pielęgniarstwa, poprzez udział w kształceniu kadr, w doskonaleniu poddyplomowym, w pracy w związkach zawodowych i towarzystwach naukowych.

Za twórczą i wyróżniającą pracę na różnych stanowiskach została uhonorowana: Srebrnym Krzyżem Zasługi, Odznaką Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Złotą i Srebrną Odznaką Związkową, Medalem Pamiątkowym wydanym z okazji 50-lecia Medycznego Studium Zawodowego Wydziału Położnych we Wrocławiu oraz licznymi dyplomami i wyróżnieniami, otrzymała również Odznakę Polskiego Czerwonego Krzyża 1°, a w 2003 r. została odznaczona medalem im. Florencji Nightingale nadanym przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża.



STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO W SPRAWIE PODNIESIENIA RANGI MAGISTRA PIELĘGNIARSTWA

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego stoi na stanowisku, że troska o wysoką rangę społeczną i prestiż zawodu pielęgniarki jest priorytetowym zadaniem całego środowiska pielęgniarskiego. Dlatego koniecznym jest promowanie każdej inicjatywy pielęgniarek sprzyjającej podnoszeniu kwalifikacji zawodowych.

Uzyskanie przez pielęgniarki blisko 40 lat temu możliwości zdobywania wykształcenia na poziomie magisterskim stanowi bardzo ważny etap rozwoju naszej profesji, zarówno w wymiarze naukowym, jak i praktycznym. W Polsce, według Głównego Urzędu Statystycznego, do końca 2008 r. wykształcenie wyższe zdobyło 17 967 pielęgniarek i położnych, spośród 275 122 uprawnionych do wykonywania zawodu, w tym 8595 posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

Przedmiotem zaniepokojenia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego jest brak właściwego wykorzystania potencjału pielęgniarek posiadających tytuł magistra pielęgniarstwa. Uważamy, że podnoszenie kwalifikacji, w tym kształcenie na poziomie magisterskim powinno się odbywać przy pełnej aprobacie zarządzających i liderów pielęgniarstwa, którzy powinni wspierać i motywować pielęgniarki do uzyskiwania tytułu magistra w tej dziedzinie, jak i zapewnić właściwe wykorzystanie w sektorze opieki zdrowotnej zdobytej w ten sposób przez pielęgniarki wiedzy i umiejętności.

Nieodzwonne jest także wprowadzenie w Polsce ścieżek kariery zawodowej w pielęgniarstwie, które pozwoliłyby na uporządkowanie kompetencji pielęgniarek w zależności od posiadanego wykształcenia, jak również dawałyby jasny sygnał społeczeństwu, współpracownikom i kandydatom do zawodu pielęgniarki, jakie są możliwości rozwoju oraz awansu zawodowego w tej profesji.

Tło: Dynamiczny i wszechstronny rozwój nauk medycznych i społecznych stwarza konieczność ustawicznego kształcenia i podnoszenia kwalifikacji zawodowych pielęgniarki. Jest to obowiązek moralny i prawny każdego przedstawiciela

pielęgniarstwa. Pierwszy, został zapisany w Kodeksie Etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP (Część szczegółowa, rozdział Pielęgniarka/położna a praktyka i nauka pkt. 1). Drugi, w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z dn. 5 lipca 1996 r. (Art. 10b).

Uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa stanowi jedną z wielu możliwości aktualizowania wiedzy i umiejętności pielęgniarskich oraz daje podstawy do osiągania kolejnych poziomów kariery w sektorze opieki zdrowotnej. Ma to wymierne korzyści zarówno dla grupy zawodowej pielęgniarek (poprzez wzrost zaufania społecznego a tym samym większy prestiż społeczny), jak i dla odbiorców świadczeń pielęgniarskich (bezpieczeństwo i satysfakcja pacjentów).

Jak pokazują badania naukowe, im wyższe wykształcenie pielęgniarek tym lepsze efekty świadczonej opieki (ICN, 2007). Wykształcenie pielęgniarek (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber, 2003) i doświadczenie (Tourangeau, Giovennetti, Tu & Wood, 2002) mają wymierny wpływ na wyniki postępowania terapeutycznego.

Wiedza i umiejętności magistra pielęgniarstwa znajdują, swoje zastosowanie w bezpośredniej opiece pielęgniarskiej. Magistrowie pielęgniarstwa zostali przygotowani również do uczestnictwa w procesie kształcenia pielęgniarek, jak również do pełnienia funkcji kierowniczych w sektorze opieki zdrowotnej.

Trzeba także pamiętać, że tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa jest warunkiem koniecznym osiągania stopni naukowych w tej dziedzinie, jak również umożliwia osiągnięcie tytułu naukowego w dziedzinach pokrewnych. Właśnie za sprawą prowadzonych badań naukowych możliwy jest dalszy rozwój pielęgniarstwa. Dzięki badaniom naukowym możemy opierać praktykę pielęgniarską na wiarygodnych rzetelnych dowodach, jak również wykorzystywać ich wyniki w procesie lobbingu dla dobra naszej profesji, zarówno na szczeblu krajowym jak i międzynarodowym.

Warszawa 22 czerwca 2010 r.

STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO W SPRAWIE UŻYWANIA LEKÓW NIE TRZYMAJĄCYCH STANDARDÓW - LEKÓW FAŁSZOWANYCH

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wspiera działania mające na celu:

- zapewnianie wysokiej jakości farmakoterapii,
- wykrywanie i ujawnianie producentów i handlowców zajmujących się lekami fałszowanymi,
- poprawę zaopatrzenia placówek służby zdrowia w leki,
- kształcenie pielęgniarek w zakresie wykrywania leków fałszowanych i zapobiegania ich używania,
- monitorowanie niepowodzeń w stosowanej terapii, które mogą być wynikiem stosowania leków fałszowanych,
- edukowanie społeczeństwa w tym zakresie.

Pielęgniarki powinny:

- uczestniczyć w ogólnokrajowych działaniach w tym zakresie,
- rozpowszechniać, uzyskane w procesie kształcenia, informacje o produktach fałszowanych,
- współpracować z farmaceutami, menedżerami ochrony zdrowia w tworzeniu mechanizmów sprawozdawania, groma-

dzenia i weryfikowania danych o lekach fałszowanych,

- uczestniczyć w krajowych systemach monitorowania i sprawozdawania dotyczących leków (z wykorzystaniem np. bezpłatnych linii telefonicznych dla informatorów),

- prowadzić lobbing na rzecz obniżania cen leków, co może zmniejszyć zagrożenie spożywania leków fałszowanych,

- prowadzić lobbing w sprawie odpowiednich regulacji prawnych.

Realizując zadania terapeutyczne pielęgniarki monitorują działania pożądane oraz skutki i efekty uboczne stosowanych leków. Muszą więc być szczególnie wrażliwe na wszelkie oznaki fałszowania, takie jak niewłaściwe opakowanie czy etykietowanie. Pielęgniarki odgrywają także kluczową rolę w edukowaniu społeczeństwa, informowaniu o zagrożeniach związanych z kupowaniem leków przez Internet lub na ulicach/straganach oraz z nieuprawnionych źródeł. Walcząc z fałszowaniem leków, pielęgniarki dbają o bezpieczeństwo pacjentów, podnoszą jakość świadczonych usług.

Tło: Według definicji WHO, leki fałszowane to takie, które w zamierzony i celowy sposób są fałszywie etykietowane jeśli chodzi o jakość (skład) i/lub źródło pochodzenia. Mogą one obejmować produkty zawierające właściwe składniki, ale źle opakowane, lub zawierające złe składniki, niezawierające składników aktywnych lub zawierające niewystarczającą ich liczbę.

Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna definiuje leki fałszowane jako leki niewłaściwie etykietowane w sposób celowy i zamierzony, jeśli chodzi o ich działanie, skład i/lub źródło pochodzenia – dotyczy to zarówno końcowego produktu farmaceutycznego, jak i składników wykorzystywanych do ich przygotowywania. Natomiast **lek nietrzymający standardów**, według WHO, to lek wytwarzany przez upoważnionych do tego producentów, który nie spełnia specyfikacji i norm jakościowych. Należy podkreślić, że pielęgniarki w codziennej praktyce mogą pomagać w identyfikowaniu produktów fałszowanych, przez bezpośrednią obserwację pacjentów i zażywanych przez nich leków. Jeżeli pacjenci zgłaszają, że:

- lek nie przynosi efektu,
- lek przynosi efekt inny niż oczekiwany,

- lek jest niewłaściwie opakowany (np. uszkodzone lub niewłaściwe opakowanie, brak daty ważności),

- lek ma inny niż zazwyczaj smak, wygląd czy konsystencję pielęgniarce powinny sprawdzić lek pod względem jego legalności i wdrożyć obowiązującą procedurę postępowania.

Pielęgniarki mogą doradzać pacjentom niekupowanie leków przez Internet, ze względu na brak gwarancji autentyczności produktu. Innym problemem są podróże międzynarodowe i kupowanie leków w krajach odwiedzanych przez turystów, nieopinionowanych o istniejącym zagrożeniu.

Fałszowane leki stanowią ponad 10% wszystkich leków na świecie dostępnych na rynku, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Leki fałszowane zabiły już tysiące ludzi na świecie.

Według szacunków WHO do 25% leków stosowanych w krajach nieuprzemysłowionych to produkty fałszowane lub nietrzymające standardów prawa farmaceutycznego. W krajach ubogich do 25% leków jest fałszowanych, zwłaszcza te sprzedawane na ulicy. Koncerny farmaceutyczne za ośrodki handlu lekami fałszowanymi uważają Chiny, Nigerię i kraje byłego ZSRR, poza tym Egipt, Pakistan, Indie i Indonezję.

Leki fałszowane są niebezpieczne i nieskuteczne. Powodują marnowanie środków na ich zakup, ewidencjonowanie, transport i sprzedaż, nie przynoszą żadnego lub niemal żadnego pożądanego skutku, a często powodują pogorszenie stanu pacjenta (zatrucie, niepełnosprawność lub nawet zgon).

Poniższe dane pokazują, jak rozpowszechnione są na świecie leki fałszowane

- 1 na 10 leków sprzedawanych na świecie jest fałszowana, nie ma żadnego efektu terapeutycznego, ale generuje 32 mld USD dochodu rocznie.

- Ostatnie badanie WHO dotyczące równorzędności przygotowań na wypadek epidemii malarii w 7 krajach afrykańskich ujawniło, że 38% tabletek chlorokiny i 90% tabletek sulfadoksyny nie trzymało standardów.

- Badanie opublikowane w The Lancet wykazało, że 40% leków z grupy najlepszych na malarię nie zawierały aktywnych składników, a więc nie miały żadnego oddziaływania terapeutycznego.

- WHO szacuje, że około 200 000 zgo-

nów rocznie spowodowanych malarią można by uniknąć, gdyby zapewnić odpowiednią jakość leków.

- Badanie WHO dotyczące leków fałszowanych, przeprowadzone w 20 krajach między styczniem 1999 a październikiem 2000 wykazało, że w 60% z 325 przypadków w lekach brakowało aktywnego składnika.

- W badaniu WHO (1992-1994) stwierdzono, że 51% leków fałszowanych nie zawierało składnika aktywnego. Kolejne 17% zawierało niewłaściwy składnik, 11% – słabszy niż zalecany. W rzeczywistości część tych „leków” zawierała trucizny, mogące powodować poważne schorzenia lub nawet zgon. Tylko 4% z nich zawierało tę samą ilość i jakość składnika co leki wiarygodne.

- W roku 2003 WHO poinformowała, że wśród leków fałszowanych wykrytych w latach 1999-2002 najwięcej było środków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych, przeciwmalarycznych, leków na astmę, alergię, antybiotyków, hormonów i sterydów.

Ogromnym zagrożeniem dla pacjenta jest także zakup leków przez Internet, zwłaszcza że źródeł innych niż oficjalne witryny aptek czy firm farmaceutycznych. W roku 1999 Amerykańskie Towarzystwo Menedżerów Aptek podjęło walkę z nielegalnymi aptekami internetowymi, tworząc wolontariacki program do weryfikowania stron farmaceutycznych (VIPPS). Ma on pomagać ludziom w rozpoznawaniu wiarygodnych stron farmaceutycznych, odpowiadających wymogom prawnym federalnym i stanowym. Podobne rozwiązania są przygotowywane także w innych krajach. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek wraz z partnerami społecznymi po raz kolejny włączyła się w światową akcję przeciwko fałszowanym lekom zachęcając pielęgniarki do aktywnego działania w programie.

Więcej <http://www.icn.ch/news/whats-new/whpa-briefing-on-combating-counterfeit-medicines.html>

Warszawa, 22 września 2010 r.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

Zarząd Główny

www.ptp.nal.pl

Al. Reymonta 8 lok. 12

tel. +48 22 663 63 45;

fax: +48 22 398 18 51;

email: zgptpiel@gmail.com;

Stanowisko Nr 51

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie odrzucenia niekorzystnych dla samorządu pielęgniarek i położnych zmian w projekcie ustawy o działalności leczniczej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z treścią projektu ustawy o działalności leczniczej, zmieniającej m. in. ustawę z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej wyraża stanowczy protest przeciwko zawartym w niej uregulowaniom, godzącym w podstawy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie daje przyzwolenia na odbieranie samorządowi zawodowemu prawa do prowadzenia rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, czuwania nad jego aktualizacją i przestrzeganiem przepisów prawa.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że samorządy zawodowe w obecnym kształcie były jedną ze zdobyczy wolności, a dla jego członków są gwarantem ochrony zawodu w szeroko pojętym tego słowa znaczeniu

Uzasadnienie:

Art. 104 ust. 1 projektu ustawy o działalności leczniczej przewiduje, iż organem prowadzącym rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (m.in. pielęgniarek i położnych) jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W konsekwencji wykreślono zapisy art. 24a 25b oraz art. 25d — 27, 27b — 30a obecnie obowiązującej ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 57 poz. 602 ze zm.). Tym samym okręgowe rady pielęgniarek i położnych zostały całkowicie pozbawione przysługującego im uprawnienia do prowadzenia rejestru indywidualnych, specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych oraz do kontroli prawidłowości prowadzenia powyższych praktyk przez pielęgniarki i położne, nadzoru nad działalnością regulowaną pielęgniarek i położnych.

W uzasadnieniu powyższego projektu ustawy projektodawca wskazuje jedynie, iż celem wprowadzenia powyższych zmian jest stworzenie publicznego, jawnego jednolitego rejestru, co przyczyni się do wzmocnienia praw pacjenta, przez zapewnienie szerszego i łatwiej-

szego dostępu do informacji o wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą. Powyższe lakoniczne uzasadnienie nie może w opinii NRPIP stanowić wyłącznej podstawy wprowadzenia tak daleko idącej centralistycznej, systemowej zmiany zasad rejestracji i prowadzenia działalności regulowanej pielęgniarek i położnych.

Należy wyraźnie wskazać, iż powyższe uprawnienia okręgowych rad pielęgniarek i położnych są zagwarantowane nie tylko w aktualnie obowiązującej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, lecz również w skierowanym do pierwszego czytania w Sejmie RP rządowym projekcie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Powyższe działania należy więc uznać za kuriozalne z uwagi na brak elementarnych zasad logiki i konsekwencji projektodawców.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP samorządy zawodowe reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawują pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. W opinii NRPIP powyższe regulacje zawarte w projekcie ustawy o działalności leczniczej pozbawiające samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych prawa do prowadzenia rejestrów działalności regulowanej i nadzoru nad działalnością regulowaną pielęgniarek i położnych są niezgodne z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, gdyż realnie wyłączają prawo samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarki i zawodu położnej.

W związku powyższym NRPIP stanowczo domaga się utrzymania dotychczas obowiązujących regulacji w powyższym zakresie i odrzucenia propozycji przedstawionych w projekcie ustawy o działalności leczniczej.

Sekretarz NRPIP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPIP
Elżbieta Buczkowska

Monika Zajac
licencjat pielęgniarstwa
4 Wojskowy Szpital Kliniczny
we Wrocławiu

Bulimia psychiczna została zakwalifikowana do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Kształtowanie modelu opieki pielęgniarstwiej wobec osoby z tego typu zaburzeniami powinno opierać się przede wszystkim na postawieniu sobie pytania: czym jest zdrowie psychiczne i czym jest choroba psychiczna. Powszechnie przyjmuje się, że zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia emocjonalnego, które umożliwia sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie, uzyskiwanie satysfakcjonujących dokonań i pozwala na rozwój osobowości. Natomiast choroba psychiczna określana jest jako zaburzenie psychiczne, której cechami charakterystycznymi są zmiany w zakresie myślenia, postrzegania, świadomości, woli, działania i innych czynności psychicznych, które mogą prowadzić niekiedy do zaburzeń zachowania w środowisku społecznym.

Skuteczność opieki pielęgniarstwiej jest przede wszystkim uwarunkowana holistycznym podejściem do pacjentki, oraz wysokim poziomem samoakceptacji, pozytywnym kontaktem z własnymi emocjami, otwartością na ludzi i umiejętnością wchodzenia w unikatowe relacje interpersonalne.

Główne cechy kształtowania tych relacji to: empatia, profesjonalizm, sztuka zdobywania zaufania, wysokie standardy moralne, altruizm.

Podstawową rolę w rozwoju wszystkich dyscyplin (także w rozwoju pielęgniarstwa) odgrywają wielkie teorie, jako wiodące modele koncepcyjne. W modelach są zawarte idee związane z pielęgniarstwem, zarówno w przeszłości, jak i współcześnie, sięgają także w przyszłość pielęgniarstwa i ukierunkowują rozwój edukacji, praktyki i pielęgniarstwiej badań naukowych. Często są stosowane w praktyce pielęgniarstwiej.

Z powyższych rozważań wynika, że świadczenie profesjonalnej opieki pielęgniarstwiej powinno mieć mocne podstawy teoretyczne, być oparte na wiedzy i skoncentrowane na człowieku, w jego wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym.

Modele w pielęgniarstwie przyczyniają się przede wszystkim do podniesienia jakości świadczonej opieki oraz rozwijają abstrakcyjne myślenie pielęgniarki.

Pielęgniarka dobrze przygotowana teoretycznie wykazuje się większą kreatywnością w prak-

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTKĄ LECZONĄ Z POWODU BULIMII PSYCHICZNEJ (CZĘŚĆ II)

tyce, z teorii czerpie inspirację do działania.

Można przypomnieć tutaj stwierdzenie Pasteura: „Praktyka bez teorii jest jedynie rutyną, tylko teoria może przynieść i rozwinąć ducha inwencji”.

Najlepszym modelem do opieki nad pacjentką z bulimią psychiczną jest model, który będzie traktował holistycznie. Właściwie wszystkie modele pielęgniarstwa podchodzą do człowieka całościowo, ale ja zdecydowałam się na przedstawienie modelu adaptacyjnego Callisty Roy.

Model ten, operując czterema wymiarami, pomaga kształtować nastawienie do życia, zdrowia oraz własnej osoby, w tym również do własnego ciała, co jest szczególnie istotne w przypadku chorych na bulimię, których podstawowym problemem jest właśnie zaburzony obraz własnego ciała i niska samoocena. Dodatkowo model ten rozwija w człowieku umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach i wspomaga jego rozwój, nakłaniając osobę chorą do prób samodzielnego rozwiązywania problemów.

Życiorys Callisty Roy

Callista Roy urodziła się 14.10.1939 roku w Los Angeles. Mając czternaście lat podjęła pracę w szpitalu (początkowo jako salowa, następnie jako pomoc pielęgniarska). Poszukując drogi życiowej, podjęła decyzję o przystąpieniu do Świeckiego Zgromadzenia Sióstr św. Józefa z Carondeletu. W roku 1963 uzyskała stopień bakałarza w Mount Saint Mary's College. Podjęła dalszą edukację na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles i uzyskała następujące stopnie: magistra w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego (1966) i magistra w dziedzinie socjologii (1975). W 1977 roku uzyskała tytuł doktora socjologii. Callista Roy przez wiele lat pracowała jako nauczycielka. Obecnie jest profesorem w Boston College, Massachusetts i członkiem wielu organizacji pielęgniarzkich.

Prace nad modelem

Inspiracje do pracy nad modelem koncepcyjnym Callista Roy czerpała z zajęć prowadzonych przez D. E. Johnson na Uniwersytecie Kalifornijskim oraz z praktycznych doświadczeń w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego. Wstępne założenia modelu opracowane zostały w latach 1964 – 1966, a w kolejnych latach pracowała ona nad jego dalszym rozwojem.

Po raz pierwszy został on opublikowany jako część pracy magisterskiej pod kierunkiem D. E. Johnson w 1970 roku w Mount Saint Mary's College w Los Angeles. Następnie po dokonaniu kolejnych zmian, został włączony do programów kształcenia pielęgniarzek. W ciągu wielu lat był rozwijany i modyfikowany. Obecnie wykorzystywany jest w edukacji pielęgniarzek, badaniach naukowych i praktyce pielęgniarstwa (zwłaszcza wobec osób przewlekle chorych).

Model adaptacyjny Callisty Roy – założenia podstawowe

Podstawowe pojęcia dla pielęgniarstwa, takie jak: A) osoba, B) zdrowie, C) środowisko, D) pielęgnowanie, Callista Roy przedstawia w odniesieniu do adaptacji.

Ad. A. Osoba jest ujęta w sposób holistyczny.

Callista Roy uważa, że człowiek jest systemem otwartym, jest całością, na którą składają się poszczególne elementy. Całość jest nową jakością, a więc czymś więcej niż sumą tych części. Systemem może być pojedyncza osoba, grupa ludzi, rodzina. W modelu tym Callista Roy zarówno człowieka, jak i rodzinę lub grupę, określa jako odbiorców opieki.

Człowiek pozostaje w ciągłej interakcji ze zmieniającym się środowiskiem. W każdym dniu doświadcza zmian, na przykład: zmiany pogody, zmiany otaczających ludzi, zmiany nastrojów czy zmiany pożywienia.

Między człowiekiem a środowiskiem zachodzi ciągła wymiana informacji, materii i energii oraz sprzężenie zwrotne, co oznacza, że człowiek nie tylko posiada zdolność przystosowania się do środowiska, ale sam może również na nie wpływać poprzez reakcje adaptacyjne.

Człowiek jako system otwarty stale reaguje na bodźce płynące ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego.

Callista Roy wyróżnia trzy rodzaje bodźców: – **bodźce ogniskowe** czyli takie, które wywołują natychmiastową reakcję organizmu; – **bodźce towarzyszące** czyli wszystkie zewnętrzne i wewnętrzne czynniki towarzyszące bodźcom ogniskowym, które wpływają na ostateczną odpowiedź organizmu, na przykład czynniki środowiskowe; – **bodźce pozostałe** – to czynniki wewnątrz lub zewnątrz organizmu, których wpływ jest niejasny i niespecyficzny.

Wszystkie bodźce wewnętrzne i zewnętrzne, stymulujące człowieka do reakcji adaptacyjnej, określa się jako „wejściowy system bodźców” (input), coś co wnika do systemu i wywołuje określoną reakcję, wynik (output).

Człowiek, aby radzić sobie ze zmieniającym się środowiskiem, wykorzystuje wrodzone lub nabyte mechanizmy pochodzenia biologicznego, psychicznego lub społecznego.

Przykładem mechanizmów wrodzonych może być uczucie głodu, pragnienia czy wytwarzanie przeciwciał przeciwko antygenom lub krzepnięcie krwi.

Mechanizmy nabyte to na przykład ubieranie się w przypadku zimna, rozbieranie w przypadku gorąca czy odkażanie i opatrywanie ran.

Mechanizmy obronne wrodzone związane są z tzw. **podsystemem regulacyjnym**, który funkcjonuje w oparciu o procesy fizjologiczne regulowane głównie przez układ nerwowy i endokryny. Mechanizmy obronne nabyte reguluje **podsystem poznawczy**, wyuczony, w którym biorą udział: pamięć, uczenie się i procesy emocjonalne. Wynikiem uruchomienia tych mechanizmów obronnych są określone zachowania, które, jeśli są efektywne, prowadzą do adaptacji człowieka, a jeśli są nieefektywne stają się przyczyną nieadaptowania się do środowiska.

Adaptacja to kluczowe pojęcie modelu Callisty Roy. Jest ono definiowane jako **proces lub jako stan. Proces adaptacji** przebiega począwszy od zadziałania bodźca, poprzez uruchomienie mechanizmów obronnych, aż do wystąpienia określonych zachowań. **Stan**, to inaczej „bycie zaadaptowanym”, bycie w równowadze ze środowiskiem. Adaptacja jest zdaniem Callisty Roy czymś pozytywnym, twórczym, służy rozwojowi człowieka, inspiruje go do działania.

Pozytywna reakcja na zmianę środowiska, czyli adaptacja, promuje zdrowie. W odwrotnym przypadku nieefektywne reakcje na działającą stymulację zaburzają integrację jednostki, w związku z czym zaburzają jej stan zdrowia (wywołują chorobę).

Im poziom adaptacji jest wyższy, tym większa jest zdolność człowieka do wytworzenia reakcji adaptacyjnej w przyszłości. Jeśli bodziec oddziałuje w zakresie radzenia sobie człowiekowi, to wtedy do osiągnięcia stanu równowagi wystarczą zwykle stosowane przez niego mechanizmy obronne. Je-

śli natomiast działający bodziec przekracza możliwości adaptacyjne, to wtedy człowiek jest zmuszony do poszukiwania i uruchamiania nowych mechanizmów obronnych, w celu wywołania reakcji adaptacyjnej.

Człowiek potrzebuje adaptacji w czterech wymiarach: fizjologiczno-fizycznym, koncepcji własnej osoby, pełnionych ról i współzależności. Adaptacja w powyższych wymiarach zapewnia integrację biopsychospołeczną.

Wymiar fizjologiczno-fizyczny

Integracja w tej sferze zapewniona jest głównie dzięki podsystemowi regulacyjnemu, obejmującemu zachowanie równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej oraz regulacyjnej funkcji układu nerwowego i endokrynnego. Integracja ta przejawia się prawidłowym funkcjonowaniem w następujących zakresach: zaopatrzenie w tlen, odżywianie, wydalanie, aktywność i odpoczynek, ochrona związana z zachowaniem ciągłości skóry i odpornością, narządy zmysłów, czyli kanały, przez które wnika i jest przetwarzana informacja.

Koncepcja własnej osoby i identyfikacji siebie w grupie

Wymiar integracji w tym zakresie jest definiowany jako „zespół przekonań i uczuć dotyczących własnego ja i sposobu spostrzegania własnej osoby przez innych.”

Na koncepcję własnej osoby składa się: „ja fizyczne” czyli poczucie własnego ciała; „ja idealne”, czyli wyobrażenie o tym, kim człowiek chciałby być lub co chciałby osiągnąć; „ja racjonalne”, czyli dążenie do utrzymania samoorganizacji i unikania zaburzeń równowagi oraz „ja moralne, etyczne, duchowe”, czyli przekonania, systemy wartości i samoocena.

Osobę zintegrowaną w tym zakresie cechuje wysoki poziom samoakceptacji, szacunek dla siebie i pozytywne postrzeganie zarówno swojego ciała, jak i siebie jako osoby.

Pełnione role

Wyróżnia się trzy rodzaje pełnionych ról. Są one realizowane poprzez zachowania o charakterze instrumentalnym (fizycznym) i ekspresyjnym (wyrażane emocje, postawy):

- role pierwszorzędne – określone przez wiek, płeć, etap rozwoju (np. rola matki, ojca, dziadka, babci),
- role drugorzędne – to role zawodowe,
- role trzeciorzędne – zależące od wyboru jednostki, jej zainteresowań.

Osoba zintegrowana w tej sferze prawidłowo wypełnia swoje role, potrafi je łączyć i czerpać z nich satysfakcję.

Współzależności

Współzależności oznaczają wolę oraz umiejętność dawania innym oraz otrzymywania od in-

nych wartości takich, jak miłość, szacunek, czas, zdolności, wiedza, opieka itp. Osobę zintegrowaną w tym zakresie cechuje wyrównany stan emocjonalny, umiejętność budowania trwałych i wartościowych związków z innymi ludźmi oraz umiejętność dawania i otrzymywania.

Ad. B. Zdrowie według Callisty Roy, to „stan i proces” stawania się osobą w pełni zintegrowaną. Zdrowie jako stan to „lustrzane odbicie procesu adaptacji”. Zdrowie jako proces to dążenie jednostki do osiągnięcia maksymalnego potencjału poprzez regularną aktywność fizyczną, racjonalne odżywianie, unikanie nałogów.

Osoba zintegrowana jest zdolna do osiągania takich celów, jak przeżycie, wzrost i rozwój czy mistrzostwo w jakiejś dziedzinie, a ostatecznym celem jest osiągnięcie pełnego rozwoju swoich sił i możliwości. Integracja osoby jako całości obejmuje integracje w czterech, wymienionych wcześniej zakresach. Zdrowie określane jest zatem bez odniesienia do choroby i oznacza dobrostan człowieka. Natomiast brak integracji to brak zdrowia.

Ad. C. Środowisko według Callisty Roy, to „wszystkie warunki i okoliczności, które otaczają i wpływają na rozwój i zachowanie się człowieka lub grupy”. Środowisko jest źródłem stymulacji, dlatego też każda stymulacja, zarówno zewnętrzna jak i wewnętrzna, jest częścią środowiska człowieka.

Zdaniem Callisty Roy, pielęgniarki powinny nie tylko pomagać ludziom w adaptacji do środowiska, ale również przyczyniać się do jego zmian poprzez podejmowanie decyzji w sprawach zdrowia, edukacji i polityki zdrowotnej oraz ekologii.

Ad. D. Pielęgniarstwo, według Callisty Roy, ma podejście naukowe i praktyczne. Pielęgniarstwo naukowe powinno opisywać i wyjaśniać procesy życiowe człowieka, w skład których wchodzi: myślenie, wartościowanie, pozostawanie w relacjach, odczuwanie, działanie.

Praktyka pielęgniarstwa (działania pielęgniarstwie) powinna być oparta na podstawach naukowych, wspierać i promować adaptację człowieka, czyli dbać o jego dobrostan biopsychospołeczny. Promowanie procesu adaptacji, które stanowi cel pielęgniarstwa, ochrania energię człowieka, umożliwiając jej wykorzystanie w procesie zdrowienia.

Callista Roy wprowadzając pojęcie „radzenia sobie” zwracała uwagę na fakt, że chodzi o mechanizm adaptacji do sytuacji wytworzonej przez chorobę. W związku z tym zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie pacjenta do radzenia sobie z problemami dotyczącymi jego i jego rodziny. Natomiast do zadań pielęgniarki nie należy rozwiązywanie problemów pacjenta (choć czasami

może się to okazać konieczne), lecz raczej przygotowanie jego i jego rodziny do tego, aby pacjent sam sobie radził ze swoimi problemami, i aby rodzina optymalnie przystosowała się do zmienionej przez chorobę sytuacji.

Według Callisty Roy pomoc człowiekowi w osiągnięciu możliwie pełnej adaptacji do środowiska jest możliwe dzięki realizacji **procesu pielęgniarstwa**. Autorka wymienia sześć etapów tego procesu:

I etap – zbieranie danych o zachowaniach będących wynikiem uruchomienia mechanizmów obronnych człowieka, związanych z wymienionymi powyżej czterema zakresami adaptacji.

II etap – zbieranie danych o działających bodźcach zewnętrznych i wewnętrznych, które wywołały określone zachowania. Poprzez ich ocenę pielęgniarka stara się dotrzeć do przyczyny problemu. W etapie tym ważne jest również określenie czynników wpływających na zachowania człowieka takich, jak: czynniki kulturowe (np. status socjoekonomiczny, wierzenia i poglądy); czynniki rodzinne (struktura rodziny); czynniki związane z etapem rozwojowym (wiek, płeć); czynniki związane z procesami poznawczymi (percepcja, wiedza i umiejętności) oraz środowiskowe (zmiany środowiska zewnętrznego, leczenie farmakologiczne, nałogi).

III etap – diagnoza pielęgniarstwa, która jest wynikiem analizy zebranych danych i polega na rozpoznaniu poziomu adaptacyjnego człowieka. Według Callisty Roy diagnoza pielęgniarstwa powinna określać reakcje człowieka na bodźce, np. w bulimii psychicznej: ból w jamie ustnej spowodowany obecnością obrzęku i zaczerwienienia dziąseł oraz nadżerek na tylnej ścianie gardła, lub nieprawidłowości w zakresie jednego lub kilku zakresów adaptacji, np. izolacja społeczna z powodu niskiej samooceny.

IV etap – wyznaczenie celów, czyli określenie takich zachowań, które człowiek powinien sam wypracować, aby osiągnąć stan adaptacji.

V etap – planowanie, czyli uzgodnienie razem z pacjentem sposobów radzenia sobie z działającymi bodźcami.

VI etap – ocena końcowa, która polega na porównaniu osiągniętych zachowań z założonym poziomem adaptacji.

W bulimii psychicznej mamy do czynienia z zaburzeniami adaptacji w obrębie czterech zakresów: fizjologicznego, koncepcji siebie, pełnionych ról i współzależności. Szczególnie zwraca uwagę brak adaptacji w wymiarze dotyczącym koncepcji siebie, co objawia się niskim poziomem samoakceptacji, brakiem lub zmniejszonym szacunkiem do siebie i zniekształconym wizerunkiem własnego ciała. Ów zniekształcony obraz siebie może spowodować rozwinięcie się choro-

by. Pod wpływem oddziaływania środowiska kobieta narzuca sobie błędne wartości i niewłaściwą samoocenę odnośnie własnej sylwetki, wyglądu. Nie mogąc sprostać nowym, narzuconym kryteriom zaczyna odchudzać się, pościć, uprawiać intensywnie ćwiczenia fizyczne, a lęk przed przytęciem powoduje objadanie się, a następnie przeczyszczanie, na przykład poprzez wymioty. Osoba przestaje sobie radzić – bodźce są zbyt mocne, a mechanizmy obronne zbyt słabe. Wspomniane powyżej nieefektywne zachowania (jako reakcje na bodźce), wzmocnione często przez czynniki (np. kulturowe, rodzinne), które wpływają na te reakcje, stają się przyczyną niemożności adaptacji do środowiska i powolnej alienacji.

Model Callisty Roy jest modelem holistycznym, kształtującym nastawienie do życia, zdrowia i własnej osoby, w tym do własnego ciała. Szczególnie zwraca uwagę na rozwój człowieka i umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Na uwagę szczególnie zasługuje fakt, że w modelu tym pielęgniarka nie rozwiązuje problemów za pacjentkę, lecz raczej stara się nakłonić ją do zmierzenia się z nimi i ich samodzielnego

rozwiązywania. Dlatego też wydaje się, że w tym aspekcie model adaptacyjny Callisty Roy w największym stopniu kompleksowo odpowiada na problemy chorych na bulimię psychiczną, co zostanie przedstawione w części III artykułu.



Fotografia przedstawiają Callistę Roy. (źródło: Internet)

BIBLIOGRAFIA:

1. Blak -Kaleta A., Model adaptacji Callisty Roy, Pielęgniarstwo 2000, 1 (30)/97
2. Blak -Kaleta A., Model Callisty Roy, Pielęgniarstwo 2000, 2 (31)/97
3. Górąjek -Jóźwik J. (red.), Filozofia i teorie pielęgniarstwa, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007
4. Kawczyńska -Butrym Z., Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995
5. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L., Wybrane modele pielęgniarstwa, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001
6. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I: Założenia teoretyczne, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004
7. Wilczek-Rużyczka E., Komunikowanie się z chorym psychicznie, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007
8. Wilczek-Rużyczka E. (red.), Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007
9. Włodawiec B., Psychoterapia zaburzeń odżywiania się. Problemy emocjonalne, czynniki leczące, relacje z przebiegu terapii, Wydawca: Instytut psychospołeczny, Warszawa 2001
10. Wojnowska -Dawiskiba H. (red.), Wprowadzenie do teorii i praktyki pielęgniarstwa, Wydawca Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 2003



PROGRESSO

PROGRESSO SP. Z O.O

ul. Kościuszki 29/9, 50-011 Wrocław

tel.: 0 048 / 71 / 783 32 12/ 13 fax: 0 048 / 71 / 783 32 14

www.progresso.net.pl lub www.progressokursy.pl

Progresso sp. z o.o., dynamicznie rozwijająca się Firma, która od lat zajmuje się prowadzeniem specjalistycznych kursów i szkoleń oferując Państwu kurs w zakresie:

KURSY JĘZYKA ANGIELSKIEGO DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

Kursy takie przeznaczone są dla osób (personel szpitala: lekarze, pielęgniarki, personel administracyjny) dla początkujących lub pragnących poszerzyć znajomość terminologii oraz zastosowania języka fachowego z zakresu medycyny i nie tylko.

Zalety takiego kursu:

- Niskie koszty kursu – tylko 8 zł za godzinę lekcyjną (45 min.), a dodatkowo możliwość opłacania kursu w ratach,
- Małe grupy 8 – 12 osób,
- Zajęcia odbywają się 1 raz w tygodniu w bloku 120

- minutowym, w godzinach 16.00-18.00,
- Zajęcia mogą odbywać się w miejscu Państwa pracy lub w naszej siedzibie w centrum Wrocławia,
- Nacisk na konwersacje i wdrażanie terminologii medycznej,
- Raz w miesiącu spotkania z nativ - speakerem,
- Wykwalifikowana kadra najlepszych lektorów,

Obecnie zajęcia odbywają się:

**w Szpitalu Wojskowym przy ul. Weigla,
w Szpitalu Chorób Płuc przy ul. Grabiszyńskiej,
w naszej siedzibie przy ul. Kościuszki 29/9**

Serdecznie zapraszamy ! Szczegóły pod telefonem 722 366 900 lub 71/ 783 32 12



I Międzynarodowe Sympozjum Naukowe

„Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży”

Wrocław 9 - 10 grudnia 2010



Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu we współpracy z Krakowską Akademią im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie mają zaszczyt zaprosić:

przedstawicieli Władz Oświatowych i Samorządowych, nauczycieli i wychowawców, pracowników naukowych Uczelni Wyższych oraz Wyższych Szkół Zawodowych, lekarzy, pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów, dietetyków, studentów oraz wszystkich zainteresowanych proponowaną tematyką do udziału w Sympozjum.

HONOROWY PATRONAT SYMPOZJUM

JM Rektor Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr hab. Ryszard Andrzejak
Marszałek Województwa Dolnośląskiego Marek Łapiński –
Wrocławski Instytut Zdrowia Publicznego

KOMITET NAUKOWY:

Przewodniczący : dr hab. Andrzej M. Fal, profesor nadzwyczajny,
Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

CZŁONKOWIE:

doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD., Fakulta zdravotníctva
Katolíckej univerzity v Ružomberku
PhDr. Marcela Ižová, PhD., Fakulta zdravotníctva Katolíckej
univerzity v Ružomberku
Prof. dr hab. Jerzy Jaśkiewicz, Krakowska Akademia im.
Andrzeja Frycza - Modrzewskiego
dr n. med Mariola Seń, Akademia Medyczna im. Piastów
Śląskich we Wrocławiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja
Frycza - Modrzewskiego
dr n. med Anna Felińczak, Akademia Medyczna im. Piastów
Śląskich we Wrocławiu
dr n. med. Grażyna Dębska, Krakowska Akademia im. Andrzeja
Frycza - Modrzewskiego
dr n. przyrodniczych Krystyna Misiak, Akademia Medyczna im.
Piastów Śląskich we Wrocławiu
dr n. med. Dominik Krzyżanowski, Akademia Medyczna im.
Piastów Śląskich we Wrocławiu
dr.n.hum. Grażyna Szymańska-Pomorska, Akademia Medyczna
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

KOMITET ORGANIZACYJNY:

Przewodnicząca: dr n. med Mariola Seń
Zastępca: dr n. med Anna Felińczak
CZŁONKOWIE: mgr Jolanta Grzebieluch, mgr Dorota Kiedik,
mgr Iwona Klisowska, dr Piotr Karniej, mgr Iwona
Zborowska, mgr Anna Dąbek, dr n.med. Zofia Forys, mgr
Marzena Krysa, dr inż. Jerzy Greblicki, mgr inż. Faustina
Hama, dr n.med. Grażyna Cepuch

INFORMACJE ORGANIZACYJNE

Termin obrad: 9-10 grudnia 2010

Miejsce obrad: Audytorium Jana Pawła II,
Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego
Wrocław, ul. Borowska 213

Tematyka sesji:

1. Uzależnienia jako problem społeczny.
2. Profilaktyka i opieka nad dzieckiem chorym przewlekle.
3. Profilaktyka chorób zakaźnych.
4. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna w placówkach oświatowych.
5. Otyłość u dzieci i młodzieży jako problem medyczny i psychospołeczny.
6. Edukacja w otyłości.
7. Varia.

HARMONOGRAM:

Streszczenia należy nadsyłać do 30 września 2010 r. na adres
e-mail: konferencja2@o2.pl

Prace będą publikowane w monografii. Pełen tekst referatu
należy nadsyłać do 20 października 2010 r. na adres e-mail:
konferencja2@o2.pl

OPLATY

Oплата rejestracyjna wynosi 200zł płatne do 20 października
2010 r.

Wydruk pracy w monografii 150zł

Oplatę należy dokonywać na konto nr 35 1500 1793 1217 9000
9997 0000 z dopiskiem "Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci
i młodzieży"

Oplata rejestracyjna obejmuje:

-udział w sympozjum,
-udział w przerwie kawowej/obiedzie
-materiały konferencyjne
-imienny certyfikat uczestnictwa
Karta zgłoszenia do pobrania na stronie internetowej naszej Izby
www.doipip.wroc.pl

*„Nie umiera ten,
kto żyje w sercach i pamięci innych”*

Z głębokim żalem pożegnałyśmy naszą Koleżankę
– pielęgniarkę **JOLANĘ WOJTAS**
składając wyrazy współczucia i słowa otuchy
Jej najbliższym.
Na zawsze pozostanie w naszej pamięci

Pielęgniarka Naczelna, Przełożona Pielęgniarek
oraz koleżanka z Zespołu Klinik SPSK Nr 1
przy ul. Wrońskiego

Naszej Koleżance **KATARZYŃCE OBŁOCKIEJ**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci **Taty**

składają koleżanki z Oddziału Hematologii
i Transplantacji Szpiku SPSK nr 1 we Wrocławiu

Koleżance **BOŻENIE GÓRSKIEJ**
wyrazy żalu i słowa otuchy z powodu śmierci **Taty**
składa Zespół Położnych
przy Dolnośląskiej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych

Drogiej Koleżance **BOŻENIE GÓRSKIEJ**,
Położnej Oddziałowej Bloku Porodowego
wyrazy głębokiego współczucia w powodu śmierci **Taty**

składają Koleżanki Położne i Pielęgniarki Szpitala
Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

Koleżance **DOROCIE PAWLAK** z serca płynące słowa otuchy
z powodu śmierci **Mamy** składają koleżanki i koledzy

z Oddziału Chirurgii II
Dolnośląskiego Centrum Onkologii We Wrocławiu

Naszej Koleżance **ZOFII HARASIEWICZ**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
Teściowej

składają koleżanki z Oddziału Hematologii i Transplantacji
Szpiku SPSK nr 1 we Wrocławiu

Naszej Koleżance **GRAŻYŃCE BRONOWICKIEJ** wyrazy
głębokiego współczucia z powodu śmierci **Taty**

składają koleżanki z Oddziału Hematologii i Transplantacji
Szpiku SPSK nr 1 we Wrocławiu

Oddziałowej Oddziału Klinicznego
Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
mgr **ALEKSANDRZE GABRYŚ**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci **Ojca**

składa personel Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej ASK
przy ul. Borowskiej we Wrocławiu

*Zamknęły się ukochane oczy
Spoczęły spracowane ręce
Przestało bić kochane serce*

Naszej koleżance **HALINCE ŁAZARSKIEJ**
wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci **Mamy**

składają Przełożona Pielęgniarek i Położnych,
koleżanki pielęgniarki i położne
II Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii
ASK- Dyrekcyjna

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
naszej koleżance
MAŁGORZACIE GĘBURZE
z powodu śmierci **Taty**

składają koleżanki ze Specjalistycznego Zakładu
Profilaktyczno-Leczniczego "Provita"

Naszej drogiej Koleżance
AURELII BAJRAKOWSKIEJ
Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci **Mamy**

składają Przewodnicząca DORPiP członkowie Rady
i pracownicy biura DOiPiP

Naszej Koleżance **ANNIE SOMMER**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
Taty

składają koleżanki z Oddziału Hematologii
i Transplantacji Szpiku SPSK nr 1 we Wrocławiu

Naszej Drogiej Koleżance – **ANI SOMMER**
– wyrazy współczucia oraz szczerze słowa otuchy
z powodu śmierci **Taty**

składają, łącząc się w bólu,
pielęgniarki z Oddziału Transplantacji Szpiku
–Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi
i Transplantacji Szpiku z SPSK nr 1 we Wrocławiu

**OGŁASZA NABÓR NA:**

1. SPECJALIZACJE DLA PIEŁĘGNIAREK W DZIEDZINACH PIEŁĘGNIARSTWA: <ul style="list-style-type: none">• anestezyjologicznego i intensywnej opieki• chirurgicznego• pediatrycznego• psychiatrycznego• ratunkowego• i epidemiologicznego dla pielęgniarek i położnych	Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek (P) i położnych (A): <ul style="list-style-type: none">• Endoskopia (P)• Leczenie ran – nr 11/07 (P)• Leczenie ran – 12/07 (A)• Leczenie ran – odleżyny (P)• Leczenie ran – oparzenia (P)• Leczenie ran – owrzodzenia żyłne (P)• Medyczna pielęgnacja stóp (P)• Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową (P)• Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową (P)• Pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku (P)• Podstawy dializoterapii - nr 08/07 (P)• Podstawy opieki paliatywnej - nr 05/07 (P)• Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych (P i A)• Resuscytacja krążeniowo-oddechowa - nr 02/07 (P i A)• Szczepienia ochronne (P)• Szczepienia ochronne (A)• Terapia bólu przewlekłego u dorosłych (P)• Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeźnej oraz wykonanie dojścia doszypkowego (P) systemu Ratownictwa Medycznego)• Wykonanie i interpretacja zapisu EKG - nr 03/07 (P i A)• Żywienie enteralne i parenteralne (P) – 22-26, 29.XI.2010 r.
2. KURSY KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK W DZIEDZINACH PIEŁĘGNIARSTWA: <ul style="list-style-type: none">• anestezyjologicznego i intensywnej opieki• chirurgicznego• opieki długoterminowej• pediatrycznego• ratunkowego• rodzinnego• środowiska nauczania i wychowania• zachowawczego W PAŹDZIERNIKU 2010 R. ROZPOCZYMY SPECJALIZACJE: <ul style="list-style-type: none">• psychiatryczną – 21.X.2010r.• anestezyjologiczną• ratunkową KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA: • chirurgicznego KURSY SPECJALISTYCZNE: <ul style="list-style-type: none">• podstawy opieki paliatywnej• resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 7-9, 18-20.X.2010r. KURS DOKSZTAŁCAJĄCY: • proces pielęgnowania SZKOLENIA: • asertywność i komunikacja wewnętrzna w służbie zdrowia • nowoczesny i skuteczny menedżer służby zdrowia	

*więcej informacji o kursach oraz formularze zgłoszeń dostępne są na stronie www.ddskm.pl
terminy realizacji kursów są uzależnione od ilości zgłoszeń*

PODZIĘKOWANIE**Pani****JADWIDZE NIDZIŃSKIEJ**

Pielęgniarsce Oddziałowej
Oddziału Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki
przy ul. Borowskiej 213
Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

*W związku z przejściem na emeryturę
serdeczne podziękowania za wieloletnią
współpracę pełną osobistego zaangażowania,
za mądrość i rozwagę za służenie radą
i doświadczeniem.*

*Wraz z życzeniami zdrowia
oraz wszelkiej pomyślności w dalszym życiu
podziękowanie składają.*

Dyrektor,

*Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
Przełożona Pielęgniarek i Położnych
oraz pielęgniarki z Akademickiego Szpitala Klinicznego*

Zaginęło prawo wykonywania zawodu
numer: 4313322P.

wystawione dnia 9 listopada 2005r
przez Dolnośląską Okręgową Izbę
Pielęgniarek i Położnych
wydane na nazwisko: ANNA KARYŚ,

Zaginęło prawo wykonywania zawodu
nr 4311736P

wydane przez DORPiP we Wrocławiu
w dniu 14.08.2002r.
na nazwisko JOLANTA MATUSZ

Zaginęło prawo wykonywania zawodu
nr 4310790P

wydane przez DORPiP we Wrocławiu
dnia 22.08.2002r.
na nazwisko IRENA DOŁASIŃSKA

OŚRODEK KONSULTINGOWO-SZKOLENIOWY KADR MEDYCZNYCH JOLANTA WESTWALEWICZ

OFERTA SZKOLENIOWA - IV kwartał 2010 Rekrutacja -zapisy bezpośrednio w sekretariacie lub na naszej stronie internetowej.

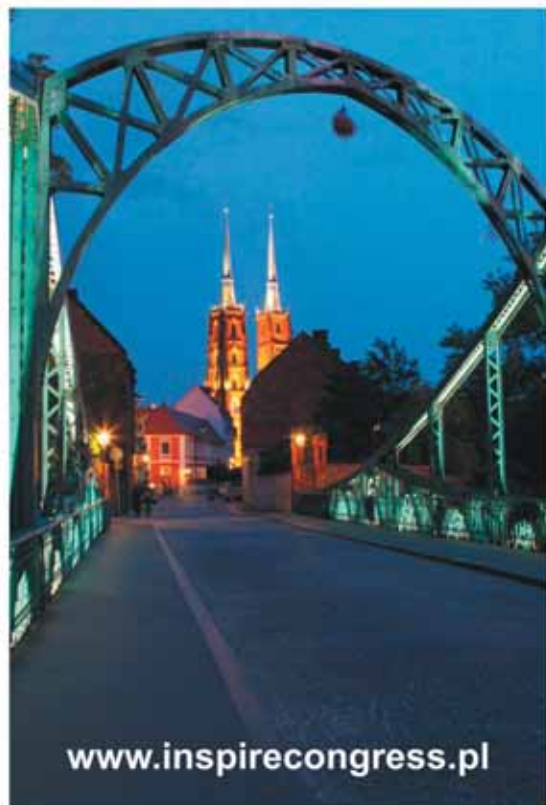
Zapraszamy do korzystania z naszej strony internetowej www.kadrmed.com.pl, która w łatwy sposób pozwoli Państwu nawiązać z nami bezpośredni kontakt i uzyskać więcej informacji.

KURSY KWALIFIKACYJNE	KURSY SPECJALISTYCZNE
<i>Dziedzina</i>	<i>Zakres</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ PIELĘGNIARSTWO RODZINNE ▶ PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE ▶ PIELĘGNIARSTWO W OCHRONIE ZDROWIA PRACUJĄCYCH ▶ PIELĘGNIARSTWO OPIEKI DŁUGOTERMINIOWEJ ▶ PIELĘGNIARSTWO ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA ▶ PIELĘGNIARSTWO NEFROLOGICZNE Z DIALIZOTERAPIĄ ▶ PIELĘGNIARSTWO RATUNKOWE ▶ PIELĘGNIARSTWO RODZINNE DLA POŁOŻNYCH ▶ PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI ▶ PIELĘGNIARSTWO ZACHOWAWCZE DLA PIELĘGNIAREK ▶ PIELĘGNIARSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ 	<ul style="list-style-type: none"> SZCZEPIENIA OCHRONNE DLA PIELĘGNIAREK (Nr 03/08) ▶ WYKONYWANIE I OCENY TESTÓW SKÓRNYCH WYKONYWANIE I INTERPRETACJA ZAPISU EKG (Nr 03/07) ▶ RESUSCYTACJA KRĄŻENIOWO ODDECHOWA (Nr02/07) ▶ SZCZEPIENIA OCHRONNE NOWORODKÓW (Nr 04/08) ▶ WYKONYWANIE BADANIA SPIROMETRYCZNEGO ▶ LECZENIE RAN Nr 11/07 ▶ PODSTAWY DIALIZOTERAPII (Nr 08/07) ▶ ENDOSKOPIA ▶ PODSTAWY OPIEKI PALIATYWNEJ (05/07) ▶ OPIEKA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ Z CUKRYCĄ (02/08) ▶ PROWADZENIE PSYCHOTERAPII PODSTAWOWEJ Z WYKORZYSTANIEM ELEMENTÓW PSYCHOTERAPII KWALIFIKOWANEJ

SPECJALIZACJA - PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE

Ośrodek Konsultingowo-Szkoleniowy Kadr Medycznych Jolanta Westwalewicz,
Sekretariat czynny w godzinach 10:00-16:00
TEL/FAX: (071) 7949707, KOM: 0 606-609-154 lub 0 600-385-716

53-680 Wrocław ul. Braniborska 2/10
KONTO OŚRODKA: mBank 76 1140 2004 0000 3102 5982 7608
E-MAIL: kadrmed@tlen.pl WEB: www.kadrmed.com.pl



www.inspirecongress.pl

Inspire Congress

Zapraszamy Panie Pielęgniarki do uczestnictwa w Konferencjach !

4-6 listopada 2010 r. Wrocław

VI Międzynarodowa Konferencja "Opieka paliatywna i hospicyjna wczoraj i dziś - w aspekcie medycznym, etycznym, psychologicznym, filozoficznym, społecznym i dydaktycznym"

www.opiekapaliatywna2010.pl

18-20 listopada 2010 r. Wrocław

Międzynarodowa Konferencja „Okulistyka - kontrowersje farmakoterapii i chirurgii”
Specjalnie przygotowany panel dla pielęgniarek poruszający tematy: jakość życia pacjentów po zabiegach okulistycznych, rola edukacji pielęgniarki w AMD i jaskrze, epidemiologia w okulistyce.

www.okulistyka-kontrowersje.pl

17-18 grudnia 2010 r. Wrocław

I Międzynarodowe Sympozjum Naukowe „Co nowego w pediatrii i onkologii ?”
Panel dla pielęgniarek - Humanizm w pielęgniarstwie onkologicznym:

1. Pielęgnowanie skóry i błon śluzowych u pacjentów leczonych metodą radioterapii
2. Zakażenia grzybicze w oddziale hematologiczno-onkologicznym - rola pielęgniarki
3. Opieka pielęgniarska nad terminalnie chorym
4. Rola i zadania pielęgniarki w profilaktyce zakażeń odcewnikowych krwi u dzieci z chorobą nowotworową
5. Opieka pielęgniarska nad dzieckiem przed, w trakcie i po chemioterapii
6. Opieka nad pacjentem u schyłku życia

www.nowosci.onko-ped.pl

KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA

lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, położnych, stomatologów, organizatorów ochrony zdrowia, samorządowców, socjologów, psychologów, pedagogów, studentów oraz osób, którym bliskie są problemy promocji zdrowia, profilaktyki i opieki w chorobach przewlekłych.

I STUDENCKA KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA

Wrocław 3-4 grudnia 2010 r.
Z CYKLU:/ZAKRESU

PROMOCJA ZDROWIA, PROFILAKTYKA I OPIEKA W CHOROBYCH PRZEWLEKŁYCH NA POZIOMIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

-CZYJ PROBLEM, CZYJE ZADANIE?

ORGANIZATORZY:

KATEDRA PIELĘGNIARSTWA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
AKADEMIA MEDYCZNA IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH we Wrocławiu
ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA KLINICZNEGO
INSTYTUT PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA
UNIwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
ZAKŁAD ZINTEGROWANEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
UNIwersytet Medyczny w Białymstoku
KATEDRA ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
UNIwersytet Medyczny w Lublinie
ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
oraz
DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „DOMMED” w Głogowie

Mają Zaszczyt Zaprosić:

lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, położne, stomatologów, organizatorów ochrony zdrowia, samorządowców,
socjologów, psychologów, pedagogów, studentów
oraz

osoby, którym bliskie są problemy promocji zdrowia, profilaktyki
i opieki w chorobach przewlekłych,
do udziału w Konferencji:

PROMOCJA ZDROWIA, PROFILAKTYKA I OPIEKA W CHOROBYCH PRZEWLEKŁYCH NA POZIOMIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

-CZYJ PROBLEM, CZYJE ZADANIE?

ZAPROSZENIE

www.wnoz.am.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

