

Sztuka Pielęgnowania

Nr 4 (8) Kwiecień 2013
ISSN 2299-8136



13 **Pielęgniarka autorką?**

14 **EBNP**

17 **Niewidzialna troskliwość
w niewidzialnym świecie**

21 **Pielęgnacja pacjenta z cewnikiem
w pęcherzu moczowym**

23 **Edukacja pacjenta
z przetoką tętniczo-żylną**

Aktualności
i wydarzenia

RR Refleksje
Redakcji

Pamiętnik

Praktyka
zawodowa

Warsztaty
Komunikacja i asertywność w zawodzie pielęgniarki.
Warszawa, 12 kwietnia 2013

Jakie problemy napotykamy w związku z porozumiewaniem się z innymi ludźmi? Dlaczego komunikacja w zawodzie pielęgniarki jest tak ważna? Jak poprawić jakość naszego porozumiewania się? Odpowiedzi na te pytania poznasz podczas naszych kwietniowych warsztatów „Komunikacja i asertywność w zawodzie pielęgniarki.” Z pewnością nie zanudzisz się tutaj wywodami na temat różnorodnych teorii komunikacji, za to nauczysz się PRAKTYCZNIE usprawniać proces porozumiewania się z ludźmi i zobaczysz, jak wiele korzyści potrafi on wnieść w Twoje życie – zarówno zawodowe, jak i osobiste.

Do kogo adresowane jest szkolenie?

- Do pielęgniarek i położnych, w tym także zarządzających.

Co osiągniesz dzięki udziałowi w szkoleniu?

- Rozpoznasz problemy, bariery i błędy w skutecznym porozumiewaniu się;
- Poznasz efektywne modele skutecznej komunikacji;
- Rozwiniesz w sobie umiejętność prowadzenia rozmów w bardzo interesujący sposób;
- Nauczysz się otwarcie i asertywnie wyrażać własne zdanie i mówić o swoich uczuciach;
- Będziesz potrafił asertywnie odmówić;
- Zdobędziesz umiejętności zarówno wyrażania uznania, jak i przyjmowania komplementów;
- Nauczysz się konstruktywnie przekazywać i odbierać krytykę;
- Zaczyniesz aktywnie słuchać i wzbudzasz w sobie duże pokłady empatii;
- Pokonasz lęk przed wypowiadaniem się na forum (a nawet to polubisz);
- Już zawsze będziesz świadom swoich praw, dzięki czemu wzrośnie Twoja pewność siebie;
- Zdobytą wiedzę i umiejętności zaowocują zarówno w Twoim życiu osobistym, jak i w codziennej pracy, poprawiając jakość Twoich rozmów z pacjentami i ich rodzinami, współpracownikami oraz kierownictwem.

Szczegóły na: sztukapielęgowania.pl

Warsztaty dla położnych

Pozycje wertykalne - poród aktywny

Warszawa, 25-26.05.2013 r.

Celem szkolenia jest przygotowanie położnych do stosowania nowych standardów wprowadzonych w opiece okołoporodowej i praktyczne przygotowanie do prowadzenia porodu fizjologicznego aktywnie wspierającego kobiety.

Tematyka szkolenia:

- ➊ Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do porodu – przygotowanie kobiety do aktywnego udziału w porodzie.
- ➋ Współpraca położnej z rodzącą i jej partnerem na sali porodowej w I okresie porodu.
- ➌ Wspieranie fizjologii porodu.
- ➍ Pozycje porodowe I i II okresu porodu – zajęcia praktyczne.
- ➎ Jak unikać patologizowania porodu i jak sobie z nią radzić.
- ➏ Techniki wspierające spontaniczne parcie – niebezpieczeństwa parcia kontrolowanego.
- ➐ Znaczenie pierwszego kontaktu „skóra do skóry” - noworodek na sali porodowej.
- ➑ Inne niezmedykalizowane spojrzenie na poród.

Sztuka Pielęgowania

WYDAWNICTWO

Wydawnictwo

Sztuka Pielęgowania

Katarzyna Trzpieł
Tel. 608 463 291
www.sztukapielęgowania.pl
info@szukapielęgowania.pl

Redakcja

Katarzyna Trzpieł

Współpraca

Michał Bancerowski
Beata Dobrowolska
Agnieszka Herzig
Dorota Jacyna
Lena Kozłowska
Elżbieta Krupińska
Klaudia Massalska
Wojciech Nyklewicz
Katarzyna Pawłowska
Anna Sykut

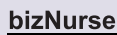
Korekta

Paulina Bator

Skład

GrantProjekt Studio Grafiki

Partnerzy:



Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy



Od redakcji

Chociaż za oknami ciągle zima, oddajemy do Waszych rąk pierwszy wiosenny numer Sztuki Pielęgowania. Również miesiąc temu odbyła się organizowana przez nas we współpracy z Zakładem Pielęgniarstwa Klinicznego WNoZ WUM konferencja Problemy współczesnego Pielęgniarstwa. Dziękujemy wszystkim osobom biorącym udział w zorganizowaniu konferencji, jak również uczestnikom. Specjalnie dla Czytelników Sztuki w tym i kolejnym numerze zamieszczamy streszczenia niektórych z zaprezentowanych prac.

W tym numerze piszemy o Niewidzialnej Wystawie i empatii u pielęgniarek. Czy mamy jej wystarczająco do świadczenia opieki nad drugim człowiekiem?

Czy kiedykolwiek zastanawialiście się jaki wpływ na nasz organizm ma zmianowy tryb pracy? Warto zapoznać się z informacjami na temat tego, jakie reakcje organizmu mogą wystąpić podczas pracy w godzinach nocnych, a także tego, kto posiada przeciwwskazania do tego typu pracy. W odniesieniu do naszych warunków pracy poruszamy również kwestie związane z wynagradzaniem pielęgniarek w Europie.

W stałych działach: Historia zawodu, tym razem autorki piszą o pielęgniarkach w czasie II wojny światowej. Obraz ich determinacji oraz dyscypliny zachowanej w jakże ciężkiej rzeczywistości pozwala spojrzeć na współczesne warunki pracy z zupełnie innej perspektywy. Studentki pielęgniarstwa w Pamiętniku wspominają międzynarodowe spotkanie studentów pielęgniarstwa, w którym uczestniczyły w Goslar.

W Praktyce zawodowej znajdziecie artykuły o edukacji pacjenta z przetoką żylną-tętniczą, zakażeniach układu moczowego oraz przeszczepianiu komórek krwi-twórczych. Liczymy, że te artykuły zaciekawia wszystkich czytelników oraz zachęcą na koniec do sprawdzenia samego siebie w dziale Sprawdź się.

Przygotowując ten numer zadaliśmy sobie w redakcji pytanie o to, jakie wydarzenie, film, książka wywarło na nas duże wrażenie. Okazuje się, że każdy z nas w różny sposób reaguje na poszczególne doświadczenia, a możliwości percepcji i analizowania sprawiają, że potrzebujemy dzielić się wrażeniami. Zachęcamy Czytelników nie tylko do czytania, ale również nadsyłania do nas własnych refleksji.

Redakcja

Sprostowanie do artykułu „Patofizjologia choroby wysokościowej” nr 03.2013

W marcowym numerze na stronie 21 zamieściliśmy na stronie 21 tekst „Patofizjologia choroby wysokościowej”, nieestety pod koniec tekstu wystąpił błąd. Zdanie: „W roku 2006 liczba ofiar wchodzących na Mont Everest przekroczyła 200.” powinno brzmieć „Do roku 2006 liczba ofiar wchodzących na Mount Everest przekroczyła 200.”. Przepraszamy autorkę tekstu i czytelników

Redakcja

Spis treści

Aktualności



6

Aktualności - Dokumentacja

Relacje



11

Problemy współczesnego Pielęgniarstwa

Rozwój zawodowy



13

Pielęgniarka - autorką?

Praktyka zawodowa



15

Przegląd wynagrodzeń pielęgniarek w Europie

- 6 Aktualności
- 9 Nadchodzące wydarzenia
- 10 Relacje

Rozwój zawodowy

- 13 Pielęgniarka - autorką?
- 14 Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach Evidence Based Nursing Practice
- 15 Przegląd wynagrodzeń pielęgniarek w Europie

Praktyka zawodowa

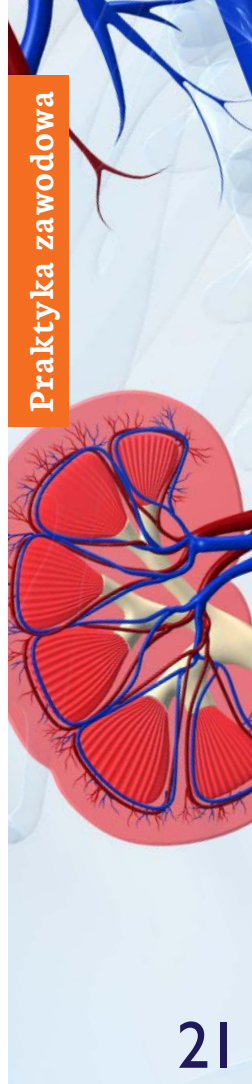
- 17 Niewidzialna troskliwość w niewidzialnym świecie - kształtowanie empatii
- 19 Wpływ pracy nocnej na zdrowie pielęgniarek
- 21 Pielęgnacja pacjenta z cewnikiem w pęcherzu moczowym
- 23 Edukacja pacjenta z przetoką tętniczo-żylną
- 25 Przeszczepianie komórek krwiotwórczych



Praktyka zawodowa

19

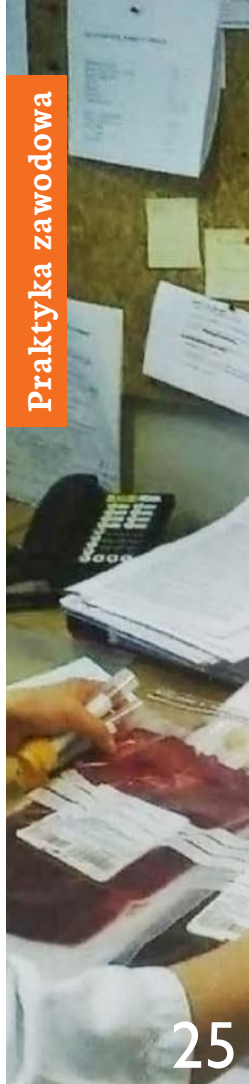
Wpływ pracy nocnej na zdrowie pielęgniarek



Praktyka zawodowa

21

Pielęgnacja pacjenta z cewnikiem w pęcherzu moczowym



Praktyka zawodowa

25

Przeszczepianie komórek krwiotwórczych



Refleksje Redakcji

28

Moje refleksje po wydarzeniu, książce, filmie...



Historia zawodu

31

Pielęgniarki na frontach II Wojny Światowej

RR czyli Refleksje Redakcji

28 Moje refleksje po wydarzeniu, książce, filmie...

Pamiętnik

33 Nie bój się wyzwań, każdy jakoś zaczyna! Część 1

Historia zawodu

31 Pielęgniarki na frontach II Wojny Światowej

Sprawdź się / Zapowiedzi

34 Sprawdź się

34 Zapowiedzi Maj 2013



Informacja o prenumeracie i newsletterze

Od lutego *Sztuka Pielęgnowania* dostępna jest tylko w formie prenumeraty elektronicznej. Zamówienia prenumeraty można składać bezpośrednio ze strony: www.sztukapielegnowania.pl.

Również na stronie możliwość zamówienia newslettera *Sztuki Pielęgnowania*.



Mgr Elżbieta Krupińska
Pielęgniarka anestezjologiczna

Dokumentacja w pracy pielęgniarki

Pielęgniarka ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów [1] oraz obowiązek udostępniania tej dokumentacji na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [2]. Rodzaj dokumentacji medycznej i zasady jej prowadzenia określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Pełny tekst tego rozporządzenia zawiera dokument z dnia 21 grudnia 2010 roku. Zmiana dokonana 17 maja 2012 roku dotyczyła głównie rejestru recept wystawianych na danego lekarza lub członka jego rodziny. Z uwagi na obowiązującą Ustawę z dnia 11 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, zostało ogłoszone Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w dniu 20 grudnia 2012 roku. Dokument nie wprowadza nowej dokumentacji, precyzuje i uaktualnia jedynie niektóre zapisy.

Najogólniej dokumentację medyczną (prowadzoną w postaci elektronicznej lub papierowej) można podzielić na indywidualną i zbiorczą oraz wewnętrzną i zewnętrzną. Rozporządzenie [3] podaje rodzaj dokumentacji (karty i księgi), która powinna zawierać określone dane o pacjentach, podmiotach leczniczych i świadczeniodawcach. Chociaż wytyczne są dość precyzyjne, nie mamy (poza nielicznymi) wzorów dokumentów, stąd różnorodność graficzna. Każda placówka może posługiwać się innymi wzorami pod warunkiem, że wszystkie określone w rozporządzeniu [3] dane są w nich zawarte. Prowadzenie dokumentacji medycznej jest czasochłonne, ale pozwala zachować ciągłość opieki nad pacjentem, stanowi podstawę wykazania naszej pracy, a w przypadkach spornych

jest dowodem na wykonane świadczenia i sprawowaną opiekę nad pacjentem zgodnie z zasadami lub przeciwnie, niedokładnie prowadzona dokumentacja medyczna może być atutem w ręku oskarżyciela. Warto zatem skoncentrować się na wymogach co do sposobu i celowości prowadzenia dokumentacji medycznej. Oto niektóre obowiązujące zasady:

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Oznacza to, że pielęgniarka nie może uzupełniać dokumentacji na koniec dyżuru czy następnego dnia, kiedy będzie mniej pracy. Przyzwyczajenie takie powoduje brak precyzji w sporządzaniu wpisów, pobieżne traktowanie tematu, pominięcie szczegółów lub dokonywanie tzw. dopisków obok czy na marginesie. Rozporządzenie wyraźnie mówi, że wpisy dokonywane są w porządku chronologicznym, czyli pod poprzednim tekstem, a każde uzupełnienie może być podstawą do wysunięcia podejrzenia nieprawego działania. Droga kwestia to czytelność wpisów. Ten problem załatwia dokumentacja elektroniczna, zaś forma papierowa wymaga precyzji nie tylko w merytoryce, ale również w czytelności.

Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

Coraz częściej w placówkach ochrony zdrowia pielęgniarki używają pieczątek, które zawierają wymagane dane. Sama jednak pieczęć nie jest wystarczająca, musi być uzupełniona podpisem. Kłopotliwa staje się przykładowa karta zleceń lekarskich, gdzie prawie niemożliwym jest autoryzacja każdego zlecenia (np. każda podana tabletką).

Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację

o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

Zapis jednoznaczny i nie wymagający komentarza. Żegnamy się z korektorem, markerem czy usuwaniem całych kartek dokumentu, kartki bowiem w dokumentacji papierowej muszą być numerowane. Numerowanie obowiązuje również na wydrukach z dokumentacji elektronicznej. Dodatkowo żaden dokument raz włączony do dokumentacji nie może być z niej usunięty.

Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

Dokumentacja indywidualna przed skompletowaniem całości często prowadzona jest na osobnych kartach, stąd powyższy wymóg w celu uniknięcia pomyłek.

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera (...) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgowania lub trybu życia.

Zwyczajowo kartę wypisową leczenia szpitalnego sporządza lekarz i zazwyczaj zalecenia koncentrują się na wpisaniu leków, które pacjent powinien zażywać, ew. informacji w jakiej poradni specjalistycznej powinien kontynuować leczenie. Zalecenia dotyczące pielęgowania, żywienia czy trybu życia z większością przypadków są pomijane.

Księga raportów pielęgniarskich zawiera oznaczenie podmiotu (pieczęćka placówki

z wymaganymi danymi), numer kolejny wpisu, treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania, statystykę oddziału (liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych), datę sporządzenia raportu i oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu.

W szpitalu raport pielęgniarski jest ważnym dokumentem pozwalającym w krótkim czasie uzyskać ogólną informację o przebiegu dyżuru. Nie jest to księga, w której opisujemy wszystkich pacjentów, a tylko szczególne zdarzenia. Konieczna jest zaś statystyka oddziału, numer kolejnego wpisu oraz pieczęć i podpis pielęgniarki, która sporządziła raport.

Placówka medyczna zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

Wymagania szczegółowe dotyczą warunków i czasu przechowywania dokumentacji. Ochrona obowiązuje również w czasie tworzenia dokumentów, co oznacza, że nie może być uzupełniana na mokrym stoliku, w trakcie śniadania czy przy okazji picia kawy. Tym bardziej, że przepisy sanitarne określają konieczność wskazania miejsca na posiłek w placówce medycznej.

Ostatnią kwestią, na którą warto zwrócić uwagę jest fakt składania podpisów w dokumentacji medycznej przez pacjenta. Nie wystarczy uzyskanie zgody na hospitalizację. Pacjent ma prawo wskazania osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, przy czym nie musi to być w obu przypadkach ta sama osoba. Analogicznie pacjent może zrezygnować z takich upoważnień. Wówczas swoją wolę również powinien potwierdzić podpisem. Problemem nie rozwiązany jednoznacznie jest

sytuacja, kiedy pacjent nie może wyrazić swojej woli ze względu na stan zdrowia.

Należyte prowadzenie dokumentacji medycznej jest obowiązkiem i stanowi nieodłączną część świadczonych usług medycznych. Przytoczone zasady są głównymi wytycznymi opartymi na Rozporządzeniu Ministra Zdrowia, ale rodzaj dokumentacji wynika nie tylko z omawianego dokumentu. Inne przepisy również nakładają wymagania w zakresie sporządzania określonych dokumentów. Przykładem mogą być przepisy dotyczące epidemiologii i zakażeń szpitalnych, procedur związanych z profilaktyką, szczepieniami czy leczeniem krwią i jej preparatami, transplantologią i szeregiem innych specyficznych na danym stanowisku pracy wytycznymi i wymogami.

Piśmiennictwo:

1. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki Polskiej
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Pacjent źródłem ekspozycji zawodowej pielęgniarek i położnych

W sytuacji, gdy pielęgniarka/położna ulegnie ekspozycji zawodowej należy jak najszybciej podjąć kroki w celu określenia ryzyka zakażenia, szczególnie wirusami HBV, HCV, HIV oraz w razie potrzeby wdrożyć postępowanie profilaktyczne. Jednym z elementów postępowania poekspozycyjnego jest pobranie krwi od pacjenta w kierunku obecności tych wirusów. Co zrobić, gdy pacjent nie wyraża zgody na pobranie krwi lub źródło ekspozycji jest nieznane?

Zgodnie z obowiązującymi aktami prawa pacjent ma prawo do odmowy udzielenia zgody na wykonanie zabiegu, w tym na pobranie krwi. W takiej sytuacji należy przeanalizować zarówno dostępne wyniki badań pacjenta, jak również wywiad z pacjentem, historię zdrowia i choroby, a także występujące objawy.

Podobnie, gdy pochodzenie skażonych przedmiotów, źródła ekspozycji nie jest znane należy przeanalizować sytuację szpitala, jacy pacjenci są leczeni w placówce, jakie były zabiegi danego

dnia, czy obecnie przebywają pacjenci mogący stanowić zagrożenie dla personelu. Nie jest zalecane badanie ostrych przedmiotów w kierunku wirusów. Fakt ekspozycji należy zawsze zgłosić i udokumentować.

Dokumentacja ekspozycji powinna zawierać dane: imię i nazwisko pracownika, datę i czas ekspozycji, szczegółowy opis zdarzenia i ekspozycji- należy dokładnie opisać narzędzie (igła, skalpel, mandryn) i jego wielkość, materiał zakaźny (krew, tkanki, inne), informację o pacjencie, od którego pochodziły narzędzia, czy osoba ekspozowana jest zaszczepiona przeciwko żółtaczce typu B, rodzaj wdrożonego i zaplanowanego postępowania.

Prawidłowo wypełniona dokumentacja ma znaczenie w przypadku kolejnych badań, leczenia oraz roszczeń odszkodowawczych. Zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi koszty postępowania poekspozycyjnego ponosi pracodawca lub zlecający pracę.

Na podstawie artykułu opublikowanego na stronie: <http://www.abc.com.pl/>

Przestępstwa w ochronie zdrowia

Komenda Główna Policji przedstawiła dane za rok 2012, z których wynika, że w placówkach ochrony zdrowia coraz częściej dochodzi do agresywnych zachowań pacjentów lub ich rodzin w stosunku do personelu. Zgodnie z danymi KGP w roku 2011 zgłoszono 321 zdarzeń, w 2012 - 395, natomiast w ciągu ostatnich trzech lat w Systemie Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia zarejestrowano tylko 94 zdarzenia agresji. Jak mówi w wywiadzie dla Rynku Zdrowia Krzysztof Kordel (Rzecznik Praw Lekarzy) dane nie odzwierciedlają realnej liczby przypadków, ale świadczą o wzroście świadomości wśród lekarzy i pielęgniarek na temat agresji. Pielęgniarki będące ofiarami agresji najczęściej zgłaszają fakt bardzo rzadko. Przyczyny agresywnych zachowań są bardzo różne począwszy od długiego oczekiwania na świadczenia, niemożność uzyskania świadczeń i wiele innych.

Źródło: <http://www.rynekzdrowia.pl/>

Pielęgniarka nie może odmówić pacjentowi dostępu do informacji

W wyjątkowych sytuacjach lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do dostępu do informacji (niepomyślnie rokowania dla pacjenta, z punktu widzenia lekarza ich przekazanie może wpłynąć niekorzystnie na pacjenta, zadać mu cierpienie. Niepomyślnie dla pacjenta rokowania lekarz musi jednak przekazać osobie upoważnionej przez pacjenta),

pielęgniarka nie ma takiego prawa i w każdej sytuacji jest zobowiązana do przekazania pacjentowi informacji odnośnie opieki pielęgniarskiej. Ważne jest jednak, aby pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego następowała wymiana bieżących informacji.

Na podstawie: <http://www.abc.com.pl/>

Delegowanie pielęgniarki operacyjnej na inne oddziały

Pielęgniarki pracujące na blokach operacyjnych są delegowane do pracy w innych oddziałach, w czasie, gdy na bloku nie ma zabiegów. Praktyka ta nie powinna być stosowana. Z jednej strony przemieszczanie pielęgniarki stanowi ryzyko przenoszenia zakażeń wewnątrzszpitalnych (minimalne mając na uwadze przygotowanie do każdego zabiegu- noszenie odzieży ochronnej, higienę rąk itp.), z drugiej pielęgniarki operacyjne posiadają kwalifikacje mające zastosowanie w pracy bloku operacyjnego, stąd też może istnieć ryzyko powstania błędów wynikających z wadliwego udzielenia świadczenia medycznego.

Na podstawie: <http://www.abc.com.pl/>

Homoseksualizm już nie jest patologią

Polskie pielęgniarki i położne do roku 2012 uczyły się, zgodnie z programem nauczania specjalizacji z pielęgniarstwa ginekologicznego i rodzinnego, że homoseksualizm jest zaburzeniem i patologią. Po interwencji Kampanii Przeciw Homofobii w Ministerstwie Zdrowia, program został zmieniony. Obecnie do programu wpisano elementy teorii gender.

Zmiany opracował zespół powołany przez CKPPiP, recenzentem programu

był prof. Lew Starowicz. Jak skomentowała zmiany dr Rogala-Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych „Nie zmienia się za to coś, co jest najważniejsze z punktu istoty zawodu pielęgniarki, czy położnej, podmiot jej codziennej pracy - człowiek. Pielęgniarki i położne udzielają świadczeń medycznych pacjentowi niezależnie od wieku, narodowości, rasy, płci, orientacji seksualnej, wyznawanej religii itd. (...) pielęgniarki są częścią społeczeństwa i w naturalny sposób uczestniczą w zmianach społecznych i mogą mieć swoje opinie na temat definicji płci, ale ich podstawowym zawodowym celem jest zaspokojenie zdrowotnych potrzeb pacjenta”.

Źródło: <http://www.rynekzdrowia.pl/>

Program SHE

Program SHE (ang. Strong, HIV Positive, Empowered Women – silne, HIV-dodatnie, świadome swoich praw kobiety) to europejski projekt edukacyjny skierowany do kobiet seropozytywnych. Celem Programu jest wspieranie kobiet żyjących z HIV w dążeniu do poprawy jakości życia, w tym do uzyskania najlepszej możliwej opieki zdrowotnej. Program został opracowany przez międzynarodową grupę ekspertów z organizacji pozarządowych i specjalistów w leczeniu zakażenia HIV oraz kobiety żyjące z HIV. Od 1 stycznia 2013 r. jest dostępna polska edycja strony internetowej projektu SHE www.programshe.pl. Strona została przygotowana przez kobiety zakażone HIV z myślą o innych kobietach zakażonych HIV.

Źródło: e-kontra

Zmiany w onkologii. Powstanie Sieć Leczenia Raka

Minister Bartosz Arłukowicz, podczas debaty z okazji Światowego Dnia Chorych, zapowiedział, że 2013 rok będzie rokiem onkologii i zmian w onkologii. – Obiecuję, że wprowadzimy te zmiany, ale na pewno nie będzie to proste – powiedział szef resortu zdrowia.

Tegoroczna debata poświęcona była problemom pacjentów onkologicznych. Z danych przedstawionych przez ministra zdrowia i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że od 2005 roku trzykrotnie wzrosły nakłady przeznaczane na leczenie nowotworów. 8 lat temu na walkę z rakiem wydano 1,5 mld złotych, w 2012 roku te nakłady wzrosły do 6 mld.

Niestety, mimo zwiększenia nakładów na leczenie nowotworów Polska w dalszym ciągu jest na szarym końcu europejskiej listy jeżeli chodzi o walkę z rakiem.

Minister Arłukowicz jednocześnie zapowiedział zmiany w Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Dotychczas pieniądze przeznaczone na walkę z rakiem wydawane były zarówno na badania przesiewowe i nowoczesny sprzęt. Teraz te 250 mln złotych, które budżet państwa przeznacza na raka, mają zostać przeznaczone tylko i wyłącznie na profilaktykę. – Profilaktyka ma być głównym celem tego programu – tłumaczył minister. Cieszymy się, że Ministerstwo Zdrowia podzieli stanowisko Koalicji RSM.

Nowe, rewolucyjne zmiany razem z Ministerstwem Zdrowia mają przygotować wybitni specjaliści ds. onkologii, a także środowiska pacjenckie. Wierzymy więc, że część środków finansowych przeznaczona zostanie na postulowane przez nas zmiany - na poprawienie dostępności i jakości badań cytologicznych, ale także na zwiększenie efektywności działań edukacyjnych oraz szczepienia przeciwko HPV, głównemu sprawcy raka szyjki macicy. ■

Źródło: Biuletyn Koalicji RSM





Zagrożenia zdrowia w praktyce medycznej. Działania profilaktyczne

Warszawa 11.04.2013

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawski Uniwersytet Medyczny zapraszają na Konferencję Naukowo – Szkoleniową

Tematyka konferencji:

1. Czynniki szkodliwe, niebezpieczne występujące w środowisku pracy personelu medycznego
2. Bezpieczeństwo i higiena pracy a zagrożenia zdrowia

3. Wypalenie zawodowe a praktyka zawodowa personelu medycznego
4. Profilaktyka zawodowych zagrożeń zdrowia

Sztuka Pielęgowania jest patronem medialnym konferencji

Informacje: <http://wnoz.wum.edu.pl/>



XIII Ogólnopolska i III im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Pielęgniarstwo – zawód z tradycjami i z przyszłością

Ciechanów 20.04.2013

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych zaprasza na konferencję, proponowane sesje tematyczne:

- Tradycje zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza
- Status zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza w przeszłości i obecnie
- Praca pielęgniarki/pielęgniarsza – zawód czy kompetencje?

- Pielęgniarstwo zawodem zaufania społecznego
- Przyszłość zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza
- Badania naukowe w pielęgniarstwie
- Varia

W czasie konferencji odbędą się warsztaty „Samokontrola i zapobieganie powikłaniom w cukrzycy” prowadzone przez Przedstawicieli Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii.

Szczegółowe informacje: www.pwszciechanow.edu.pl



2nd International Conference for the Social Sciences and Humanities in HIV

Paryż 7-10.07.2013

W dniach 7-10 lipca 2013 r. odbędzie się w Paryżu druga międzynarodowa konferencja dotycząca problematyki HIV. Informacja dla osób pragnących wziąć udział w konferencji znajduje się na stronie: <http://www.asshconferencce.org/>



VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

Karpacz 26-28.09.2013

Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki zaprasza na Zjazd, w tym roku w wydarzeniu udział weźmie około 700 pielęgniarek i pielęgniarzy z całej Polski. Po

raz pierwszy wykładami i uczestnikami konferencji będą goście z innych państw europejskich Program naukowy Zjazdu, obejmie szeroką tematykę zagadnień związanych z nauką, praktyką

oraz etyką w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki. W zjeździe będą uczestniczyli profesorowie anestezjologii z Polski i za granicą.

Sztuka Pielęgowania jest patronem medialnym konferencji ■

Szczegóły dostępne na stronie: <http://www.ptpaio.pl/>



VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

26-28 września 2013, Karpacz



Zdrowie seksualne to również profilaktyka zakażeń HIV/AIDS

sprawozdanie z I Konferencji naukowej z cyklu Zdrowie seksualne jako problem zdrowia publicznego

W dniu 13 marca 2013 roku, w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbyła się I Konferencja naukowo-dydaktyczna z cyklu Zdrowie seksualne jako problem zdrowia publicznego „Zdrowie seksualne to również profilaktyka zakażeń HIV/AIDS”. Konferencja odbyła się pod patronatem Jego Magnificencji Rektora WUM, przy współudziale Krajowego Centrum ds. AIDS – agendy Ministra Zdrowia.

Głównym celem, jaki przyświecał Organizatorom Wydarzenia było przedstawienie aktualnej wiedzy na temat zdrowia seksualnego kobiet i mężczyzn w Polsce, upowszechnienie wiedzy na temat HIV, a także promowanie zachowań ukierunkowanych na zapobieganie zakażeniom HIV oraz pozytywnych postaw wobec osób żyjących z HIV i AIDS.

Na początku Konferencji Profesor Zbigniew Izdebski zaprezentował temat „Zdrowie seksualne Polaków”. Przedstawił liczne dane odnoszące się do seksualności Polaków, pośród których między innymi podkreślał, że młodzi ludzie coraz wcześniej rozpoczynają inicjację

seksualną. Ponadto Profesor przytoczył statystyki badań, z których wynika, że pomimo licznych zmian w naszym społeczeństwie, wciąż ponad 30% Polaków uważa, że homoseksualizm powinno się leczyć. Profesor Ewa Dmoch-Gajzlerska, w swoim wystąpieniu na temat seksualności kobiet, wskazała na coraz mniejsze zainteresowanie współżyciem u kobiet powyżej 50 roku życia. Doktor Remigiusz Jarosław Tritt, który mówił o zdrowiu seksualnym mężczyzn, skupił się między innymi na masturbacji jako elemencie męskiej seksualności.

Druga część Konferencji odnosiła się do zagadnień HIV i AIDS. Pierwszy Prelegent tej części, dr Barbara Daniluk-Kula – przedstawicielka Krajowego Centrum ds. AIDS, podkreślała, że HIV oraz AIDS stanowią wciąż bardzo poważny problem w naszym kraju. Wielu ludzi zdaje sobie sprawę z niebezpieczeństwa zakażeniem wirusem, jednak bardzo rzadko odnoszą owe ryzyko do własnej osoby. Dlatego też wykrywalność zakażeń HIV jest wciąż zbyt późna. W Polsce codziennie 2-3 osoby dowiaduje się, że są zakażone HIV. Około połowa wszystkich zakażonych to

osoby w wieku 20-29 lat. Do końca grudnia 2012 zarejestrowano w Polsce 16 314 osób zakażonych wirusem HIV.

Następnie mgr Joanna Gałąż, zaprezentowała najczęściej zadawane pytanie przez klientów poradni internetowej i telefonu zaufania HIV i AIDS. Ostatnim Prelegentem Konferencji była Profesor Ann Bartley Williams. Prezentując temat „HIV/AIDS Treatment as Prevention” („HIV/AIDS Leczenie jako Prewencja”), zaprezentowała między innymi statystyki dotyczące HIV i AIDS w Stanach Zjednoczonych, a także podkreślała ogromne znaczenie leczenia zakażeń.

W ostatnim czasie tematyka HIV/AIDS, nie jest zbyt często poruszana w mediach, ani nawet na uczelniach medycznych. Konferencja stanowiła doskonałe źródło wiedzy, dzięki czemu słuchacze mogli usystematyzować informacje na temat zakażeń, a także uświadomić sobie wagę problemu. Warto pamiętać, że pomimo upływu lat, HIV i AIDS wciąż stanowią zagrożenie, nie tylko w krajach trzeciego świata, ale również w naszej codzienności. ■

Problemy współczesnego Pielęgniarstwa



dr Beata Ochocka

W dniu 1 marca 2013 odbyła się konferencja Problemy współczesnego Pielęgniarstwa zorganizowana wspólnie przez Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Wydawnictwo Sztuka Pielęgowania. Patronat honorowy nad konferencją objął JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. n med. Marek Krawczyk oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego dr Beata Ochocka. Gościem honorowym była prof. Ann Bartley Williams Professor and Associate Dean for Research UCLA School of Nursing. Krótki artykuł Pani Profesor o pielęgniarstwie opartym na dowodach naukowych zamieszczony został we wstępie do artykułu Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach Evidence Based Nursing Practice, str....

Przedstawiamy streszczenia kilku z zaprezentowanych prac, kolejne zostaną zamieszczone w naszym numerze Sztuki.

Hygeia, dawna bogini zdrowia, a higiena dzisiaj w praktyce pielęgniarskiej

dr Beata Ochocka
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

motto: „Celem naszych czynów powinno być czynienie dobra.”

Platon

Istnieje udowodniony w piśmiennictwie humanistyczny związek pomiędzy grecką boginią zdrowia Hygeią, a higieną jako dziedziną nauki i praktyki medycznej. Hygeia to obraz młodej kobiety, ubranej w chiton trzymającej węża oraz naczynie z wodą. Kult bogini Hygei narodził się w IV w. p.n.e., a od XVIII wieku naszej ery, po dzień dzisiejszy oblicze jej uosabia metaforę higieny, czyli wiedzy o zapobieganiu chorobom i utrzymaniu zdrowia. Od czasów Hipokratesa, który wskazał, iż istotą medycyny jest zapobieganie chorobom, upłynęło ponad dwa tysiące lat, zanim higiena wyodrębniona została jako nauka i dział medycyny. Wspomniany wcześniej wiek XVIII to rozwijające się miasta z górami śmieci i cuchnących odpadów, to czasy miazmatów „przenoszących” cholere,

dżumę i ospę z uznaną teorią szerzenia się zaraźliwych plag za pomocą powstrzymywania ludzi od mycia. Wydarzenia w zakresie popularyzacji higieny zaczęły się toczyć szybko od połowy XIX wieku, szczególnie w Anglii, Francji i Niemczech. W Polsce rozwojowi higieny przysłużył się między innymi periodyk „Przyjaciel zdrowia”, Gregorowicza. Pod koniec XIX stulecia rozpoczęła się swoista moda na wizerunki Hygei, większość przechowywana jest w amerykańskich muzeach i wywodzi się z terenów dawnej Hellady. Moda dotarła także do Polski, ot chociażby dotycząc pomnika poznańskich wodociągów ze słynnym napisem „*nic lepszego nad wodę*”. Wizerunku Hygei używają po dzień dzisiejszy towarzystwa farmakologiczne i wydawcy współczesnych czasopism poświęconych zdrowiu publicznemu i epidemiologii. Obrazy bogini zdrowia symbolizują współczesne, holistyczne podejście do kreowania zdrowia i zapobiegania chorobom. Symbolizują także współczesne holistyczne pielęgniarstwo, podejmujące jako myśl przewodnią funkcjonowanie pacjenta w środowisku jako całości. Pielęgniarstwo XXI wieku to przede wszystkim podejście profilaktyczne, zapobiegawcze. Tę myśl pielęgniarstwa reprezentuje

szczególnie wyraziście pielęgniarstwo epidemiologiczne, bowiem *hygeia* to przestrzeganie czystości.... W dobie zarządzania, kierowania jakością i finansami, dawna, już z lekka zamglona bogini Hygeia zwraca uwagę na zapobieganie. Pielęgniarki są grupą zawodową mającą największy kontakt z pacjentami. Wynika z tego konieczność ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych mających na celu ochronę zdrowia i życia pacjenta, ale także bezpieczeństwa i zdrowia własnego. Pielęgniarki powinny posiadać odpowiedni, stale uzupełniany i aktualizowany zasób wiedzy o zakażeniach szpitalnych. Badania wielu polskich autorów wskazują na pilną potrzebę opracowywania i wdrożenia interdyscyplinarnych szkoleń dotyczących dróg transmisji zakażeń szpitalnych, metod zapobiegania i higieny w placówkach opieki.

Badanie fizykalne jako wyznacznik samodzielności współczesnego pielęgniarstwa

lic. piel. Michał Bancerowski

Student I roku pielęgniarstwa stacjonarnych studiów II stopnia.

Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

W dobie współczesnych przemian w ochronie zdrowia, a zwłaszcza w pielęgniarstwie coraz większego znaczenia... nabiera pojęcie samodzielność zawodowa.

Jednym ze świadczeń zdrowotnych, które może być doskonałym wyznacznikiem zjawiska samodzielności wśród polskiego personelu pielęgniarskiego jest badanie fizykalne.

Po wejściu naszego kraju do Wspólnoty Europejskiej dostosowano kształcenie kadr medycznych do unijnego prawodawstwa. Zmianie uległy m. in. programy dotyczące nauczania kadry pielęgniarskiej. Do programu kształcenia pielęgniarek i położnych włączono umiejętności dotyczące kompleksowej i całościowej oceny chorego – badania fizykalne.

Jednakże w zakresie oceny fizykalnej polskie pielęgniarki wciąż „kuleją”. Często z powodu braku czasu i natłoku innych wykonywanych świadczeń, ale również często z powodu braku umiejętności w tym zakresie.

Pomimo zmian w „myśleniu” o roli dzisiejszej pielęgniarki badanie fizykalne wciąż postrzegane jest stereotypowo,

jako umiejętność przypisana tylko i wyłącznie do kompetencji oraz roli lekarza.

Często umiejętności badania fizykalnego pozostają wyłącznie jako ocena po zdany egzamin z przedmiotu i nigdy nie są wykorzystywane w codziennej pracy pielęgniarek.

Wciąż także nie dysponujemy wystarczającymi wynikami badań, zgodnie z zasadami EBNP (Praktyki Pielęgniarskiej Opartej na Dowodach), co dałoby nam pełniejszy obraz znaczenia i wykorzystywania tych umiejętności w sytuacjach klinicznych.

Koniecznym jest także wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych umożliwiających licencjatom pielęgniarstwa wykonywanie badania fizykalnego.

Planowanie i realizowanie ścieżek kariery zawodowej

mgr Monika Kuliga
Kraków

Katarzyna, pielęgniarka z 15-letnim stażem pracy, z bogatym doświadczeniem zawodowym, ukończonymi licznymi kursami, specjalizacją i tytułem magistra pielęgniarstwa. Od 7 lat związana ze swoim obecnym miejscem pracy – ciągle na tym samym stanowisku, bez podwyżki za zdobyte kwalifikacje.

Damian już pół roku temu ukończył specjalizację. Wydał na to sporo pieniędzy, poświęcił mnóstwo czasu i energii, zdobył ogromną wiedzę. W pracy nadal wykonuje to samo, co wcześniej. Niestety, zdobyta wiedza i kwalifikacje nie mają odzwierciedlenia w jego codziennej pracy – nikt tego nie docenia, niektórzy nawet twierdzą, że się wymądrza. W zasadzie, nawet on sam nie wie, w jaki sposób może wykorzystać zdobytą wiedzę. Przecież nie chodziło mu tylko o „papier”. Zaczyna myśleć, że może nie było w ogóle sensu robić tej specjalizacji.

Ewelina od roku pracuje na sali wybudzeń. Nie wie, dlaczego nie jest rozpisywana na salę operacyjną, mimo, że bardzo jej na tym zależy. Paweł uzyskał taki awans już po tygodniu pracy, Ola po dwóch miesiącach. Ewelina nie wie, jakie kryteria muszą zostać spełnione, aby i ona awansowała. Próbuje się tego dowiedzieć od jej oddziałowej – jednak bezskutecznie. Bardzo spada jej poczucie własnej wartości. Powoli się wypala.

Ścieżka kariery zawodowej – drabina rozwoju zawodowego, po której chcemy się pięć zgodnie z naszymi kompetencjami, zainteresowaniami, aspiracjami i marzeniami, która daje nam satysfakcję z wykonywanej pracy, jednocześnie dając korzyści firmie, w której pracujemy.

Z pojęciem ścieżki kariery zawodowej łączy się pojęcie **awansu**. Czym jest awans zawodowy? To przede wszystkim zmiana warunków pracy na korzystniejszą. Awans to nie tylko zostanie kierownikiem, ale także wzrost wynagrodzenia czy zmiana zakresu obowiązków, wzrost samodzielności, decyzyjności i odpowiedzialności.

Jednym z problemów współczesnego pielęgniarstwa jest brak tworzenia i realizowania ścieżek kariery zawodowej. Z badań własnych przeprowadzonych w 2012 roku wśród 85 pielęgniarek 32,94% ankietowanych na pytanie: „Mój przełożony rozmawia ze mną na temat moich aspiracji zawodowych” odpowiedziało „zdecydowanie nie”, 43,53% „raczej nie”, 8,24% „częściowo tak, a częściowo nie”, 7,06% „raczej tak” i tylko 4,71% „zdecydowanie tak.”

Realizowanie ścieżek kariery zawodowej jest istotnym elementem nowoczesnego i skutecznego zarządzania zasobami ludzkimi w firmie - wzmacnia motywację, rozwój i satysfakcję zawodową pracowników, a także jasno określa zakres obowiązków na danym stanowisku.

Ścieżki kariery powinny być „szyte na miarę” danej placówki i danego oddziału, uwzględniając jego specyfikę i potrzeby, a także kompetencje i zainteresowania pracowników. W tym celu niezbędne jest stworzenie katalogu wszystkich obecnych i planowanych obowiązków pielęgniarstkich na poszczególnych oddziałach i ustalenie wymogów kwalifikacyjnych dla wykonania każdej z czynności oraz ustalenie jawnych zasad awansowania na poszczególne stanowiska pielęgniarstkie.

Erotyzacja relacji służbowych a możliwości zapobiegania jej

mgr Wojciech Nyklewicz
Niezależny szkoleniowiec, Łódź

Praca w zespole terapeutycznym wymaga budowania sprawnie funkcjonujących relacji międzyludzkich. Oprócz oficjalnego obiegu informacji, funkcjonują także nieformalne kanały porozumiewania się, a pomiędzy pracownikami powstają oprócz służbowych, także towarzyskie relacje. W zależności od wieku członków zespołu, a tym samym od indywidualnych faz ich rozwoju i faz rozwoju grup społecznych, w których oni funkcjonują, pojawia się zagrożenie erotyzacją relacji służbowych. Jej podłożem jest zjawisko przeniesienia, opisane przez psychoanalizę. Jest to nieświadome emocjonalne złudzenie, w którym osoba mu ulegająca doznaje silnych uczuć, podobnych do tych, jakimi darzyła w przeszłości osoby znaczące ze swojego



otoczenia. Złudzenia emocjonalne przypominają zakochanie się, adorowanie i mogą prowadzić do erotyzowania relacji. Obiektem przeniesienia staje się członek zespołu terapeutycznego lub pacjent. Główne niebezpieczeństwa wynikają z silnej koncentracji na obiekcie przeniesienia i utracie obiektywizmu w ocenie tej sytuacji. Skrajne postaci erotyzowania relacji pracowniczych kończą się molestowaniem seksualnym.

Szczególnie mało nagłośniony rodzaj erotyzowania relacji występuje pomiędzy kobietami a mężczyznami, gdzie kobieta jest osobą przeżywającą silne przeniesienie, a obiektem przeniesienia jest mężczyzna. Biorąc pod uwagę wiek kobiet erotyzujących relacje, zjawisko to występuje w dwóch okresach życiowych kobiet: w młodości oraz ponownie w wieku dojrzałym. Pierwszy okres nasilenia erotyzowania relacji ma związek z tzw. okresem godowym w życiu człowieka, gdy ludzie młodzi łączą się w pary i tworzą rodziny. Młody zespół terapeutyczny może stać się polem prowadzenia gier psychologicznych, bardziej niż forum podejmowania kluczowych decyzji w sprawie leczenia i pielęgnowania chorych. Drugi okres erotyzowania relacji kobiet wobec mężczyzn nakłada się na zespół pustego gniazda.

Celami referatu było przedstawienie analizy erotyzowania relacji kobiet w odniesieniu do mężczyzn oraz wskazanie zagrożeń wynikających z tego zjawiska dla uczestników oraz pacjentów. Innym celem było ukazanie superwizji zespołu i superwizji pielęgniarstwa jako metody zapobiegającej erotyzacji relacji służbowych oraz pozwalającej rozwiązać ten problem. ■

Cały artykuł „Erotyzacja relacji służbowych” ukaże się w czerwcowym numerze Sztuki.

Pielęgniarka - autorką?

Pielęgniarka/pielęgniarz, położna/położny autorem tekstu? Tak, obecnie wszystkie czasopisma dedykowane naszej grupie zawodowej tworzone są głównie przez osoby pracujące w zawodzie. Jakie problemy napotykamy próbując pisać? Czy łatwo jest opublikować własny artykuł w czasopiśmie?

Czytając artykuł, każdy może zadać sobie pytanie jak właściwie on powstał? Co zainspirowało autora do wybrania, takiego, a nie innego tematu? Ile czasu zajęło gromadzenie materiałów i pisanie artykułu? Czy ktoś pomagał, dawał wskazówki?

Bernadeta Jędrzejkiewicz
studentka III roku pielęgniarstwa UM Lublin

Ewelina Kojder
studentka III roku pielęgniarstwa UM Lublin

lic.piel. Katarzyna Trzpieł,
Sztuka Pielęgniownia

Czasopisma zawodowe dla pielęgniarek i położnych w Polsce kiedyś i obecnie

Czasopisma zawodowe ukazujące się na bieżąco, są cennym źródłem informacji i stwarzają możliwość wymiany wiedzy i doświadczeń w gronie profesjonalistów. Twórczość pielęgniarek i położnych nie jest niczym nowym. Praktycznie od powstania profesji w drugiej połowie XIX wieku pielęgniarki pisały artykuły i książki zawodowe. Przykładem są publikacje Florence Nightingale, a w Polsce Hanny Chrzanowskiej, Jadwigi Suffczyńskiej, czy Marii Starowieyskiej.

Jednym z pierwszych polskich czasopism zawodowych była „Pielęgniarka Polska”, ukazywała się od 1929 roku, z przerwą w okresie wojny do roku 1958 roku. Inne czasopisma ukazujące się w przeszłości to „Pielęgniarka”, „Głos Pielęgniarki” oraz „Pielęgniarka i Położna”. Osoby zainteresowane historycznymi pismami zachęcamy do odwiedzenia strony Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego.

Obecnie w Polsce ukazują się m.in.: Problemy Pielęgniarstwa wydawane od 1993 r. pod patronatem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Pielęgniarstwo XXI wieku wydawane od 2002 przez Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – są to czasopisma naukowe. Ukazuje się również „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” oraz „Położna. Nauka i Praktyka” wydawane przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Wydawcami biuletynów zawodowych są okręgowe izby pielęgniarek i położnych, można w nich znaleźć poza aktualnościami z izby artykuły z dziedziny pielęgniarstwa i położnictwa. Nowością wśród wydawnictw jest Sztuka

Pielęgniownia ukazująca się w formie elektronicznej, do tej pory nie wykorzystywanej w wydawnictwach pielęgniarstwa w Polsce.

Jak zostać autorem?

Jednym z najczęściej spotykanych problemów jest brak wiedzy pielęgniarek i położnych, że można napisać i wysłać do redakcji artykuł własnego autorstwa. Często w redakcji spotykamy się z pytaniem, kto może zostać autorem tekstu, jakie kwalifikacje trzeba posiadać. Autorem może zostać każdy, kto chce się wypowiedzieć na tematy zawodowe, ma ciekawe doświadczenia, wiedzę, obserwacje. Warto skontaktować się z redakcją pisma, do którego chce się napisać i zadać wszystkie nurtujące pytania. Z naszych doświadczeń wynika, że wykonanie tego pierwszego kroku jest najtrudniejsze. Przy drugim kontakcie autorzy przysyłają po kilka prac trzymanyh do tej pory w szufladzie.

Pisanie artykułów to praca, która wymaga podjęcia wysiłku. Pierwszą czynnością, jaką należy wykonać to wybór tematu. Jeżeli artykuł ma dotyczyć świata medycznego wpływ na decyzję o wyborze tematu może mieć spotkanie z osobą chorą. Inspiracją do podjęcia tematu mogą też być rozmowy z personelem, wymiana doświadczeń, poszukiwania nowych informacji.

Po wybraniu tematu należy zweryfikować swój stan wiedzy i zgromadzić materiały. Trudność z jaką może się spotkać autor to np. niewielka ilość materiałów na dany temat. Może się tak zdarzyć, że temat jest ciekawy, a zarazem rozległy i zasób materiałów jest bogaty. Problem może wtedy stanowić wybranie tych najważniejszych i najciekawszych informacji dla czytelnika. Jeśli w artykule chcemy opisać ciekawostki medyczne ze świata, nowatorskie postępowanie medyczne lub wzbogacić artykuł przeglądowy o dane z zagranicznych badań jesteśmy zmuszeni do korzystania z materiałów obcojęzycznych. Zdarza się, że nasze możliwości językowe są ograniczone, nie znamy danego języka, w którym

publikowane są materiały. Wtedy korzystanie z niego sprawia duże trudności. Jeśli stworzymy pracę oryginalną opartą na własnych badaniach możemy napotkać trudności w zgromadzeniu odpowiedniej grupy pacjentów do przeprowadzanych badań. Wyzwaniem dla osoby, która nie ma doświadczenia w pisaniu tego typu prac może być także ich opracowanie statystyczne.

Gdy zgromadzimy materiały należy przygotować plan, według którego będziemy pisać artykuł. Należy dokładnie przemyśleć co chcemy przekazać. Treść musi być zwięzła i ciekawa dla czytelnika. Musi zawierać najważniejsze informacje, które będzie można zastosować i zobaczyć w praktyce. Nie mogą być to tylko „suche fakty”. Bardzo ważna jest także oprawa graficzna, która powinna przyciągać uwagę czytelnika i zachęcać by zatrzymał się nad naszym artykułem. Kiedy artykuł będzie gotowy warto jest poprosić zaufaną osobę, aby wyraziła swoją opinię, na jego temat.

Wytyczne i oświadczenie autora

Każda redakcja podaje, zwykle na stronie internetowej wytyczne dla autorów prac. Szczególnie w przypadku wysyłania pracy do redakcji pism naukowych nie przestrzeganie tych wskazówek może skutkować odrzuceniem artykułu. Dlatego trzeba się z nimi zapoznać przed wysłaniem pracy. Ważne jest również przestrzeganie zasad dotyczących praw autorskich. Jedna praca nie może być przesłana do kilku redakcji i opublikowana równocześnie w kilku czasopismach, wyjątkiem są sytuacje, gdy redakcja, która jako pierwsza opublikowała materiał wyrazi zgodę na ponowną publikację. Każdy współautor pracy musi być świadomy, że praca została wysłana do publikacji. Niestety znajomość praw dotyczących publikowania jest w naszym środowisku na niewystarczającym poziomie i zdarzają się sytuacje, gdy autor publikuje jeden artykuł w kilku pismach, czy monografiach konferencyjnych. Wiele redakcji wymaga oświadczenia autora dotyczącego posiadania przez niego wszelkich praw autorskich, niektóre zastrzegają, że autor nadsyłając pracę oświadcza, że jest autorem i posiada wszelkie prawa do dzieła.

Niezależnie od przeszkód, jakie przyszyły autor napotyka na swojej drodze warto podejmować wysiłek poszukiwania źródeł wiedzy, tworzenia i dzielenia się twórczością z innymi. Zachęcamy do tego gorąco. ■

Ann Bartley Williams

Professor and Associate Dean for Research
UCLA School of Nursing

Nursing is the oldest of arts and the youngest of professions. Our work is rooted in the compassionate care given over the centuries to those who cannot care for themselves. The modern profession of nursing is built on expertise, and knowledge. As we move into the 21st century, the importance of research in building knowledge and establishing the evidence base for nursing practice continues to grow.

Evidence-based practice means using the best available evidence to help decide what are the most effective nursing practices. The evidence can come from many places: opinions of experts, official reports and guidelines, and original research.

Nurses are highly trained and committed clinicians and superb scholars who have a great deal to contribute to the health of the population. In order to make our voices heard, we must bring clear and compelling data to support our proposals and positions. This means that nurses should conduct research to answer questions about nursing practice.

You do not have to have a PhD to conduct a research study. All you need is a curious mind and a thoughtful approach. If you have ever wondered, "What is the best way to care for this patient?" then you have identified a research question. Doing research is answering a question for a group of patients instead of only one patient.

With the evidence provided by research, nurses can improve care, can influence health care policy, and can have a voice in our own profession.

Pielęgniarstwo jest najstarszą ze sztuk i najmłodszą z profesji. Praca pielęgniarek wywodzi się z troskliwej opieki udzielanej przez wieki tym, którzy nie mogli troszczyć się sami o siebie. Współczesna profesja pielęgniarska zbudowana jest na doświadczeniach i wiedzy. W XXI wieku waga badań naukowych w budowaniu wiedzy i ugruntowanie podstaw naukowych w pielęgniarstwie stale nabiera znaczenia.

Praktyka oparta na dowodach naukowych oznacza wykorzystanie najlepszych dowodów naukowych do podjęcia decyzji, co jest najbardziej



prof. Ann Bartley Williams w trakcie wykładu.

efektywną praktyką pielęgniarską. Te podstawy mogą pochodzić z różnych źródeł, mogą to być opinie ekspertów, oficjalne raporty i wytyczne oraz oryginalne badania.

Pielęgniarki są bardzo dobrze wykształcone i zaangażowane w pracę kliniczną, są wspaniałymi uczonymi mającymi duży wpływ na zdrowie populacji. Aby jednak głos pielęgniarek został usłyszany musimy mieć jasne i przekonujące dane na poparcie naszych propozycji dotyczących praktyki pielęgniarskiej. Oznacza to, że pielęgniarki powinny prowadzić badania, które dadzą odpowiedzi na pytania o praktykę pielęgniarską.

Nie musisz mieć stopnia doktora, aby prowadzić badania. Wszystko, czego potrzebujesz to ciekawość i poszukiwanie przemyślanego podejścia. Jeśli kiedykolwiek zadałaś/zadałeś sobie pytanie „Jaka jest najlepsza droga do opieki nad pacjentem”, oznacza to, że zadałaś pytanie badawcze. Prowadzenie badań to odpowiadanie na pytania dla grup pacjentów, zamiast tylko jednego pacjenta.

Z dowodami naukowymi dostarczonymi przez badania pielęgniarki mogą poprawiać opiekę, mogą wpływać na politykę zdrowotną i mieć głos we własnej grupie zawodowej.

tłumaczenie redakcja

Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach Evidence Based Nursing Practice

Redakcja

W ostatnich latach jesteśmy świadkami głębokich zmian zachodzących w pielęgniarstwie na całym świecie. Widoczny jest znaczny wzrost oczekiwań pielęgniarek odnośnie rozumienia oraz samodzielnego prowadzenia badań naukowych. Dlatego też, coraz większym zainteresowaniem cieszy się Evidence Based Practice (EBNP) – Praktyka Oparta na Dowodach, a w odniesieniu do grupy zawodowej pielęgniarek jest to Evidence Based Nursing Practice (EBNP), czyli Praktyka Pielęgniarska Oparta na Dowodach (naukowych).

Dowód, czyli evidence to wynik badania naukowego, interpretacja wyników badania, opinie specjalistów.

EBNP jest szeroko definiowane jako wykorzystanie najlepszych dowodów naukowych przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad pacjentem. Dowody te powinny być dostarczane poprzez badania naukowe prowadzone przez pielęgniarki oraz innych przedstawicieli ochrony zdrowia. Mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak wyniki z badań o rygorystycznych założeniach dostarczają wyjątkowo silnych dowodów wspomagających podejmowanie decyzji oraz działań w praktyce zawodowej.

Pielęgniarki, które pracują w oparciu o dowody naukowe wskazują, że jest to działanie właściwe, oszczędzające koszty opieki oraz przynoszące korzyści dla odbiorców świadczeń pielęgniarskich. **EBNP jest zorientowane na wzmocnienie pozycji zawodowej pielęgniarek oraz promowanie wysokiej jakości opieki nad pacjentem.** Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach jest ukierunkowana na zadawanie pytań klinicznych oraz wyszukiwanie odpowiedzi w najnowszej literaturze.

Wiele osób uważa, że badania w pielęgniarstwie zostały zapoczątkowane przez działalność Florence Nightingale oraz jej

publikację *Uwagi o pielęgniarstwie* (1859). Na podstawie umiejętności analizowania czynników wpływających na zachorowalność i śmiertelność żołnierzy podczas Wojny Krymskiej, Nightingale wprowadzała zmiany w opiece nad chorymi oraz zmiany w zdrowiu publicznym.

W przeszłości pielęgniarki często wykonywały swoje obowiązki, według odgórnie narzuconych schematów, nie zastanawiając się dlaczego tak należy robić. Dzisiaj, zwraca się uwagę na to, aby podejmowane działania wynikały z dowodów naukowych. Ważne jest zadawanie pytań odnośnie realizowanych zadań oraz ich zasadności. Brak ciekawości oraz niedostatecznie częste zadawanie pytań przez praktyków mogą hamować rozwój EBP. Każdego dnia, podczas wykonywania obowiązków zawodowych, takich jak m.in.: podawanie leków, czy układanie chorego w określonej pozycji pielęgniarka powinna być stymulowana do zadawania pytań odnośnie dowodów naukowych, które potwierdzają zasadność wykonywanych czynności. Amerykański Instytut Medycyny ustanowił cel, aby do 2020 roku, 90% wszystkich decyzji praktyków w ochronie zdrowia było podejmowanych z oparcia o dowody naukowe. Podkreśla się również, że bez uwzględnienia Praktyki Opartej na Faktach pacjenci nie mogą otrzymywać najwyższej jakości opieki.

Aby przyspieszyć wprowadzanie oraz prosperowanie EBNP pielęgniarki muszą: nieustannie zadawać pytania odnośnie swojej praktyki klinicznej, mocno wierzyć w wartość EBNP, posiadać wiedzę oraz umiejętności odnośnie EBNP, a także wierzyć w zasadność używania go, zobowiązać się do dostarczania pacjentom i ich

rodzinom wysokiej jakości opieki opartej na dowodach naukowych.

Istnieje siedem kroków, które należy podjąć w celu realizowania skutecznej Praktyki Opartej na Dowodach:

- Krok 0 wspieranie i kultywowanie idei zadawania pytań.
- Krok 1 zadawanie pytań klinicznych w formacie PICO:
 - P** (patient, population, problem) – cechy pacjenta, populacji lub problemu,
 - I** (intervention or area of interest) – interwencja,
 - C** (comparison intervention or group) – porównanie,
 - O** (outcomes) – wyniki.
- Krok 2 poszukiwanie jak najlepszych dowodów.
- Krok 3 krytyczna ocena dowodów.
- Krok 4 integrowanie dowodów wiedzy klinicznej oraz preferencji i wartości pacjentów.
- Krok 5 ocenianie wyników praktycznych decyzji lub zmian wprowadzonych w oparciu o dowody.
- Krok 6 rozpowszechnianie wyników EBNP.

Szczególnie na zachodzie Europy oraz w Stanach Zjednoczonych kładzie się obecnie szczególny nacisk na odpowiedzialność pielęgniarek w zaangażowanie w badania naukowe. Niektóre pielęgniarki zajmują się czytaniem, analizowaniem oraz wprowadzaniem do praktyki pewnych umiejętności, natomiast inne w bezpośredni sposób biorą udział w prowadzonych badaniach. Nawet jeżeli pielęgniarki nie będą osobiście prowadziły badań, mogą wspierać EBNP poprzez m.in.: uczestniczenie

w konferencjach naukowych, podczas których prezentowane są wyniki badań naukowych oraz zabierać głos podczas dyskusji na temat przeprowadzonych badań; rozwiązywanie problemów klinicznych poprzez decyzje oparte na wynikach rygorystycznych badań; pomaganie w rozwijaniu idei prowadzenia badań naukowych w pielęgniarstwie; pośrednie pomaganie badaczom np. w pozyskiwaniu odpowiedniej grupy respondentów; podejmowanie dyskusji na temat istotności stosowania otrzymywanych wyników badań.

Prowadzenie badań, ale także wykorzystywanie dowodów naukowych w codziennej praktyce zawodowej staje się nieodłącznymi elementami praktyki pielęgniarstwa. Podstawą działań powinno być krytyczne myślenie dotyczące potrzeb pacjentów oraz umiejętne zadawanie pytań istotnych klinicznie. Należy przy tym pamiętać, że praktyka oparta na rzetelnych dowodach naukowych świadczy nie tylko o naszym profesjonalizmie, ale również jest najlepszym działaniem na rzecz chorego i jego bliskich. ■

Piśmiennictwo:

1. Polit D.F. *Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice.* Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
2. Mazurek Melnyk B., Fineout-Overholt E., Stillwell S.B., Williamson K.M. *Igniting a Spirit of Inquiry: An Essential Foundation for Evidence-Based Practice.* AJN. November 2009. 109, 11: 49-52.
3. Mazurek Melnyk B., Fineout-Overholt E., Stillwell S.B., Williamson K.M. *The Seven Steps of Evidence-Based Practice.* January 2010. 110, 11: 51-53

Przegląd wynagrodzeń pielęgniarek w Europie

Temat zarobków pielęgniarek budzi wiele emocji. Ze względu na niewystarczająco wysokie wynagrodzenie w kraju wiele pielęgniarek decyduje się na podjęcie pracy za granicą. Jak wygląda ich sytuacja w Polsce i innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej? W których krajach najbardziej chciałyby pracować? Odpowiedzią na powyższe pytania jest raport z pierwszego badania wynagrodzeń personelu medycznego MedPay.

Adriana Dmitriev
Business Development Manager
MedPharmJobs.pl

Temat wynagrodzeń w branży medycznej podjęła firma MedPharm Group – lider na europejskim rynku w świadczeniu

usług wsparcia procesów rekrutacji personelu medycznego, organizując pierwsze międzynarodowe badanie wynagrodzeń MedPay. Celem przeprowadzonego badania było uzupełnienie istniejącej luki w dostępie do rzetelnych informacji na temat zarobków oraz warunków pracy

specjalistów pracujących w służbie zdrowia. Istotne jest przy tym, że co dwunastym uczestnikiem badania była pielęgniarka, co daje duży pogląd na sytuację tej grupy zawodowej w Europie.

Badanie MedPay spotkało się z ogromnym zainteresowaniem pielęgniarek w szczególności z takich krajów jak Polska, Bułgaria, Rumunia, Węgry, Portugalia czy Grecja. Fakt ten oznacza z jednej strony, że to właśnie w tych krajach dostęp do informacji, jakich dostarcza badanie

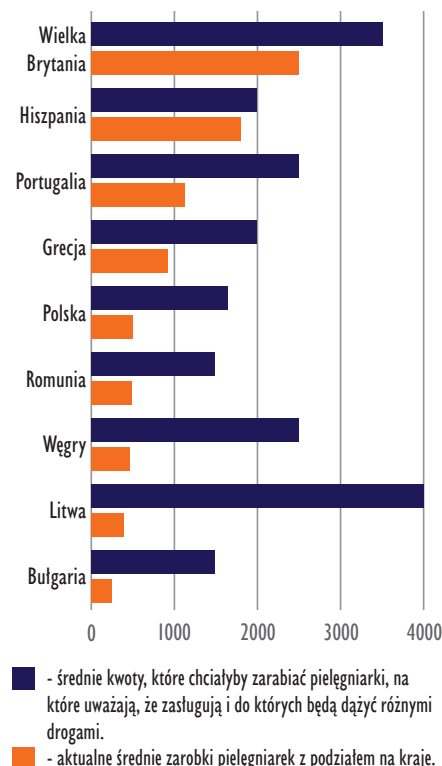
MedPay, jest najbardziej utrudniony. Ponadto w wielu krajach wiedza na temat wynagrodzeń pielęgniarek przekazywana w wiodących mediach opiera się na stereotypach i przypuszczeniach. Udział w takich ankietach, jaką jest MedPay, może być pierwszym krokiem do zmian w sferze dostępu do rzeczywistych informacji w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Drugą przyczyną dla której pielęgniarki z wymienionych wyżej krajów najchętniej wzięły udział w badaniu, może być chęć podjęcia pracy za granicą. Następnym przeprowadzonej ankiety jest bowiem raport dostarczający informacji, w których krajach zarobki pielęgniarek są najwyższe, a warunki zatrudnienia i związane z tym dodatkowe korzyści – najlepsze.

Ankieta wykazała jednoznacznie, że wiele pielęgniarek chętnie zdecydowała by się na kontynuację kariery za granicą i zdobycie cennego doświadczenia w innym kraju. Spośród krajów cieszących się największą popularnością na szczycie listy znalazła się Wielka Brytania, a następnie kolejno Niemcy, Norwegia, Szwajcaria oraz Szwecja. To właśnie do tych krajów pielęgniarki wyemigrowałyby w pierwszej

kolejności. O podjęciu pracy za granicą myśli aż 76 proc. z nich. Czym jest to powodowane? Wyżej wymienione kraje oferują personelowi pielęgniarskiemu najwyższe zarobki w Europie. Pielęgniarki w Wielkiej Brytanii otrzymują średnio 2 tys. euro miesięcznie, przy czym tyle właśnie wynoszą zarobki, jakie chciałyby uzyskiwać pielęgniarki pracujące w Europie Środkowo-Wschodniej i krajach bałkańskich.

Zachęcamy do zapoznania się z raportem z badania przeprowadzonego w roku 2012 oraz do udziału w tworzeniu międzynarodowej bazy informacji na temat wynagrodzeń. Raport dostępny będzie w kwietniu bezpłatnie w serwisie MedPharmJobs.com – największym medycznym portalu pracy i kariery, którego misją jest nie tylko dostarczenie interesujących ofert pracy, ale także rzetelnych informacji skierowanych do pracowników branży medycznej. Zapraszamy do rejestracji bezpośrednio na portalu lub przez Facebooka. Każdy użytkownik zostanie poinformowany e-mailem o opublikowaniu raportu wynagrodzeń z badania MedPay 2012. ■

Wykres 1



Wykres przedstawia kwoty w Euro

MedPharm CAREERS - Wiosna 2013

**WEJŚCIE
BEZPŁATNE**

**MedPharm
careers**

organizator **MedPharm
JOBS**

TARGI PRACY DLA SPECJALISTÓW Z SEKTORA OPIEKI ZDROWOTNEJ I BADAŃ KLINICZNYCH

Setki ofert pracy z całej Europy (Polska, Niemcy, Wielka Brytania, Szwecja, Dania i wiele innych)

17 Maj – Kraków	22 Maj – Łódź
18 Maj – Katowice	25 Maj – Warszawa
20 Maj – Wrocław	26 Maj – Gdańsk
21 Maj – Poznań	

**ZAREJESTRUJ
SIĘ NA**

WWW.MEDPHARMJOBS.COM/FAIRS/PL





Niewidzialna troskliwość w niewidzialnym świecie – kształtowanie empatii

Empatia – czy mamy jej dość? To pytanie ma podwójny sens – jako wyraz zwątpienia w wystarczający poziom empatii oraz jako przesylenie nią i jej negatywnymi skutkami. Jedno i drugie znaczenie wskazuje na pewnego rodzaju problemy z umiejętnością emocjonalnego „wczucia się” w sytuację człowieka pielęgowanego. Lecz są to problemy, z którymi możemy sobie poradzić w toku np. niestandardowej edukacji. Aby zwiększyć zakres tematycznego empatyzowania z osobami niewidomymi możemy zwiedzić „Niewidzialną Wystawę”.



Wojciech Nyklewicz

Foto. Maciej Krajewski

Zwiedzanie odbywa się w 8 osobowych grupach, a przewodnikami po wystawie są osoby niewidome. W recepcji zostaniemy poinformowani o tym, że odzież wierzchnią oraz osobiste rzeczy, a także telefony komórkowe i inne przedmioty wytwarzające dźwięk i światło należy schować do osobistych szafek w szatni. Przed rozpoczęciem zwiedzania zasadniczej części wystawy lub po jego zakończeniu możemy obejrzeć część widzialną, na której prezentowane są informacje o ważności zmysłu wzroku, o piśmie Braille’a, możemy spróbować napisać samodzielnie kilka zdań tym alfabetem, „przejrzeć” opuszkami palców atlas geograficzny. Możemy spróbować, jaką funkcjonalność mają

przedmioty codziennego użytku, jak przy braku wzroku nalać gorącą wodę do szklanki, jak oddzielić żółtko od białka, czy też jak wyłuskać ząbki czosnku. Możemy także opuszkami palców „zobaczyć”, która aktualnie jest godzina albo posłuchać mówiącego zegarka.

Osoby niewidome mogą samodzielnie i bez pomocy osób widzących zadbać o kolorystykę swojego ubrania. Specjalne urządzenie rozpoznaje barwy i mówi, jaki kolor mają np. skarpetki czy koszula. Również praca przy komputerze jest równie prosta jak dla osób widzących. Specjalne oprogramowanie czyta pisany na klawiaturze tekst, może również przeczytać edytowany tekst albo przeczytać książkę. Już większość stron internetowych jest projektowana w taki sposób, aby specjalne programy dla osób niewidomych głosowo informowały ich o zapisanej treści oraz podawały informacje o grafice strony.

Wszystkie te udogodnienia zdecydowanie ułatwiają życie i zapewniają bezpieczeństwo osobom niewidzącym, jednak nie da się wyobrazić sobie „niewidzialnego świata” jeśli stale posługujemy się wzrokiem. W tym celu przechodzimy do zasadniczej części wystawy, w której panuje całkowita ciemność, a w poszczególnych salach znajdują się eksponaty, które będziemy musieli zobaczyć „oczami osób niewidomych”. Pani z recepcji zaprasza naszą grupę przed drzwi wejściowe do niewidzialnej części. Informuje o tym, że za chwilę wprowadzi nas do zaciemnionej części i w pokoju przygotowawczym spotkamy się z naszą Przewodniczką – osobą niewidomą, która oprowadzi nas po całej wystawie. Prosi także o odłożenie na stole okularów, bo będą nam zupełnie niepotrzebne.

Wchodzimy do ciemnego pomieszczenia, do którego przez kotarę wpadają resztki światła z recepcji, po czym zostawia nas i zamyka za sobą drzwi. Zapada całkowita ciemność, a my słyszymy otwierające się w innym miejscu drzwi, a po chwili niezwykle ciepłym i pewnym głosem przedstawia się nasza Przewodniczka. Pyta się o oswojenie z ciemnością, a potem prosi o przedstawienie się

uczestników grupy. Od tego momentu będzie zwracała się do nas wszystkich po imieniu. Bardzo dokładnie informuje o tym, co za chwilę wydarzy się oraz w jaki sposób poruszać się po wystawie. Po czym przechodzimy do następnego pomieszczenia, które urządzone jest jak mieszkanie. Są w nim wszystkie meble i sprzęty, które należy odnaleźć i „zobaczyć” je dotykiem, a także opowiedzieć, jak je postrzegamy. Poruszamy się pomiędzy salonem, sypialnią, pokojem dziecka wypełnionym zabawkami, kuchnią i łazienką. Okazuje się, że dotykiem widać znacznie więcej niż wzrokiem. Jasne, że nie widać barw, ale za to „widać” konsystencję, ciepłość lub chłód, kształty, ciężar, jakby nagle dotyk stał się bardziej wrażliwy przy całkowitym braku światła. Nasza Przewodniczka rozmawia z nami, jest niezwykle akceptująca dla naszych niepowodzeń w rozpoznawaniu niewidocznego świata i ciągle zachęcająca do kolejnych „badań” otoczenia.

Za chwilę Jej głos słyszymy z zupełnie innego miejsca. Puka w drewnianą powierzchnię i prosi nas o podążanie za dźwiękiem. Zbieramy się pod drzwiami, którymi wydajemy na ulicę. Gdy jesteśmy gotowi, drzwi otwierają się, a z zewnątrz wlewa się hałas ulicy. Wychodzimy do miasta, którego nie widać, a które jest niezwykle głośnie. Słychać przejeżdżające samochody, rozmowy przechodniów, jakieś tramwaje... Idziemy wolno po prawdziwym, wyboistym chodniku. Nagle słychać pisk opon i ostry dźwięk klaksonu. Wszyscy krzyknęliśmy z przerażenia. Na szczęście nikomu nic się nie stało. Podążamy dalej. Po prawej stronie jest kiosk z gazetami, a dalej stragan z warzywami. Rozpoznaję ziemniaki, lecz zupełnie nie wiem, czym jest ta dość duża kula. Okazuje się, że na wdech może być to seler. Przechodzimy przez jezdnię. Nasilający się uliczny hałas mocno pogarsza orientację. Nie wiadomo, gdzie będzie drugi brzeg jezdni, bo nagle nie słychać rozmawiających przechodniów. Wzmaga się poczucie niepewności. Na szczęście, Przewodniczka woła nas do siebie i zabiera nas na trawnik. Okazuje się, że nogami w obuwii „widać” podłoże o zupełnie innej konsystencji. Jest dość miętko, nierówno, ręką sprawdzam – tak, to trawa. Nadal słychać uliczny gwar, ale sygnały ze stóp dają zupełnie inne „widzenie” świata. Mam wrażenie, że jestem daleko od pędzących samochodów, czuję się bezpiecznie.

Nasza Przewodniczka zbiera grupę i mówi, że za chwilę, przez magiczne drzwi wejdziemy do wiejskiego ogrodu. Przekraczamy próg i robi się cisza, śpiewają ptaki, odczuwam wyraźną ulgę. Wkoło są jakieś drzewa. Rozpoznaję korę iglaków. Jest także drewniana, mała chata. Na jej ścianie wiszą ogrodnicza narzędzia: grabie, łopata, sierp. Jest miętko, cicho i bezpiecznie. Rozmawiamy o swoim widzeniu świata. Trafnie rozpoznajemy fragmenty lasu. Za chwilę przejdziemy przez magiczny mostek wspinający się do góry, a potem opadający w dół. Słychać szemrzący strumyk. Za mostkiem mamy kolejną zbiórkę. Tym razem pójdziemy do niewidzialnej galerii rzeźb.

Wchodzimy przez drzwi, nasza Przewodniczka dzieli nas na dwie podgrupy i każdą z osobna prosi o podążanie w przestrzeni za dźwiękiem. Podchodzimy do pierwszej rzeźby. „Oglądanie” rękami polega na dotykaniu wszystkich szczegółów od stóp do głów. Okazuje się, że nie ma znaczenia, z której strony rzeźby stoje, by „zobaczyć” ją całościowo. Po prostu wiem, jakie szczegóły „widoczne” są z przodu, a jakie z tyłu rzeźby. Poznajemy tak i odgadujemy nazwy 6 rzeźb. Nie wszystkie „spojrzenia” dają się poprawnie zinterpretować. Jeśli brakuje nam wcześniejszej wiedzy ze świata widzialnego, mamy problem z odgadnięciem nazwy figury. Ale to nie jest problem, gdyż to pierwsze „widzenie” w niewidzialnym świecie danego obiektu przecież będziemy mogli później porównać np. z fotografią z Internetu.

Z galerii rzeźb wchodzimy do niewidzialnej kawiarni. Gdzieś w przestrzeni słychać głos naszej Przewodniczki, która zaprasza nas do baru, przy którym stoją wysokie krzeselka. Teraz będziemy mogli zamówić sobie kawę lub inny napój i zapłacić za nie monetami. Jest to także czas na posiedzenie przy wspólnym „stole” i porozmawianie o wrażeniach, zadawanie pytań, nauczanie się jeszcze czegoś nowego. Przewodniczka przyjmuje zamówienia i podaje nam wybrane napoje. Jestem zdumiony, z jaką precyzją stawia przede mną filiżankę kawy. Aby zapłacić monetami, uczymy się charakterystycznych, dotykowo sprawdzalnych cech monet. Okazuje się, że nie wszystkie dają się od razu trafnie rozpoznać. Dostajemy resztę i również mamy sprawdzić, jaki jest nominał monet.

Jedno z pytań dotyczy zmysłu węchu. Zdaniem niewidomej Przewodniczki, jest on lepiej rozwinięty u osób niewidzących. Po prostu, przechodząc ulicą, ludzie widzący czytają reklamy np. o pizzy, zaś niewidomi czują aromat tej, na którą mają apetyt. Okazuje się, że miasto pachnie w różnych częściach inaczej, również inaczej w poszczególnych porach roku.

Nasze spotkanie w niewidzialnej kawiarni dobiega końca. Przechodzimy do śluzy, w której przygotowujemy się na spotkanie z widzialnym światem. Przewodniczka prosi o zamknięcie oczu, otwiera drzwi i odsłania kotarę tak, aby wypuścić trochę światła i rozrzedzić ciemność. Prosi o powolne otwarcie oczu. Niewielkie smugi światła rażą i wywołują ból oczu. Gdy czujemy się przyzwyczajeni, możemy wejść do recepcji. Szok świetlny trwa jeszcze przez chwilę. Nasza Przewodniczka wychodzi za nami i dziękuje za wspólną wycieczkę. W tym momencie widzimy ją po raz pierwszy w życiu. Jest niewysoką, młodą i ładnie uśmiechniętą kobietą. Jej głos miękki, pewny i ładnie brzmiący w niewidzialnym świecie dużo o niej mówił. Teraz rozpraszam sobie, że część informacji wzrokowych, choć dla mnie bardzo ważnych, przytłacza te, pochodzące z innych zmysłów.

Niewidzialna Wystawa jest świetną lekcją empatii wobec osób niewidomych, ale także treningiem osobistej wrażliwości zmysłowej, wyostrenia postrzegania i refleksji nad stosunkiem do świata w ogóle. Przewodniczka okazała nam ogromną cierpliwość, otoczyła niewidzialną opieką, której skutki są odczuwalne i dające się powielać wobec innych ludzi. Akceptująca i nieoceniająca postawa dały ogromną przestrzeń do rozwoju. To trzeba „zobaczyć”, przeżyć, posłuchać, by zdobyte doświadczenie móc przenieść do własnej praktyki pielęgnowania człowieka i nauczania pielęgniarstwa.

„Neviditelná výstava” jest czynna do końca 2013 r. w Ratuszu Nowego Miasta w Pradze (Novoměstská radnice, Karlovo nám. 1/23 – wejście od ulicy Vodičkově, 120 00 Praha 2, Czechy). Adres internetowy: <http://neviditelna.cz/> „Niewidzialną Wystawę” w Warszawie można zwiedzać po uprzednim zarezerwowaniu biletów pod adresem: <http://niewidzialna.pl/> ■

Wpływ pracy nocnej na zdrowie pielęgniarek

Bernadeta Jędrzejkiewicz,
studentka III roku pielęgniarstwa UM Lublin

Ewelina Kojder,
studentka III roku pielęgniarstwa UM Lublin

Zawody, które służą drugiemu człowiekowi, niosą pomoc w wypadkach, ratują życie i zdrowie są nie tylko pracą, ale także misją. Specyfika zadań jaką pełnią placówki ochrony zdrowia, straż pożarna, policja wymaga odpowiedniej organizacji pracy. W poniższym artykule postaramy się przybliżyć zagrożenia i wpływ nocnej pracy dla zdrowia. Według Kodeksu Pracy *Praca nocna* obejmuje 8 godzin pomiędzy godzinami 21:00 a 07:00.^[1]

Osoba, która choć raz pracowała na nocną zmianę doskonale wie, jaki negatywny wpływ ma ona na samopoczucie. Skutki pracy nocnej można podzielić na biologiczne, zdrowotne i socjologiczne. Najważniejszy – skutek biologiczny wynikający z zakłóceń rytmów wewnętrznych to zaburzenia snu. Praca, która wymaga aktywności w nocy a snu w dzień, pozostaje w sprzeczności z przebiegiem procesów życiowych organizmu. Skutki socjologiczne są indywidualne dla każdego człowieka, ponieważ w dużym stopniu zależą od wieku, płci, stanu cywilnego, liczby i wieku dzieci oraz osobowości pracownika. Natomiast do skutków zdrowotnych pracy nocnej należy wpływ na: psychikę, samopoczucie i sen, układ krążenia i pokarmowy, hormonalny, prokreację. Szczególny wpływ praca nocna ma na funkcjonowanie pracownika z chorobami przewlekłymi np. astmą oskrzelową i cukrzycą [1].

Wpływ pracy nocnej na poszczególne układy

Układ krążenia:

- Nadciśnienie tętnicze,
- Choroba wieńcowa.

Układ pokarmowy:

- Brak apetytu po przepracowanej nocy,
- Objawy dyspeptyczne,
- Zgaga,
- Nieregularność wypróżnień,
- Choroba wrzodowa.

Układ hormonalny:

- Zły wpływ na gruczoły, które wydzielają hormony w rytmie dobowym (trzustka, kora nadnerczy, gruczoł tarczowy).

Zaburzenia neuropsychiatryczne:

- Nerwice,
- Stany lekowe,
- Depresje,
- Większe ryzyko wystąpienia napadu padaczkowego [1].

Praca w nocy wykonywana przez kobiety ma negatywny wpływ na układ rozrodczy, często powoduje zaburzenia miesiączkowania. Zaburzenia te prowadzą do skrócenia trwania cyklu miesięcznego i do nieprawidłowego przebiegu fazy lutealnej. Może to doprowadzić do zaburzeń owulacji, co z kolei jest przyczyną zmniejszenia szansy zajścia w ciążę. Wśród kobiet pracujących w systemie nocnym stwierdzono nieznacznie zwiększony wzrost ryzyka poronienia samoistnego. Istnieje również zależność między pracą w nocy, a dwukrotnym ryzykiem niskiej masy urodzeniowej noworodka i ryzykiem porodu przedwczesnego.

W a h a n i a stężenia melatoniny w krwi, związane z zaburzeniem snu wynikającym z pracy nocnej mogą mieć działanie karcynogenne. Stwierdzono wpływ na rozwój raka gruczołu piersiowego, raka jelita grubego, gruczołu krokowego, raka jajnika i endometrium [1].

Najczęstszymi dolegliwościami zgłaszanymi przez osoby pracujące w godzinach nocnych są zaburzenia snu. Dla wielu osób sen w godzinach dziennych nie rekompensuje braku odpoczynku nocnego. Konsekwencją braku snu jest niepokój, drażliwość, napięcie i nerwowość. Po dłuższym czasie może dojść do rozwoju depresji i zmęczenia przewlekłego.

Przy wystąpieniu niekorzystnej konfiguracji następstw biologicznych, socjologicznych i zdrowotnych może dojść do wystąpienia zespołu nietolerancji pracy nocnej.

Do objawów zespołu nietolerancji pracy nocnej należą: zaburzenia snu, chroniczne zmęczenie, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia psychoneurotyczne, dolegliwości sercowo-naczyniowe, zaburzenia funkcjonowania społecznego, negatywna postawa wobec pracy nocnej, zmniejszenie ogólnej satysfakcji życiowej, nasilenie palenia tytoniu, większe spożycie alkoholu, kawy, leków uspokajających

i nasennych. W skrajnych przypadkach może dojść do pojawienia się *paraliżu zmiennej nocnej* – *night shift paralysis*. Zespół ten polega na niemożności wykonywania ruchów lub bardziej skomplikowanych czynności fizycznych przy zachowanej świadomości [3].

Schorzenia wymienione w powyższej tabeli często wymagają przyjmowania dużej ilości leków. Praca w systemie nocnym wpływa na ich działanie. Efekt leczniczy i farmakokinetyka leków zależne są od rytmów dobowych. Farmakokinetyka większości leków określana jest tylko dla pory dziennej, natomiast taka sama dawka przyjęta w nocy wykazuje inną siłę działania niż w dzień. Zmienne pory snu i czuwania wymagają dostosowania odpowiedniej dawki leku [1].

Aby minimalizować skutki pracy na nocną zmianę należy przestrzegać zasad profilaktyki oraz rekompensować uciążliwość pracy. Najważniejsze zasady to [1, 2]:

1. Higieniczne ułożenie harmonogramu dyżurów w celu zminimalizowania deficytu snu:
 - Ograniczenie liczby kolejnych zmian nocnych do minimum,
 - Zapewnienie po każdej zmianie nocnej co najmniej 24 godzin czasu wolnego,
 - Czas pracy nocnej powinien być odwrotnie proporcjonalny do poziomu jej intensywności.
2. Zapewnienie pracownikom ciepłego, lekkostrawnego posiłku w godzinach 0:00-02:00 – opóźnia to rozwój senności i zmęczenia.
3. Zapewnienie opieki medycznej:
 - Systematyczna kontrola stanu zdrowia (badania wstępne, okresowe, kontrolne, celowane);
 - Opieka ogólna i ginekologiczna.
4. Jeżeli istnieje taka możliwość, należy zapewnić pracownikom sen w godz. 01:00-03:00.
5. Dbanie o dobre warunki pracy:
 - Przy obciążeniu pracą należy uwzględnić różnicę płci w sprawności i wydolności fizycznej,
 - Umożliwienie korzystania z dni wolnych od pracy, w wypadku dolegliwości wynikających z rytmu menstruacyjnego i pracy nocnej,

Tab. 1. Przeciwwskazania do pracy nocnej i zmianowej
(wg Pokorskiego i wsp., 1995) [1]

	Przeciwwskazania bezwzględne	Przeciwwskazania względne
Układ wydzielania wewnętrznego	- Cukrzyca insulinozależna - Nadczynność tarczycy - Inne niewyrównane choroby układu wydzielania wewnętrznego	- Cukrzyca insulinozależna pod dobrą kontrolą terapeutyczną - Nadczynność tarczycy dobrze poddająca się leczeniu - Nieregularne miesiączkowanie
Układ oddechowy	Przewlekłe zaporowe schorzenia płuc	Astma oskrzelowa lub przewlekłe zaporowe schorzenie płuc, jeśli dobrze poddaje się leczeniu
Układ nerwowy	- Stany pourazowe z aktualnymi objawami - Padaczka z tendencją do napadów - Psychozy - Nerwice z dużym nasileniem objawów, trudne do leczenia - Zaburzenia snu trudne do leczenia	- Stany pourazowe, obecnie bez objawów - Objawy padaczkowe w przeszłości, obecnie bez objawów - Umiarkowane nasilone nerwice pod dobrą kontrolą terapeutyczną - Alkoholizm i inne uzależnienia - Zaburzenia snu wymagające leczenia (np. zespół bezdechu sennego)
Układ pokarmowy	- Czynna choroba wrzodowa wymagająca stałego leczenia - Choroba wrzodowa z powikłaniami w przeszłości (przebiecie wrzodu, krwotok, stenoza) - Przewlekłe zapalenie trzustki - Przebyte wirusowe zapalenie wątroby z aktualnie podwyższonymi wskaźnikami zapalnymi, - Niewyrównana marskość wątroby	- Choroba wrzodowa w przeszłości, w stadium remisji - Choroba wrzodowa bez obecnego owrzodzenia, bez dolegliwości - Przewlekłe stany zapalne w zakresie przewodu pokarmowego oraz zaburzenia motoryki - Kamica żółciowa lub czynnościowe zaburzenia dróg żółciowych - Wyrównana marskość wątroby
Układ krążenia	- Zawał mięśnia sercowego w okresie ostatnich 12 miesięcy - Niestabilna choroba niedokrwienności serca - Nadciśnienie tętnicze III° - Nadciśnienie tętnicze I° i II° trudne do leczenia - Hiperkinetyczne dolegliwości sercowe trudne w leczeniu	- Inne stany niewymagające stałej diety - Zawał mięśnia sercowego przed ponad 12 miesiącami, obecnie bez dolegliwości i zaburzeń rytmu - Choroba niedokrwienności serca poddająca się leczeniu - Nadciśnienie I i II° poddające się leczeniu - Hiperkinetyczne dolegliwości sercowo poddające się leczeniu
Narządy zmysłów		Niedowidzenie w ciemności („kurza ślepota”)
Inne	- Nowotwory złośliwe - Przewlekła niewydolność nerek	

- Dbałość o dojazd pracowników do pracy.
6. Edukacja pracownika w zakresie racjonalnego wykorzystywania czasu wolnego od pracy (np. drzemka poobiednia), odżywiania, utrzymania sprawności fizycznej, radzenia sobie ze stresem.
 - 7.

Bardzo istotne są działania kompensacyjne uciążliwości pracy, które są rozpowszechnione w krajach Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych. W krajach tych finansowo zwiększa się atrakcyjność pracy,

dzięki temu często podejmują ją osoby, które wcześniej nie były nią zainteresowane. Osobom pracującym na noc zmianę powinny przysługiwać dodatkowe urlopy oraz wypoczynkowe pobyty w uzdrowiskach. W Niemczech osoby po przekroczeniu 50 roku życia, które pracowały w systemie zmianowym i nocnym, korzystają z 2-3 tygodniowych pobytów w sanatorium [2].

Warto wiedzieć

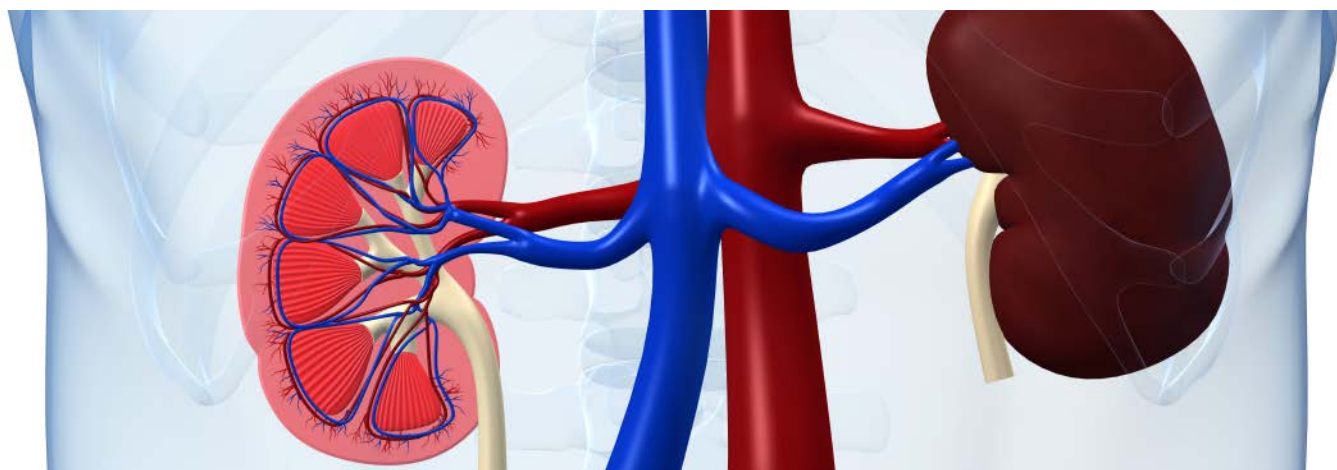
- Najniższa zdolność do pracy pojawia się około 03:00 w nocy. Następuje wtedy

zmniejszona aktywność układów: krążenia, oddechowego. Obserwuje się także najniższą temperaturę ciała i najmniejszy poziom przemiany materii.

- W nocy pogarsza się koordynacja ruchowa. Dlatego praca fizyczna w nocy wymaga większego wydatku energetycznego.
- W testach psychologicznych stwierdzono pogorszenie funkcji psychicznych i intelektualnych w godzinach nocnych.
- W nocy szybciej pojawia się zmęczenie fizyczne i psychiczne. Ponadto osoby o niskiej wydolności fizycznej gorzej tolerują pracę w nocy, gdyż wymaga ona większego wydatku energetycznego.
- Osoby starsze gorzej tolerują pracę w nocy. Istnieją ograniczenia w zatrudnianiu w porze nocnej dla mężczyzn powyżej 55 lat i kobiet powyżej 50 lat.
- Osoby o chronotypie wieczornym tzw. „sowy” lepiej tolerują pracę w nocy niż osoby o chronotypie porannym tzw. „skowronki”. U „sów” istnieje mniejsze ryzyko zaburzeń w funkcjonowaniu układu krążenia.
- Z badań przeprowadzonych w Szwecji wynika, że istnieje istotny związek między pracą nocną w młodym wieku a występowaniem stwardnienia rozsianego. Osoby, które pracowały na zmiany przez minimum trzy lata przed 20. rokiem życia były około dwukrotnie bardziej narażone na SM niż osoby, które nigdy nie pracowały w ten sposób [4].
- Przepracowanie jednej nocy nie zaburza istotnie funkcjonowania organizmu, dopiero większa ilość może prowadzić do zaburzeń. Organizm człowieka jest w stanie „przestawić” się bez żadnych problemów w funkcjonowaniu o 1,5 godziny na dobę przy przestawieniu czasu wstecz.
- Podczas pracy w nocy pracownik ma problem ze spożyciem ciepłego, lekkostrawnego posiłku. W większych ilościach spożywa kawę oraz pali papierosy. ■

Bibliografia

1. B. Bilski, Higiena pracy w pielęgniarstwie, UM w Poznaniu, Poznań 2009, s. 110-117
2. G. Gawel, Czas pracy. Praca zmianowa [w:] A. Ksykiewicz- Dorota, Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 118-125.
3. J. Marcinkowski, Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 62-66.
4. <http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1652080,1,praca-zmianowa-w-wieku-nastoletnim-zwieksza-ryzyko-sm,index.html> [data dostępu: 10.03.2013]



Pielęgnacja pacjenta z cewnikiem w pęcherzu moczowym

Zakażenie układu moczowego to schorzenie często pojawiające się u pacjentów z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego. W większości oddziałów szpitalnych w mniejszym lub większym stopniu wykonuje się zabieg cewnikowania. Każda ingerencja w jałowe środowisko układu moczowego niesie za sobą możliwość wtargnięcia drobnoustrojów. ZUM jest bardzo dyskomfortowe dla pacjenta i jednocześnie jest przyczyną przedłużającej się hospitalizacji. Zatem istotne okazuje się właściwe wykonanie zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego oraz odpowiednia pielęgnacja pacjenta. Dzięki dostosowaniu się do podstawowych zasad ryzyko rozwoju infekcji dróg moczowych na pewno się obniży.

Zabieg cewnikowania pęcherza moczowego poznaje już student studiów pielęgnarskich – licencjackich. Już na etapie edukacji można zapoznać się z samą czynnością jak i z pielęgnacją pacjenta z cewnikiem. Jednak dużo błędów popełnia się przy zakładaniu cewnika i sprawowanej opiece. Można więc wysunąć hipotezę, że pomimo że jest to temat oczywisty, znany każdej praktykującej pielęgniarce/pielęgniarkowi to trzeba aktualizować i przypominać wiedzę na ten temat. To z czym mamy często do czynienia, sprzyja powstawaniu rutynowych zachowań, niekoniecznie zgodnych z najnowszymi standardami.



mgr Aneta Pawlak

Mocz w warunkach fizjologicznych jest płynem jałowym, czyli pozbawionym drobnoustrojów. Zakażenie układu moczowego to reakcja organizmu na pojawiające się w układzie moczowym kolonie bakterii. Terminem bakteriuria określaną jest obecność bakterii w moczu [1,2,3].

Zakażenie układu moczowego to stan powodujący silny dyskomfort osoby chorej. Najczęściej występującymi objawami ogólnymi są: podwyższona temperatura ciała, dreszcze, ogólne osłabienie, nudności i wymioty. W zależności od odcinka układu moczowego, w obrębie którego doszło do zakażenia, charakterystyczne są odmienne objawy miejscowe. W sytuacji zajęcia przez infekcję cewki moczowej chory odczuwa silny ból i pieczenie w cewce, śluzowy lub ropny wyciek, częstomocz z silnym bólem. W sytuacji

zajęcia pęcherza moczowego głównie dominują bóle w okolicy nadłonowej, parcie na mocz, bolesne oddawanie moczu połączone z częstomoczem. Przy zakażeniach górnych dróg układu moczowego przeważają objawy ogólnoustrojowe [1,2,3].

Wewnątrzszpitalne zakażenia dróg moczowych najczęściej wywoływane są przez *Escherichia coli*, coraz częściej źródłem infekcji jest *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas* i *Enterobacter* [1,2,3].

Cewnikowanie pęcherza moczowego

Cewnikowanie pęcherza moczowego jest czynnością wykonywaną przez pielęgniarke, położną, lekarzy. Głównym celem cewnikowania jest odprowadzenie moczu np. w przypadku zalegania, po zabiegach operacyjnych, w przeroście gruczołu krokowego, bądź w celu kontroli diurezy [4].

Założenie cewnika zgodnie z obowiązującymi zasadami aseptyki i antyseptyki zmniejsza ryzyko zainfekowania układu moczowego. Istotne jest wykonanie przed samą czynnością cewnikowania dokładnej

toalety krocza w celu usunięcia widocznych zabrudzeń i zredukowania drobnoustrojów bytujących na skórze [4].

Personel wykonujący czynność musi również pamiętać o podstawowej zasadzie, jaką jest wykonanie higienicznego mycia i dezynfekcji rąk według schematu Aylife'a. Zaleca się cewnikowanie pęcherza moczowego przez dwie osoby, gdzie jedna osoba w jałowy sposób dezynfekuje ujście cewki moczowej i zakłada cewnik, natomiast druga asystuje poprzez otwieranie jałowych pakietów i zapewnia właściwe ułożenie chorego. Czynność założenia cewnika wykonuje się w jałowych rękawiczkach, które należy założyć w taki sposób, aby nie doszło do ich zainfekowania [4].

Ważną zasadą, jeszcze nie we wszystkich placówkach wprowadzoną, jest używanie jałowego żelu znieczulającego i dezynfekującego w jednorazowym dozowniku np. w formie jałowej strzykawki. Tak przygotowany fabrycznie żel należy w całości podać bezpośrednio do cewki moczowej. Dzięki temu jest lepszy „poślizg” dla wprowadzanego cewnika, co zmniejsza dodatkowo ryzyko uszkodzeń w obrębie cewki moczowej szczególnie u mężczyzn. Nie zaleca się nakładania jałowego żelu na powierzchnię cewnika, gdyż przy wprowadzaniu go do cewki znaczna jego część pozostaje na zewnętrznej części cewnika. Nie zaleca się również wykorzystywanie do jałowego zabiegu, jakim jest cewnikowanie pęcherza moczowego, lignokainy z tubki. Jedynym momentem, w którym preparat ten jest w największym stopniu jałowy to moment otwarcia. Duża pojemność opakowania powoduje, że znaczna ilość pozostaje po zabiegu.

Lecz kolejne wykorzystywanie preparatu z tubki, która przez pewien czas pozostawała otwarta, niesie za sobą duże ryzyko zainfekowania żelu, a następnie jałowego cewnika [4].

Do balonika uszczelniającego zaleca się wprowadzanie około 10 ml jałowej wody, taka objętość zapewni utrzymanie cewnika. Natomiast balonik z większą ilością płynu może spowodować powstanie odleżyny w obrębie pęcherza moczowego. Do wypełnienia balonika, nie wolno wykorzystywać roztworu soli fizjologicznej [4].

Błędy popełniane przy zakładaniu cewnika do pęcherza moczowego, na podstawie własnych obserwacji:

- Nie wykonywanie toalety krocza, przed zabiegiem cewnikowania,
- Nie dezynfekowanie ujścia cewki moczowej przed założeniem cewnika,
- Nie dokładne umycie rąk przed zabiegiem,
- Nie używanie do zabiegu jałowych rękawiczek,
- Wykonywanie zabiegu przez jedną osobę, co powoduje duże ryzyko zainfekowania jałowego cewnika,
- Wykorzystywanie do zabiegu Lignokainy z tubki, wcześniej już używanej,
- Do uszczelniania balonu wykorzystywanie roztworu soli fizjologicznej.

Uważam, że popełnienie choćby jednego lub dwóch z wyżej wymienionych błędów, może przyczynić się do rozwoju zakażeń. Niestety z własnego doświadczenia praktycznego wiem, że błędy te są często popełniane.

Pielęgnacja chorego z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego

Pacjent z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego może normalnie funkcjonować i wykonywać codzienne czynności. Należy jednak pamiętać o kilku zasadach, których przestrzeganie redukuje ryzyko wystąpienia zakażeń układu moczowego. Zasad tych powinien przestrzegać personel w stosunku do chorego niesamodzielnego, bądź poinstruować i sprawdzić efektywność przekazanego instruktażu chorym samodzielnym.

Podstawowe zasady pielęgnacji [4]:

- Dokładna codzienna toaleta krocza,
- Część zewnętrzną cewnika należy myć wodą z mydłem,
- Należy uważać, aby nie doszło do wsuwania cewnika (jego zewnętrznej części) głębiej do środka,
- Można na czas kąpieli odłączyć worek, a cewnik zabezpieczyć jałową zatyczką, po kąpieli należy podłączyć nowy worek,

- Po umyciu cewnik można zdezynfekować preparatem do dezynfekcji błon śluzowych (nie zaleca się stosowania do dezynfekcji części zewnętrznej cewnika preparatów alkoholowych, gdyż mogą wywołać u chorego dyskomfort w postaci pieczenia, swędzący czy szczypania),
- Worek zbiorczy na mocz musi być ułożony poniżej poziomu pęcherza moczowego (zapobiega to cofaniu się moczu do pęcherza),
- Worek na mocz nie powinien znajdować się na podłodze (jest to duże siedlisko drobnoustrojów),
- Dren odprowadzający mocz do worka nie powinien się załamywać, mocz musi mieć swobodny przepływ,
- Chory z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego powinien spożywać większą ilość płynów (jeżeli nie ma innych przeciwwskazań do tego) w celu rozcieńczenia moczu i „wypłukania” bytujących drobnoustrojów, również zapobiega to zaleganiu moczu,
- Opróżnianie worka należy dokonywać co najmniej dwa razy na dobę, należy unikać przepełniania worka (mocz nie ma możliwości odpływu lub dojdzie do wycieku moczu z worka, co stanowi potencjalne miejsce do wnikania drobnoustrojów),
- Worki należy wymieniać co 3-4 dni (choć im częściej, tym lepiej), mocz jest idealnym podłożem do mnożenia się drobnoustrojów, głównie ze względu na obecność substancji odżywczych,
- Opróżnianie worka należy wykonywać w taki sposób aby zmniejszyć ryzyko wtargnięcia drobnoustrojów (zawór spustowy nie powinien zanurzać się w moczu w pojemniku, do którego jest opróżniany, należy zawsze pamiętać, by po opróżnieniu worka zamknąć jego zawór) [4].

Zasady pobierania moczu do badania bakteriologicznego od chorego z cewnikiem

Jednym z podstawowych badań wykonywanych w celu diagnostyki zakażeń układu moczowego jest badanie bakteriologiczne moczu. Istotne jest właściwe pobranie próbek moczu, gdyż pobranie go bez zachowania podstawowych zasad może spowodować uzyskanie wyniku fałszywie dodatniego [1].

Najbardziej optymalną formą uzyskania moczu na posiew od chorego z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego jest usunięcie starego i założenie nowego zgodnie z obowiązującymi zasadami aseptyki i antyseptyki [1].

Przed czynnością można podać choremu większą ilość płynu do picia w celu wypełnienia pęcherza (bezpośrednie uzyskanie próbek). Należy jednak pamiętać, że zbyt intensywne rozcieńczenie moczu może spowodować zmniejszenie liczby drobnoustrojów w 1ml moczu. Cewnik wprowadzany jest aseptycznie. Pierwsza porcja uzyskanego moczu jest odrzucana (do 30 ml), natomiast kolejna pobierana jest do jałowego pojemnika (zasada środkowego strumienia) [1].

W sytuacji kiedy nie można usunąć cewnika, należy zdezynfekować port, przez który trzeba pobrać próbkę moczu. Należy odczekać na zadziałanie preparatu. Wprowadzić poprzez zdezynfekowany port jałową końcówkę strzykawki lub jałową igłę połączoną ze strzykawką (w zależności od rodzaju portu), pobrać mocz do jałowej strzykawki i przelać do odpowiedniego pojemnika [1].

Podsumowanie

Cewnikowanie pęcherza moczowego to zabieg często wykonywany u chorych hospitalizowanych. Powinien być wykonywany w uzasadnionych sytuacjach, a nie – jak często się zdarza – dla wygody pracowników. Szacuje się, że każdego dnia ryzyko rozwoju zakażenia wzrasta o 5 %, a po 10 dniach u 50% pacjentów cewnikowanych stwierdza się bakteriomocz. Zakażenia układu moczowego u chorych z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego stanowią nawet do 40% wszystkich zakażeń wewnątrzszpitalnych [1,2].

Foley to dobrze znana nazwa. Technikę zakładania cewnika uczy się student pielęgniarstwa już na I roku studiów licencjackich. Wszystko na temat pielęgnacji chorego z cewnikiem powinno być oczywiste dla pracującego personelu.

Należałoby zatem zadać pytanie: Dla czego personel pielęgniarstwa nie zawsze przestrzega podstawowych zasad przy zakładaniu cewnika i pielęgnacji pacjenta pomimo posiadanej wiedzy? Odpowiedź pozostawiam do osobistej refleksji czytelnika. ■

Piśmiennictwo:

1. K. A. Wardyna, K. Życińska (red.), *Zakażenia układu moczowego*, Wyd. Czelej, Lublin 2006.
2. M. Fryczkowski (red.), *Podstawy urologii*, Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2000.
3. D. Talarcka, D. Zozulińska-Ziółkiewicz (red.), *Pielęgniarstwo internistyczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
4. M. Ciuruś, *Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia*, Wyd. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.



Edukacja pacjenta z przetoką tętniczo-żylną



Katarzyna Bednarczyk
mgr pielęgniarstwa

*Ani złamanie kości, ani zaniki mięśni,
ani nieudolność pracy gruczołów
nie powoduje natychmiastowego
zagrożenia życia,
nawet mózg może iść spać,
ale jak tylko przestaną pracować
nerki...
tego nie zniosą ani kości, ani mięśnie,
ani gruczoły, ani mózg.*

Homer W. Smith

Wraz z postępem przewlekłej choroby nerek (PChN) u chorych zakwalifikowanych do leczenia powtarzanymi hemodializami pojawia się konieczność założenia stałego dostępu naczyniowego, który jest podstawowym zagadnieniem dializoterapii. Standardem dostępu naczyniowego dla celów przewlekłej hemodializy (HD) pozostaje przetoka tętniczo-żylna wytworzona z naczyniów własnych chorego. Sprawny dostęp naczyniowy do hemodializy warunkuje wykonanie zabiegu i wpływa bezpośrednio na jakość życia pacjentów przewlekle hemodializowanych. Pacjent powinien poznać zasady samopielęgnacji przetoki i być w pełni świadomy, że od jego zaangażowania zależy

możliwość wykonania skutecznych zabiegów hemodializy [1].

W kręgach nefrologicznych uważa się, że przetoka to linia łącząca pacjenta z życiem [3].

Personel medyczny powinien posiadać pełny zakres informacji na temat prawidłowo działającej przetoki tętniczo-żytnej. Jednak nikt nie zna ciała chorego, tak jak on sam i nikt tak szybko nie zauważy zmian w przetoce, jak jej właściciel. Dlatego chory dializowany powinien sam nauczyć się, jak dbać o swoją przetokę tętniczo-żylną. Należy zatem umożliwić profesjonalną pomoc pielęgniarską, aby nauczyć go obserwacji oraz samopielęgnacji nowo założonej przetoki t-ż do hemodializy [2].

Od chwili założenia przetoki t-ż niezbędne jest, aby pacjent zrozumiał na czym polega jej pielęgnacja.

Bardzo ważne jest codzienne badanie działania przetoki. Zwracamy tutaj uwagę na wyraźny szmer tętnienia krwi, najczęściej w jednym charakterystycznym miejscu. Badanie wymaga niewielkiej wprawy, którą chory uzyskuje już po kilku badaniach. W prawidłowym badaniu należy przykładć palce na całej długości żyły, od miejsca zespolenia z tętnicą (kilka centymetrów nad zgięciem łokciowym). Ocena przetoki na całej jej długości zabiera nie więcej jak minutę i powinna być wykonywana kilka razy dziennie (co najmniej trzy: po

przebudzeniu, około południa i przed zaśnięciem). W przypadku stwierdzenia braku tętna nad jakimkolwiek odcinkiem przetoki należy fakt ten NATYCHMIAST zgłosić lekarzowi.

Miejsce zespolenia tętniczo-żylnego należy traktować bardzo ostrożnie przez kilka dni po wytworzeniu – jest to rana pooperacyjna i nie można tego miejsca myć i moczyć opatrunku. Po zagojeniu rany pooperacyjnej (ok. 2 tygodni) rękę z przetoką należy myć ciepłą (nie gorącą) wodą z mydłem i osuszać ręcznikiem. W każdej Stacji Dializ wyznaczone jest miejsce do mycia rąk przed i po dializie. Należy także myć rękę z przetoką wodą z mydłem przed każdą dializą.

Ważne jest prawidłowe tamowanie krwawienia po wyjęciu igieł dializacyjnych. Miejsce krwawienia uciskamy trzema palcami (nie może to być zbyt silny ucisk) tak, by krew nie przesączała przez gazik, ale żeby podczas tamowania cały czas było wyczuwalne tętno. Opatrunek, którym zabezpieczamy miejsce po wkłuciu usuwamy następnego dnia (nigdy nie usuwamy gazików przed snem).

W razie krwawienia z przetoki trzeba ucisnąć (nie za mocno) krwawiące miejsce zwiniętymi, czystymi gazikami aż do czasu ustania krwawienia. Jeśli po 30 minutach nie doszło do zatrzymania krwawienia i narasta obrzęk okolicy przetoki należy jak

najszybciej skontaktować się z personelem Stacji Dializ.

Najważniejsze wskazówki dla pacjenta

Pamiętaj:

- NIE wyrażaj zgody na to, by ktokolwiek oprócz personelu Stacji Dializ nakłubał przetokę.
- NIE wyrażaj zgody na mierzenie ciśnienia tętniczego na ramieniu z przetoką.
- NIE noś koszul z ciasnymi rękawami, biżuterii, zegarka lub ciężkich przedmiotów na ramieniu, na którym założono przetokę.
- NIE śpij na tym ramieniu. Każdy ucisk trwający kilka minut zatrzymuje przepływ krwi i może spowodować jej zakrzepnięcie, co w konsekwencji może prowadzić do zatrzymania działania przetoki.

Pacjent powinien codziennie kontrolować przetokę zwracając uwagę na obecność objawów zakażenia, np.

- zaczerwienienie,
- nadmierne ocieplenie,
- obrzęk,
- sączenie się ropnej treści,
- dreszcze lub gorączka,
- ból lub tkliwość.

W razie wystąpienia któregośkolwiek z wymienionych objawów pacjent musi jak najszybciej zgłosić się do lekarza.

Wskazane jest początkowe wykonywanie ćwiczeń przetoki pod nadzorem personelu pielęgniarskiego, gdy kontroluje się postępy w tak zwanym jej „dojrzwaniu”. Odpowiednio przygotowana przetoka tętniczo-żylna do nakłucia to większy komfort dializy zarówno dla pacjenta, jak i personelu pielęgniarskiego. Ćwiczenia należy rozpocząć po usunięciu drenu Redona i po widocznym zmniejszeniu się obrzęku kończyny z przetoką. Jest to najczęściej możliwe już w 3-6 dobie po jej założeniu. Przed przystąpieniem do ćwiczeń pacjent powinien się nauczyć osłuchiwania szumu przetoki. Ćwiczenia te mają na celu przygotowanie, wzmocnienie, pogrubienie i uwidocznienie przetoki pacjenta. Trening dostępu naczyniowego należy wykonywać jak najczęściej aż do chwili jej tak zwanego „wyrobienia”, czyli poszerzenia światła i pogrubienia ściany żyły, jednak nie krócej niż 3 tygodnie. Personel może zdecydować, kiedy przetoka może zostać użyta [2].

Personel stacji dializ powinien nauczyć pacjenta prawidłowego treningu przetoki t-ż. Do ćwiczeń używamy stazy, którą zaciskamy maksymalnie wysoko na ramieniu w umiarkowany sposób. Zbyt mocne zacisnięcie może spowodować zatrzymanie krwi w przetoce. Pacjent do treningu przetoki

cura SWISS

healthcare schools

Kompleksowy program stażowy dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo - Szwajcaria

Curaswiss szwajcarska inicjatywa na rzecz kształcenia i zatrudnienia personelu pielęgniarskiego. Powstała przy współpracy z FREL's Schulen AG Lucern i Wyższą Szkołą Medyczną w Szwajcarii Środkowej (HFGZ).



Co oferujemy?

- > intensywne kursy języka niemieckiego od podstaw
- > możliwość zdobycia doświadczenia zawodowego
- > szkolenia zawodowe w klinikach i szpitalach (opieka mentora)
- > szkolenia specjalizacyjne: pogotowie ratunkowe, intensywna terapia, anestezjologia
- > stypendium wypłacane już na etapie szkoleń językowych w Polsce - wynagrodzenie od 83.800 CHF do 159.800 CHF
- > udział w projekcie jest bezpłatny - Curaswiss zapewni zakwaterowanie i wyżywienie na etapie szkoleń językowych

Zapraszamy do udziału!



Potrzebujesz więcej informacji?

Zadzwoń bądź napisz:
E-mail: rekrutacja@curaswiss.ch
Tel: +48 42 680 45 83
www.curaswiss.pl

Odwiedź nas na Facebook'u!

www.facebook.com/Curaswiss

może także używać miękkiej piłeczki. Zaciśnięcie ją energicznie, zgina i prostuje przedramię ręki z przetoką. Ćwiczenia te chory wykonuje w dni bez dializy [3].

Pacjenci z przetoką tętniczo-żylną wielokrotnie są narażeni na niezrozumienie specyfiki schorzenia w różnych sytuacjach społecznych czy na innych oddziałach szpitalnych, gdzie są często hospitalizowani z powodu innych chorób współistniejących.

Inwazyjny charakter leczenia, przewidywanie problemów z przetoką, ślady po wielokrotnych wkłuciach są źródłem stresu i niepokoju. Jeśli pielęgniarka spokojnym głosem, w miłej atmosferze ze zrozumieniem wytłumaczy pacjentowi, jak ma dbać o przetokę tętniczo-żylną, to będzie się on czuł mniej zagubiony. To może pomóc mu ośwoić się z nową formą leczenia.

Pracując na stacji dializ, sama przekonałam się, że współpraca z pacjentem dializowanym może nieść same korzyści. Od dobrego samopoczucia chorego po adekwatną dializę, a co za tym idzie – lepsze wyniki leczenia. ■

Piśmiennictwo:

1. A. Grzelewska, J. Przybyła, M. Grzanek, K. Czyżewska, Analiza wpływu poziomu wiedzy pacjentów z wytworzoną przetoką tętniczo-żylną leczonych metodą powtarzalnych hemodializ na przestrzeganie zaleceń międzydializacyjnych, *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, tom 20, nr 1.
2. S. Rodak, *Żyj aktywnie. Magazyn dla osób z chorobami nerek i ich bliskich*, Warszawa 1/2009, s.20-23.
3. B. Rutkowski (red.), *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2008, s.116-118.

Przeszczepianie komórek krwiotwórczych

Przeszczepianie komórek krwiotwórczych jest zabiegiem stosowanym najczęściej w nowotworowych chorobach krwi oraz nienowotworowych dysfunkcjach szpiku kostnego. Polega na przeszczepieniu biorcy, po odpowiednim przygotowaniu komórek krwiotwórczych pobranych od dawcy. Dzięki postępowi w medycynie procedura ta jest ciągle ulepszana. Jeszcze nie tak dawno przeznaczona była wyłącznie dla pacjentów do 55 roku życia, teraz dzięki zastosowaniu nowych metod leczenia przygotowującego może być stosowana także u ludzi powyżej tego wieku. Zabieg, który jest szansą na całkowite wyleczenie lub przedłużenie życia chorego, wiąże się niestety z możliwością wystąpienia wielu powikłań, ze śmiercią włącznie. Choroba, izolacja, ale przede wszystkim wielka niewiadoma co do przyszłości to główne powody, dla których opieka nad pacjentem powinna być dokładnie zaplanowana. To właśnie pielęgniarka w tym czasie powinna być najbliższą osobą pacjenta, kimś komu można zaufać, na kogo można liczyć w każdej chwili, osobą, która go zrozumie nawet bez słów, aktywnie uczestniczącą w jego terapii i przygotowaniu do życia po transplantacji.

Ewa Mazur
Magister pedagogiki zdrowia
Licencjat pielęgniarstwa
Specjalistka z dziedziny Pielęgniarstwa Onkologicznego
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
im A. Mielęckiego w Katowicach

Część I Podstawy transplantacji komórek krwiotwórczych

Transplantacja komórek krwiotwórczych to zabieg polegający na przeszczepieniu biorcy takiej ilości komórek, która zapewni trwałe odtworzenie się hematopoezy. Jeżeli komórki pobierane są ze szpiku, za wartość progową przyjmuje się $> 1 \times 10^6$ komórek CD34/ kg wagi ciała biorcy, natomiast przy pobieraniu komórek z krwi obwodowej wartość ta wzrasta do $> 2,5 \times 10^6$ / kg. Bardzo ważna jest również ilość limfocytów w materiale przeszczepowym, gdyż duża ich liczba sprzyja silniejszej reakcji GvHD (Graft versus Host Disease, przeszczep przeciwko gospodarzowi). Za minimalną liczbę limfocytów konieczną do wszczepu przyjmuje się $0,3 \times 10^6$ / kg wagi ciała biorcy [1].

Wskazania do transplantacji komórek krwiotwórczych

Przeszczepienie komórek krwiotwórczych ma zastosowanie w leczeniu nowotworów wrażliwych na chemioterapię, nienowotworowych dysfunkcjach szpiku oraz niektórych chorobach wrodzonych.

Nowotwory wrażliwe na chemioterapię: białaczki, chłoniaki, szpiczaki,

ziarnice, zespoły mielodysplastyczne, guzy lite.

Nienowotworowe dysfunkcje szpiku: ciężka niedokrwistość aplastyczna, małopłytkowość samoistna przewlekła, popromienne i toksyczne uszkodzenie szpiku.

Choroby wrodzone: talasemia, zespół ciężkiego niedoboru immunologicznego, mukowiscydoza, niektóre postaci cukrzycy, toczeń rumieniowaty, reumatoidalne zapalenie stawów.

Rodzaje przeszczepień

W zależności od układu dawca-biorca możemy wyróżnić trzy rodzaje przeszczepień:

- Przeszczepienia autologiczne;
- Przeszczepienia allogeniczne spokrewnione i niespokrewnione;
- Przeszczepienia syngeniczne.

Przeszczepienie autologiczne polega na podaniu pacjentowi własnych komórek krwiotwórczych po uprzednim leczeniu mieloablacyjnym. Komórki pobiera się w okresie remisji choroby. Zaletą tego rodzaju przeszczepu jest brak powikłań związanych z GvHD, krótsza rekonwalescencja oraz brak konieczności dobierania dawcy, ale niestety mogą wystąpić trudności z pobraniem odpowiedniej ilości komórek i istnieje potencjalna możliwość ponownego wszczepienia nowotworu, mimo że szpik zostaje oczyszczany z komórek nowotworowych [2].

Przeszczepienie allogeniczne to podanie biorcy, uprzednio poddanemu leczeniu przygotowującemu, komórek krwiotwórczych pobranych od

zgodnego w zakresie antygenów dawcy spokrewnionego, częściowo zgodnego dawcy spokrewnionego lub zgodnego dawcy niespokrewnionego [2]. Przyczyną niepowodzenia tego rodzaju transplantacji może być wznowa choroby, obecność GvHD oraz powikłania toksyczne i infekcyjne [3].

Przeszczepienie syngeniczne jest najbardziej bezpieczne pod względem immunologicznym, ponieważ materiał przeszczepowy pochodzi od bliźniaka jednojajowego, jednak istnieje tutaj bardzo duże ryzyko wznowy choroby. Przyczyną tego jest brak oddziaływania immunologicznego pomiędzy komórkami dawcy i biorcy [4].

Sposoby pozyskiwania komórek krwiotwórczych

Podstawowym źródłem komórek krwiotwórczych jest szpik kostny. Szpik pobiera się z talerzy biodrowych w znieczuleniu ogólnym. Dorośli biorcy potrzebują około 1500 ml krwi zmieszanej ze szpikiem. Zabieg wymaga uzupełnienia masy erytrocytarnej traconej podczas zabiegu, konieczne jest więc zabezpieczenie krwi do autotransfuzji. Ewentualne powikłania mogą być związane głównie ze znieczuleniem ogólnym [5].

Kolejnym źródłem komórek krwiotwórczych może być krew obwodowa. Po uprzedniej stymulacji granulocytowym czynnikiem wzrostu wykonuje się aferezę krwi obwodowej, pobierając odpowiednią liczbę komórek. Afereza umożliwia pobranie większej ilości komórek jądrzastych, komórek CD34, limfocytów CD3 i komórek NK niż pobranie materiału ze szpiku. Przy przeszczepieniu tego rodzaju dochodzi do szybszej regeneracji granulocytów i płytek, co zmniejsza ryzyko zakażeń i zapotrzebowanie na przetoczenia preparatów krwi [4].

Krew pępowinowa (CB) może być także źródłem komórek krwiotwórczych do transplantacji. Objętość CB i całkowita liczba komórek są niewielkie, a do przeszczepienia należy użyć CB o zawartości ponad 2×10^7 komórek jądrzastych na kilogram wagi biorcy,



Autor zdjęcia Ewa Mazur, Koordynator transplantacji w Oslo (Norwegia) wydaje Autorce artykułu szpik dla polskiego biorcy

dlatego też tego rodzaju przeszczepienia wykonuje się głównie u dzieci [5].

Poszukiwanie dawcy

Powodzenie allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych zależy przede wszystkim od prawidłowego doboru dawcy i biorcy przeszczepu, co wiąże się z przeprowadzeniem szeregu badań obejmujących chorych, a także członków ich rodzin. Podstawowym badaniem jest typowanie antygenów zgodności tkankowej HLA klasy I i II w celu potwierdzenia genetycznej zgodności biorcy z dawcą. Antygeny HLA kodowane są przez zespół allelicznych genów zgrupowanych w krótszym ramieniu 6 chromosomu. W ich obrębie można wyróżnić trzy klasy genów, a ich produkty klasyfikowane są odpowiednio jako antygeny klasy I: HLA-A, HLA-B, HLA-C; klasy II: HLA-DR, HLA-DP, HLA-DQ oraz klasy III. Częsteczki klasy I obecne są na komórkach większości tkanek, natomiast częsteczki klasy II znajdują się głównie na komórkach zaangażowanych w odpowiedzi immunologicznej. Antygeny zgodności tkankowej cechują się dużym polimorfizmem, szczególnie antygeny HLA-A, B i DR. Każdy człowiek ma dwa komplety HLA klasy I i II (dwa haplotypy), jeden pochodzący od matki, drugi od ojca, co dodatkowo zwiększa ich różnorodność. Różnorodność ta powoduje, że urozmaicenie konstelacji antygenów zgodności tkankowej jest bardzo duże.

Dawcą do przeszczepu może być genetycznie zgodny w HLA brat lub

siostra, ale także w połowie zgodne jedno z rodziców lub rodzeństwo. Mówimy wtedy o przeszczepie od dobranej dawcy rodzinnej, gdzie biorca i dawca odziedziczyli te same geny od matki i ojca lub od dawcy alternatywnego – haplotypowo zgodnego [6]. Brak zgodnego dawcy rodzinnego zmusza do poszukiwania zgodnego w zakresie HLA dawcy niespokrewnionego, co odbywa się w systemie międzynarodowym. Ośrodek leczący wykonuje badania HLA a następnie zwraca się do POLTRANSPLANTU z wnioskiem o przeszukanie rejestrów i dobór dawcy. Wszystkie badania lekarskie, ubezpieczenie i hospitalizacja dawcy oraz pobranie i transport szpiku są w Polsce koordynowane i finansowane przez ośrodki transplantacyjne w ramach oddzielnego programu Ministerstwa Zdrowia [7].

Przygotowanie biorcy i przeprowadzenie transplantacji

Transplantacja naraża chorego na ogromny stres, jednak należy wziąć pod uwagę fakt, że czym prędzej się ją wykona, tym większe są szanse na jej powodzenie. Kryteria kwalifikacji do przeszczepu są różne w różnych ośrodkach, wszędzie jednak każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie. Dokładnie ocenia się ewentualne ryzyko i korzyści z planowanego zabiegu, rozważa się dostępność odpowiedniego dawcy, kondycję fizyczną pacjenta i prawdopodobieństwo sukcesu transplantacji [8].

Po zakwalifikowaniu do transplantacji i znalezieniu odpowiedniego dawcy, pacjent jest przyjęty do ośrodka transplantacyjnego zwykle na 14 dni przed planowaną transplantacją. Po kąpieli w środku dezynfekcyjnym trafia do specjalnie przygotowanej izolatki z nawiewem sterylnego powietrza (filtry HEPA) i zostaje poddany badaniom kontrolnym. Po uzyskaniu pozytywnych wyników badań krwi i biopsji szpiku zakłada się wkłucie centralne i rozpoczyna się leczenie przygotowujące według ściśle określonych standardów. Najczęściej jest to terapia ablacyjna, mająca na celu zniszczenie resztek nowotworu, usunięcie szpiku biorcy oraz immunosupresję. Postępy w medycynie pozwalają na przeprowadzenie przeszczepień przy zastosowaniu terapii o zmniejszonej intensywności (u osób powyżej 55 lat), istnieje jednak większe ryzyko nawrotu choroby niż przy terapii ablacyjnej. Cały czas trwają poszukiwania nowych metod leczenia, mniej toksycznych a bardziej skutecznych [3].

Po takim przygotowaniu wykonuje się transplantację szpiku. Transplantowane komórki krwiotwórcze przetacza się przez cewnik centralny pod nadzorem zespołu transplantacyjnego. Po zakończeniu zabiegu pozostaje już tylko czekanie na efekty.

Powikłania związane z przeszczepianiem szpiku

Zabieg przeszczepienia szpiku kosztownego ratuje życie wielu ciężko chorym pacjentom, należy jednak pamiętać, że wiąże się on również z wystąpieniem różnych powikłań, ze śmiercią włącznie.

Śmiertelność wiąże się ściśle z rodzajem zabiegu, wiekiem osoby przeszczepianej, jej stanem poprzedzającym wykonanie procedury i rodzajem choroby podstawowej. Możemy mówić o śmiertelności wczesnej – do 100 dni po zabiegu i śmiertelności późnej – po tym okresie. Śmiertelność wczesna zależy od samego zabiegu, toksyczności kondycjonowania i ostrej reakcji GvHD, śmiertelność późna wynika głównie z przewlekłej GvHD i infekcyjnych powikłań związanych z immunosupresją [2].

Toksyczność. Leczenie stosowane przed transplantacją ma na celu usunięcie szpiku razem z komórkami nowotworowymi, ale niestety jest ono również toksyczne dla pacjenta. Skutki tego leczenia pojawiają się około 1 tygodnia

po przeszczepie, mogą utrzymywać się przez 2-3 tygodnie i objawiają się całkowitą pancytopenią. Małopłytkowość i niedokrwistość można opanować substytucją preparatów krwi, ale znacznie trudniej jest przeciwdziałać skutkom agranulocytozy. Mimo optymalnych warunków zapobiegania infekcjom zawsze istnieje ryzyko ich wystąpienia [2]. Toksyczność przejawia się również nadżerkami w obrębie jamy ustnej, a także całego przewodu pokarmowego. Dolegliwości te ustępują sukcesywnie w miarę odradzania się funkcji szpiku [9]. Do powikłań związanych z toksycznością można zaliczyć również: zapalenie płuc, niewydolność wątroby, wyłysienie, uszkodzenie gonad, rogówek a u dzieci – zaważków zębów.

Zespół VOD (z ang. Veno-occlusive disease) – wenookluzyjne uszkodzenie wątroby. Jest to bardzo ciężkie powikłanie spowodowane zniesieniem drożności małych żyłek centralnych wątroby. Przyczyną takiego stanu może być toksyczne oddziaływanie radio lub chemioterapii. Komórki wątroby wychwytyują z organizmu toksyny, same ulegając zatruciu i nabrzmieniu, co w efekcie doprowadza do zwężenia naczyń wątrobowych, aż do ich całkowitego zatkania. Powoduje to zatrzymywanie płynów i obrzęki. Przewody żółciowe ulegają zatkaniam, co objawia się żółtaczką mechaniczną. Długotrwałe zaburzenia pracy wątroby mogą doprowadzić do uszkodzenia mózgu objawiającego się dezorientacją i letargiem. Leczenie polega głównie na uruchomieniu wykrzepiania i leczeniu objawowym [2].

Reakcja GvHD (Graft versus Host Disease) Choroba przeszczep przeciw gospodarzowi. Powikłanie to jest dużym problemem po allotransplantacjach. Wyróżnia się postać ostrą – do 100 dni po transplantacji i postać przewlekłą – występującą po tym okresie. Postać ostra może przejść w przewlekłą, ale postać przewlekła nie musi być poprzedzona postacią ostrą. Na wystąpienie reakcji GVH może mieć wpływ rodzaj i stopień niezgodności w zakresie antygenów zgodności tkankowej HLA klasy I i II, ilość limfocytów T w materiale przeszczepowym, siła leczenia kondycjonującego, stosowanie TBI (Total Body Irradiation) napromienianie całego ciała, infekcje oraz wiek pacjenta. Objawy ostrej GVH występują przeważnie wraz z pierwszymi objawami regeneracji układu

białokrwinkowego, najczęściej około 14 dni po przeszczepieniu. Pojawia się rumień na szyi, twarzy, stopach, który powoli może przejść na całe ciało. Może dojść do odwarstwiania naskórka i powstawania pęcherzy. Do zmian dochodzi także w śluzówkach jelit, złuszcza się nabłonek jelit, może dojść do zaburzenia wchłaniania i bolesnych biegunk. Może wystąpić również postać wątrobową GvHD. Dochodzi wtedy do zmian histopatologicznych w wątrobie, przewody żółciowe ulegają uszkodzeniu, co w konsekwencji doprowadza do narastania poziomu bilirubiny we krwi i żółtaczki. W leczeniu ostrej postaci GvHD stosuje się leki immunosupresyjne, Prednizolon oraz leki pomagające opanować infekcje. Może być stosowane żywienie pozajelitowe, substytucje krwi i immunoglobulin. Miejscowo stosuje się maści p/świądowe i chłodzące.

Postać przewlekła GvHD może rozwinąć się na bazie reakcji ostrej lub od razu jako postać przewlekła. Występują zmiany skórne w postaci liszaja płaskiego, nacieki limfocytarne zlokalizowane w górnej warstwie skóry właściwej i na granicy skórno-naskórkowej. Naskórek rogowieje, z czasem dochodzi do zaburzeń pigmentacji i trwałych przebarwień skóry. W jamie ustnej mogą powstać owrzodzenia. Często występuje zapalenie spojówek i rogówek. Zmiany zachodzą także w wątrobie, początkowo są to zmiany podobne do tych występujących w postaci ostrej, ale później nacieki się rozszerzają. Choroba może zaatakować praktycznie każdy narząd. Wystąpienie GvHD wiąże się z wolniejszą rekonstrukcją układu odpornościowego i stanem immunosupresji, co grozi powikłaniami infekcyjnymi, które mogą doprowadzić do śmierci [2].

Infekcje są bardzo dużym zagrożeniem dla pacjentów po transplantacji komórek krwiotwórczych, towarzyszą prawie połowie GvHD i są w 50% odpowiedzialne za ich fatalny przebieg. Rozwojowi infekcji sprzyja: stan immunosupresji, spadek leukocytozy, uszkodzenie śluzówek oraz wklucie centralne. Aby w razie wystąpienia infekcji szybko wykryć jej przyczynę i podjąć odpowiednie leczenie, a tym samym zapobiec jej rozprzestrzenianiu, choremu wykonuje się badania bakteriologiczne i mykologiczne. Pobierane są wymazy z jamy ustnej, gardła, nosa, różnego rodzaju ran i wklucia centralnego, a w razie potrzeby krew na posiew. W oddziałach



Autor zdjęcia Ewa Baluch, Reakcja GvHD –przeszczep przeciwko gospodarzowi

przeszczepowych stosowane są filtry Hepa, które zmniejszają zawartość bakterii, pozwalają na utrzymanie stałej temperatury i wilgotności w pomieszczeniach [10].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po transplantacji komórek krwiotwórczych przedstawiona zostanie w części II. ■

Piśmiennictwo:

1. J. Hołowiecki, Współczesne wskazania do transplantacji szpiku, *Współczesna Onkologia*, 2001, 5(5): 201-209.
2. J. Hołowiecki, Przeszczepianie szpiku i komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej [w:] W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek (red.), *Transplantologia kliniczna*, PZWL, Warszawa 2004: 528-603.
3. L. Gil, Allogeniczne przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych w leczeniu chorych na ostrą białaczkę szpikową, *Hematologia*, 2011, 2(3):266-275.
4. M. Markiewicz, S. Kyrzcz-Krzemiń, Allogeniczne przeszczepianie komórek krwiotwórczych: stan obecny i perspektywy rozwoju, *Postępy Nauk Medycznych*, 2011, 6:497-485.
5. T. Sacha, D. Zawirska, W. Juszcak, Pobieranie szpiku kostnego z talerzy biodrowych dla celów transplantacyjnych, *Przegląd Lekarski*, 1999, 56(1): 40-43.
6. K. Bogunia-Kubik, A. Lange, Typowanie antygenów zgodności tkankowej u potencjalnych dawców i biorców przeszczepów komórek homeopatycznych, *Acta Haematologica Polonica*, 2000, 31(2): 113-125.
7. J. Nowak, Dobór dla chorych i rekrutacja niespokrewnionych dawców szpiku w Polsce, *Acta Haematologica Polonica*, 33(4):417-430.
8. M. Sankowska, L. Kauc, Transplantacja szpiku i transplantacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej. Poradnik dla pacjenta, Medigen, Warszawa 2000.
9. A. Grzegorzczak-Jaźwińska, R. Górska, Stan błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów po przeszczepie szpiku, *Stomatologia Współczesna*, 2002, 4: 38-44.
10. J. Schabowska, Opieka w schorzeniach układu krwiotwórczego [w:] A. Koper (red.), *Pielęgniarstwo Onkologiczne*, PZWL, Warszawa 2011.



Moje refleksje po wydarzeniu, książce, filmie...



Lena Kozłowska

Nie da się ukryć – jestem osobą, która często się wzrusza. Wrażliwość na sztukę, ale również na wydawać by się mogło zwykłe, codzienne wydarzenia powoduje, że wiele z nich pozostaje w mojej pamięci na długi czas.

Ostatnim wydarzeniem, po którym kompletnie nie wiedziałam co powiedzieć, nie byłam w stanie w sposób werbalny wyrazić swojego wrażenia, opinii – po raz pierwszy w życiu, był spektakl „Nancy. Wywiad”.

„Przekraczając granice pomiędzy teatrem i tańcem, artyści konfrontują się z legendą punk rocka Sidem Viciousem, zmarłym z przedawkowania narkotyków muzykiem podejrzanym o zamordowanie swojej narzeczonej Nancy Spungen”.

Spektakl taneczny ukazuje relacje pomiędzy dwojgiem ludzi – Sidem i Nancy, ich stany emocjonalne, odurzenie narkotykowe. W niezwykle piękny sposób, jako narzędzie ekspresji, prezentowane jest ludzkie ciało. Spektakl

teatralny w wykonaniu tanecznym, z hipnotyzującą muzyką, bez słowa dialogu, nie pozwolił mi ani na chwilę oderwać się od wydarzeń na scenie. Przedstawienie tragicznej historii przy użyciu nietradycyjnych metod ekspresji spowodowało, że zarówno treść spektaklu jak i forma prezentowania wywierają ogromne wrażenie na widzu. Dokładnie nawet nie jestem w stanie sprecyzować co miało w szczególności tak duży wpływ na moje wzruszenie. Spektakl trzeba po prostu zobaczyć.

Ania Sykut

Odwieczna miłość – książki biograficzne. Historie, opowieści, wydarzenia spisane w sposób chronologiczny. Fascynacja rozpoczęła się od chęci poznawania wnętrza człowieka. Jak wielką tajemnicę może kryć człowiek, jak niezwykle może być obdarowany talentami, jak potrafi wytrwale pokonywać bariery osiągając wyznaczony cel. Mogę śmiało napisać, że jest to dla mnie forma motywacji. Taką książką jest „Pasja życia”

Irving Stone. Opisuje życie Vincenta van Gogha. Trudności w odnalezieniu drogi w życiu, osamotnienie, odrzucenie przez pleć przeciwną. Trudna sytuacja materialna, wciąga głównego bohatera w załamanie. Nagłe odnalezienie pasji oraz jej dezaprobata ze strony otoczenia zamyka van Gogha w swoim świecie – mani. W taki sposób powstają wielkie dzieła kulturowe, które zostały niedocenione za życia artysty. W lekturze

odnalazłam odbicie samej siebie w momencie poszukiwania, dążenia i realizowania swoich celów. Odkryć jedyną rzecz, w której jest się rzeczywiście dobrym i poświęcić się dla niej. Wypełniając moje słowa przytoczę:

„Cokolwiek będzie pan robił, będzie pan robił dobrze. W końcu odnajdzie pan właściwy wyraz i treść swego życia. To usprawiedliwi pańskie życie”.

Michał Bancerowski

Sztuka, kultura – powinna być obecna w życiu każdego z nas. Jednak w codziennej pogoni o zdrowie i życie naszych pacjentów – często na kilku etatach jednocześnie – rzadko możemy znaleźć chwilę, aby się nią rozkoszować.

Filmem, który wywarł największy wpływ na moje życie i już chyba zawsze będę wspominał go z lekkim rozrzewaniem jest serial „Ostry dyżur”. To po obejrzeniu tego telewizyjnego widowiska w jednej z komercyjnych stacji TV postanowiłem podjąć studia o profilu medycznym. Wtedy jeszcze było to ratownictwo medyczne.

Co do filmów „kinowych” chciałbym polecić uwadze naszych czytelników dwa

„dające do myślenia” tytuły z moim ulubionym aktorem – Georgem Clooneyem w roli głównej.

Pierwszy to „Michael Clayton”. Opowiadający o prawniku zatrudnionym w wielkiej nowojorskiej kancelarii. Ten film moim zdaniem wiele mówi o ludzkim charakterze, o tym, że powinniśmy postępować zgodnie z naszym sumieniem, a nie podążać ślepo za „tłumem” i jego wartościami. Jednym zdaniem „nie poddawajmy się presji otoczenia”, co często ma odniesienie do naszej codziennej praktyki klinicznej i wykonywania niektórych przez nas czynności bez wymaganych uprawnień.

Kolejny to „Spadkobiercy”. Bardzo spokojny, unikający prostych rozwiązań fabularnych film mówiący o ludzkiej historii – tragikomiczny w swej wymowie.

A dla pielęgniarek/pielęgniarzy szukających fajnych przygód i relaksu polecam nową filmową odsłonę ikony amerykańskiej popkultury, czyli trylogię o Batmanie w reżyserii Christophera Nolana.

Nieśmiertelna opowieść o przywróconych za pomocą inżynierii genetycznej dinozaurach „Jurassic Park”, na której przyszłoroczną premierę czwartej części osobiście już wyczekuję, także zrobi wrażenie zarówno na „małych” jak i „dużych” medykach. Zapraszam do oglądania...

Wojciech Nyklewicz

Refleksja po pokazie filmu „Doktor” w DKF w Łódzkiej Szkole Filmowej

„Jeden z polskich krytyków sugerował, że ten film powinien być obowiązkowo pokazywany studentom medycyny i pracownikom służby zdrowia” – przeczytałem w wywieszonym na Facebooku zaproszeniu do Dyskusyjnego Klubu Filmowego w Łódzkiej Szkole Filmowej. Projekcja filmu pt. „Doktor” odbyła się 5 marca 2013 r. W 80. miejscowej sali kinowej Łódzkiej Filmówki trzeba było dostawiać krzesła, ponieważ na seans przyszło grubo ponad 100 osób – wszyscy ludzie młodzi, zapewne studenci Uniwersytetu Medycznego oraz... dwoje „Wapniaków”, czyli piszący te słowa Wojciech Nyklewicz i Małgorzata Mirowska – nauczyciel akademicki pielęgniarstwa. Małgosiu, wiem, że to czytasz, więc pragnę jedynie potwierdzić, iż pamiętam, że my oboje jesteśmy zawsze młodzi – dlatego pozwalałam sobie na odrobinę dystansu z przymrużeniem oka.

Pamiętam z dalekiej przeszłości, że DKF-y były miejscem pokazów ambitnego, niełatwego kina i jednocześnie przestrzeni do dyskusji nad treścią filmu, wymiany refleksji, można się było także czegoś nowego nauczyć. Z takim też nastawieniem poszedłem na projekcję filmu „Doktor”, zresztą po ok. 20 latach nieobecności w kinie.

Idea pokazów dydaktycznych w kinie jest ze wszech miar godna polecenia, lecz pod pewnymi warunkami. Organizatorzy powinni dobrze przygotować się do prowadzenia dyskusji.

Należy obejrzeć film nawet kilka razy, by przygotować zagadnienia do omówienia. Przed projekcją należy zrobić „słowo wstępne”, by ukierunkować percepcję widzów na odbiór określonych treści, by wyostrzyć wzrok i słuch na zasadnicze kwestie. Po seansie zaś powinien być czas na poprowadzenie dyskusji. Uczestnicy spotkania powinni mieć możliwość swobodnego wypowiedzenia się w atmosferze akceptacji dla różnorodności poglądów, odmiennych spostrzeżeń czy wyrażenia swoich uczuć, które przecież nabrzmiewają pod wpływem filmowego przekazu. Dobrze by też było zaprosić eksperta (choć to nie jest warunek konieczny) – osobę, która będąc profesjonalistą w danej dziedzinie, może skomentować istotne sekwencje filmu. Tak więc, spodziewałem się takiego właśnie scenariusza przebiegu spotkania w Dyskusyjnym Klubie Filmowym, scenariusza, który znam z własnej praktyki zawodowej jako prowadzący zajęcia dla pacjentów w jednym z ośrodków psychiatrii młodzieżowej.

Główny bohater filmu jest znakomitym chirurgiem, jednak mało empatycznym w relacjach międzyludzkich, choć poprawnie komunikującym się. Gdy sam zachorował na raka strun głosowych i stał się pacjentem szpitala, w którym pracuje, przeszedł metamorfozę. Widać ten proces jak na dłoni, gdy personel medyczny traktuje go z wielkim profesjonalizmem, lecz bardziej jako „przedmiot” swojej pracy, a jego uczucia i odczucia są mniej ważne od procedury medycznej, a nawet

od guza w krtani. Z formalnego i metodologicznego punktu widzenia pokazany proces komunikowania się z pacjentami jest bardzo poprawny. Jednak brakuje w nim wrażliwości, „serca”, które zaczyna bić dopiero wtedy, gdy samemu doświadczy się pracy i komunikacji medyków na własnej skórze. Okazuje się, że dodanie odrobiny empatii do wyśmienitych umiejętności komunikacyjnych, czyni porozumiewanie się lekarza z pacjentem tym, czego chory oczekuje od białego personelu. Dlatego ten film rzeczywiście powinien być pokazywany studentom medycyny i pracownikom ochrony zdrowia.

Oglądając film, byłem zaskoczony reakcjami śmiechu na smutne albo wręcz tragiczne w treści sceny. Czyżby to oznaczało brak wyobraźni o skali ludzkiego cierpienia? Takie zachowania kojarzą mi się z brakiem empatii. W miarę upływu czasu na sali robiło się coraz spokojniej. Po projekcji proponowano dyskusję... w kularach, co spowodowało, że ludzie wstali i poszli do domu. Po drodze spotykałem rozmawiających o treści filmu studentów. Żałuję, że zabrakło jej w kinie. Przychodząc na projekcję, spodziewałem się widowni zróżnicowanej wiekowo, tzn. oczekiwałem obecności również nauczycieli akademickich. W końcu, dbałość o terapeutyczne komunikowanie się medyków z pacjentami to nasza wspólna sprawa – nauczycieli i studentów. Ale widocznie tak nie jest.

Klaudia Massalska

Pragnę zarekomendować kontynuację książki profesorki psychiatrii klinicznej na Uniwersytecie Kalifornijskim - dr medycyny Louann Brizendine. Jest to autorka światowego bestselleru pod tytułem „Mózg Kobiety”. Kolejna część MÓZG MĘŻCZYZNY - lektura na temat płci mózgu, wyjaśnia tajemnice jego funkcjonowania. W książce tej ukazano obecny stan wiedzy dotyczący męskiego umysłu, oparty o wyniki badań naukowych nad różnicami jakie wynikają z uwarunkowania płcią. Autorka analizuje jak działa mózg mężczyzny w różnych etapach jego życia jak i też w różnych sytuacjach jego życia. Podstawę stanowi analiza hormonów

i chemii w niektórych sytuacjach, budzących konflikty między obiema płciami. W zasadzie w książce tej w sposób naukowy a zarazem zrozumiały zostały objaśnione wszystkie zachowania mężczyzn. Możemy się dowiedzieć, że: mózg mężczyzny jest nastawiony na rozwiązywanie problemów w sposób logiczny, racjonalny i aby poradzić sobie z osobistymi problemami, mężczyzna wykorzystuje analityczne funkcje mózgu, nie angażuje natomiast struktur odpowiedzialnych za emocje, mężczyzna rozwija się pod wpływem współzawodnictwa, instynktownie gra ostro, ma obsesję na punkcie swojego miejsca w szeregu i hierarchii,

obszar mózgu odpowiadający za popęd seksualny u mężczyzn jest 2,5-krotnie większy niż u kobiet, co z kolei odpowiada za powstawanie fantazji o kobiecym cielem. W książce dowiedziono, że ogromny wzrost stężenia testosteronu, który następuje w okresie dojrzewania powoduje, że mężczyzna postrzega inne osoby w sposób agresywny.

Serdecznie polecam tę książkę wszystkim mężczyznom i kobietom. Pierwszym by lepiej zrozumieć siebie, a drugim by zrozumieć, dlaczego jej ukochany partner, syn zachowują się tak, a nie inaczej.

Agnieszka Herzig

Refleksja pokonferencyjna

W bogatym dwudniowym programie znalazło się miejsce zarówno na znaczenie, jak i zmaganie się z bólem porodowym. Wykład *Jak ważny jest ból porodowy*, który przedstawiła znana włoska położna Verena Schmid, pozwolił wszystkim uczestnikom konferencji skonfrontować się z tym trudnym tematem. Swoje rozważania i metody opieki nad ciężarną i rodzącą opiera na znanym modelu salutogenezy Arona Antonovskiego. Jest autorką wielu publikacji, założycielką szkoły dla położnych we Florencji, której celem jest dalsze kształcenie położnych przez położne (Scuola elementale di arte ostetrica 1996 <http://www.marsupioscuola.it>) – pierwszej tego typu szkoły w Europie. Verena Schmid to laureatka międzynarodowej nagrody Astrid Limburg otrzymanej za specjalne zasługi na polu wspierania niezależnych położnych i porodów naturalnych we Włoszech. Od 2011 roku prowadzi zajęcia na studiach magisterskich dla położnych w Salzburgu z tematu „Angewandte Physiologie” (tł. autor.: Fizjologia stosowana), gdzie jej koncepcja całościowej opieki nad ciężarną, rodzącą i położnicą oparta na modelu salutogenezy jest wprowadzana do praktyki.

Przedpołudnie spędzone w atmosferze wielkiego zrozumienia dla bólu, ale równocześnie tłumaczącego na nowo jego powstawanie i jego funkcje w czasie porodu, obudziło nadzieję i przekonanie, że ból można pokonać i zmniejszyć do jego naturalnego poziomu, używając nowych „instrumentów”. Refleksje i impuls do podejmowania nowych dróg są niewątpliwą zasługą Vereny Schmid, która potrafiła w krótkim czasie poruszyć tak wiele tematów związanych z przeżywaniem bólu. Jej niezachwiane przekonanie o możliwościach naszego kobiecego ciała i instynktu dającego niewspółmiernie więcej sił w czasie niezaburzonego techniką i medykacją porodu naturalnego wzmocniło to, co położne zawsze wiedziały – siła kobiet leży w nas samych, trzeba tylko ją umieć dobrze uruchomić i pozwolić działać.

U podłoża bólu leży też strach, a ten jest jednym z motorów naszego działania. Co sprawiło podjęcie tematu o zmaganiach i konsekwencjach, przed jakimi stoimy w momencie podejmowania decyzji? Tutaj zabrakł głosu dr Michael Rohde – szefoddziału Położnictwa i Ginekologii w Bregenz, zadając sobie pytanie Strach w położnictwie – co i dlaczego zalecamy?

Próbował odpowiedzieć na pytanie, co kieruje lekarzami, podejmującymi decyzję o wykonaniu cięcia cesarskiego i jak przeciwdziałać zjawisku medykalizacji i technizacji w położnictwie. Przytoczył wiele wyników badań naukowych, które dowodzą o dalekosiężnych negatywnych skutkach rozwiązywania ciąży przez cięcie cesarskie i pytał, dlaczego lekarze tak mało wagi przywiązują do wyczerpującego informowania kobiet o tym fakcie. Z prowadzonych na ten temat badań wynika, że lękliwi lekarze częściej stosują metody interwencji medycznych, co nie wpływa na poprawę stanów urodzeń. Lęk przed skargami pacjentek wpływa także na wzrost liczby cięć cesarskich, ale nie zmienia to statystyk dotyczących stanu urodzonych dzieci. Jakże zadania stoją przed zespołem położników i położnych, aby tę sytuację zmienić?

- Szukanie i analizowanie mechanizmów, które do tego prowadzą lub to ułatwiają.
- Trenowanie – ćwiczenie sytuacji kryzysowych, tak aby w momencie ich zaistnienia poziom wiadomości i możliwości stabilizował poziom stresu.
- Wprowadzenie superwizji do pracy jako elementu regularnej pracy w zespole.

Temat bólu kontynuowała położna Martina König – dyrektorka studiów licencjackich w Innsbrucku, próbując odpowiedzieć na pytanie Co boli położne i jak sobie z bólem radzą? Myślą przewodnią referatu był cytat Nelsona Mandeli:

Und wenn wir unser eigenes Licht erscheinen lassen, geben wir unbewusst anderen Menschen die Erlaubnis dasselbe zu tun (tł. autorki: I jeżeli pozwolimy zabłysnąć naszemu światłu, damy podświadomie pozwolenie innym ludziom na to samo.).

Organizatorki konferencji podeszły pomysłowo do tematu i przygotowały puste kartki do wpisywania indywidualnych bolączek położnych obecnych na sali. Zapisane kartki znalazły się natablicy w sali obrad i zostały przez wykładawczynię wplecione w temat jej rozprawy.

Bolączki były bardzo indywidualne od „bólu” z powodu braku własnych dzieci do „bólu” pozostawiania w ciągłym stresie zawodowym. Oczywiście nie znalazły się na te pytania gotowe odpowiedzi, ale jak sama Martina König podkreśliła, już fakt zdania sobie sprawy z tego co nas boli oraz emocji temu towarzyszących jest drogą do rozwiązywania zaistniałych problemów.



Tematem tegorocznego Kongresu Austrijskich Położnych był Ból (Schmerz)



Zastosowanie aparatu TENS w czasie porodu naturalnego

Na zakończenie konferencji wykład na temat zastosowania hipnozy w celu zmniejszenia bólu porodowego wraz z krótkim praktycznym seansem odprężającym dał wszystkim uczestniczkom poczucie nie tylko odprężenia, ale i głęboko przemyślanego sensu rozmawiania o temacie bólu.

Z nowymi siłami i ideami wracamy do codziennych zajęć, a czas wypełniony spotkaniami i refleksjami na pewno będzie owocował. ■

Pozdrawiam serdecznie,
Agnieszka Herzig

Polecane wydawnictwa:

1. V. Schmid, *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell*, Elvin Staude Verlag 2011.
2. V. Schmid, *Geburt und Gesundheit*, Elvin Staude Verlag 2008.
3. V. Schmid, *Der Geburtsschmerz: Bedeutung und Natürliche Methoden der Schmerzlinderung*, Hippokrates 2001.



Zdjęcie pochodzi z Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego www.wmp.org.pl. Zamieszczono dzięki uprzejmości PTP.

Pielęgniarki na frontach II Wojny Światowej



mgr Lena Kozłowska, pielęgniarka, doktorantka w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

mgr Katarzyna Pawłowska, pielęgniarka, doktorantka w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

*„Niech świat cały się burzy i wali,
Niech grom w gromy uderza,
szaleje,
Stać będziemy u naszych szpitali
jak nie zgąstle cierpiących
nadzieje”.**

Koniec lat trzydziestych ubiegłego stulecia to prężnie działające polskie szkoły pielęgniarskie, z których

wychodziły doskonale przygotowane pielęgniarki, gotowe do sprawowania opieki i pielęgnacji chorych. Wydarzenia z dnia 1-go września 1939 roku przerwały okres dynamicznego rozwoju tego zawodu zarówno w zakresie szkolnictwa, organizacji pracy, jak i umacnianiu prestiżu zawodu. Nastąpił w historii polskiego pielęgniarstwa czas kolejnej próby. Pięcioletnia praca pielęgniarek u boku walczących na frontach II Wojny Światowej żołnierzy to strata około 6 tysięcy przedstawicielek zawodu. Wraz z okupacją hitlerowską naszego kraju zmieniła się struktura pracy i kształcenia pielęgniarek.

Z początkiem walk, pielęgniarki zostały przez władze polskie włączone do służby wojskowej w charakterze siostr Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK). Pracowały w szpitalach wojskowych, które były często bombardowane. Udzielały pomocy medycznej w wojskowych pociągach sanitarnych,

ruchomych szpitalach polowych oraz wszędzie tam, gdzie toczyły się walki. Towarzystwo polskim żołnierzom na frontach całego świata – szły z I Dywizją Piechoty im. T. Kościuszki, przeszły szlak I i II Armii Wojska Polskiego przez Rumunię, Węgry, aż do Afryki. Były u boku Armii Polskiej gen. Andersa na wschodzie, docierając do Persji i Iraku. Pracowały w warunkach zagrożenia, często nie dysponując odpowiednią liczbą materiałów opatrunkowych i leków. Niejednokrotnie zastępowały lekarzy, zawsze dbając o wysoki poziom sprawowanej opieki medycznej. Były także wsparciem duchowym dla polskich żołnierzy w chwilach zwątpienia. Wszędzie gdzie docierały, prowadziły szkolenia dla dziewcząt w zakresie udzielania pomocy doraźnej, zasad aseptyki i pracy w salach operacyjnych i opatrunkowych.

W okresie wojny jedynym miastem kształcącym pielęgniarki na ziemiach



Zdjęcie pochodzi z Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego www.wmp.org.pl.
Zamieszczono dzięki uprzejmości PTP.

polskich była Warszawa. Działały tam tylko 4 szkoły: Szkoła Pielęgniarstwa PCK (w 1942 roku została zlikwidowana), Szkoła przy ul. Dworskiej 17 (z racji utworzenia getta i prześladowania pielęgniarek Żydówek w 1944 roku została spalona). Do wybuchu Powstania Warszawskiego przetrwała tylko szkoła przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego prowadzona przez pielęgniarki zakonne, ale kształcono tam niewielką liczbę dziewcząt. Najaktywniej działała Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa, która dzięki zaradności dyrektorki Jadwigi Romanowskiej wznowiła swoją działalność już w listopadzie 1939 roku, choć nadzorował ją okupant. Już jako Miejska Szkoła Pielęgniarstwa oprócz kształcenia swoich uczennic przejmowała dziewczęta z innych zamkniętych szkół w Polsce. Podczas Powstania Warszawskiego Romanowska wraz

z uczennicami i nauczycielami udzielała pomocy rannym w szpitalach, domach i na ulicach.

Polskie pielęgniarki czynnie uczestniczyły w ruchu konspiracyjnym, który prowadziła Armia Krajowa. Wśród nich wspomnieć należy Marię Babicką-Zachertową. Szkoliła ona sanitariuszki, pomagała w ukrywaniu Żydów i udzielała pomocy rannym. Zginęła rozstrzelana w siódmym dniu Powstania. W szpitalu PCK przy Smolnej, ranna zostaje kolejna zasłużona pielęgniarka - Helena Nagórska. Dzięki Jadwidze Suffczyńskiej, która angażowała się w pracę podziemia, udało się ocalić archiwum spalonej siedziby PCK w Warszawie. Tworzyła Ona także konspiracyjną ewidencję sióstr PCK, opiekowała się pielęgniarkami z rozbitych jednostek sanitarnych oraz szkoliła tajne drużyny medyczne do udziału w Powstaniu, w którym

sama również czynnie uczestniczyła. Ogółem w Powstaniu Warszawskim zginęło około 5 tysięcy pielęgniarek i sanitariuszek.

Polskie pielęgniarki były też więźniarkami i umierały w obozach zagłady. Wśród nich m.in. były Stanisława Leszczyńska, Zofia Bittenek, Wanda Ossowska. Pierwsza z nich, jako więźniarka Auschwitz-Birkenau, walczyła o każde narodzone w obozie dziecko, choć groziła Jej za to śmierć. Bittenek zmarła w Oświęcimiu wraz z innymi chorymi na tyfus, którymi z własnej woli się opiekowała. Ossowska za pracę konspiracyjną została również zesłana do Oświęcimia, z wyznaczoną datą śmierci. Mimo to pracowała jako pielęgniarka z chorymi i cudem uniknęła śmierci.

Okres II Wojny Światowej był dla polskich pielęgniarek czasem trudnej próby zarówno w aspekcie zawodowym, jak i moralnym. Pomimo wszelkich przeszkód starały się udzielać opieki w sposób profesjonalny, z dbałością o każdego pacjenta. Zmuszone były szkolić się szybko przede wszystkim w praktycznym działaniu. Musiały równocześnie wykazać się heroizmem, poświęceniem i życiem w trudnych warunkach. Olbrzymie straty jakie ta grupa zawodowa poniosła w latach wojny miały istotny wpływ na dalszy rozwój pielęgniarstwa polskiego. Postawa wielu poległych pielęgniarek jest dla kolejnych pokoleń niedoścignionym wzorem, który warto poznać. Swoją pracą na frontach wojennych pielęgniarki potwierdziły słowa hymnu z 1935 roku, które zostały przytoczone we wstępie tego artykułu.

* III zwrotka hymnu pielęgniarek skomponowanego ok. 1935 przez Jana Kielarskiego na zamówienie Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża. Hymn ten śpiewany był w szkołach pielęgniarskich także w pierwszym dziesięcioleciu po II wojnie światowej. ■

Piśmiennictwo:

1. Masłowski J., *Pielęgniarki w II wojnie światowej*, PZWL Warszawa 1976
2. Bogusz J., *Encyklopedia dla pielęgniarek*, PZWL, Warszawa 1990
3. Maksymowicz A., *Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym*, PZWL, Warszawa 1977
4. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego <http://www.wmp.org.pl/>

Nie bój się wyzwań, każdy jakoś zaczyna! Część 1

Jeszcze raz sięgam po bilety. Chcę na nie spojrzeć i z niedowierzaniem przeczytać punkt docelowy: Braunschweig, Niemcy. Oprócz ciągłego powtarzania w myślach listy rzeczy, które spakowałam, zastanawiam się nad tym jak będzie wyglądała podróż i całe spotkanie. Jakim cudem wytrzymam 17 godzin w autokarze? Gdzie będziemy mieszkać? Jacy będą studenci? Czy poradzę sobie z językiem? Jak będzie wyglądała konferencja? Godzina 12.00 – czas podnieść walizki i zmierzyć się z przygodą jaką jest Międzynarodowe Spotkanie Studentów Pielęgniarstwa w Goslar.



Klaudia Massalska
Studenckie Koło PTP, Lublin



Anna Sykut
Studenckie Koło PTP, Lublin



Faustyna Prokop
Studenckie Koło PTP, Lublin

Herzlich Willkommen zum Internationalen

Dzień Pierwszy, Środa Godzina 5.00, Braunschweig

Jestem bardzo zaspana i zmęczona, niewiele pamiętam z tego jak wyglądało miejsce docelowe. Pamiętam tylko, że do Goslar zabrała nas bardzo sympatyczna Pani Beata. Jechaliśmy samochodem jakieś 30 minut. My, dziewczyny dostałyśmy pokój nr 215, Paweł – 104. Wszystko mieściło się w dużym, pięknym schronisku górskim. Ostatnie co pamiętam to „Dobranoc, widzimy się na śniadaniu.”

Godzina 11.00, Goslar

Przekraczamy próg dzielący korytarz od jadalni. Moim oczom ukazuje się wielka sala. Wszystko jest urządzone w iście oryginalnym, górskim stylu. Pobielane ściany, kłody, ciężkie, drewniane stoły i krzesła. Jemy szybki lunch aby potem móc się zapoznać z otoczeniem.

Na dworze jest bardzo ciepło. Wychodzimy aby rozkoszować się świeżym powietrzem, siedząc na ławeczce i szok! Jestem w górach! Co za wspaniałe widoki! W nocy byłam zbyt zaspana, było zbyt ciemno żeby móc zauważyć cuda natury.

Dzień Drugi, Czwartek Godzina 9.00, Goslar

Studenci każdego kraju: Polski, Niemiec, Anglii, Serbii, Chin mieli przygotować

prezentację oraz film ukazującą system edukacyjny dotyczący Pielęgniarstwa.

Pisząc prezentację zastanawialiśmy się nad aspektami, które chciałybyśmy przedstawić innym studentom oraz uczestnikom spotkania dotyczące tego jak kształcimy się w Polsce. Początek i koniec prezentacji stanowiły slajdy ze zdjęciami i informacjami przedstawiającymi odpowiednio Uniwersytet Medyczny w Lublinie oraz nasze miasto – Lublin. Symbole, historia i tradycja w pielęgniarstwie to nieodłączny element, z którym każda pielęgniarka powinna się utożsamiać ponieważ stanowi jeden z elementów przynależności zawodowej. W tym rozdziale przedstawiłyśmy wspomniane symbole: lampa Florence Nightingale, hymn pielęgniarek, czepek oraz strój pielęgniarski – ich wartość oraz znaczenie. Z historycznego punktu zaprezentowałyśmy ceremonię czepkowania pielęgniarek – jako pierwszy stopień wtajemniczenia zawodowego.

Kolejnym zagadnieniem, które chciałyśmy przekazać był system kształcenia pielęgniarek przed i po wprowadzeniu systemu bolońskiego. Naszym celem było ukazanie drogi jaką musi pokonać pielęgniarka by uzyskać prawo wykonywania zawodu oraz dalsze możliwości rozwoju – studia magisterskie, doktoranckie, specjalizacje.

Poza życiem uczelnianym na naszej uczelni istnieje szereg organizacji, w których studenci chętnie się udzielają – to stanowiło kolejny aspekt z którym chciałyśmy się podzielić. Skupiłyśmy się też chwilę nad Programem Erasmus, który stanowi doskonały kierunek rozwoju zarówno praktycznego jak i teoretycznego. Przedstawiłyśmy nasze doświadczenia oraz różnice jakie zaobserwowaliśmy uczestnicząc w wymianie studentów w Belgii. Na koniec przedstawiłyśmy główne problemy dotyczące pielęgniarstwa polskiego, priorytety badań w pielęgniarstwie oraz dane statystyczne dotyczące liczby pielęgniarek, ich wykształcenia i wieku. W prezentacji zawarłyśmy dwie ciekawostki, które dotyczyły ustawy o pielęgniarstwie z 1935 roku – która została uznana za nowoczesną i innowacyjną przez ICN oraz wprowadzenie kształcenia pielęgniarek na poziomie akademickim

na UM w Lublinie w 1972 jako pierwszego w Polsce.

Godzina 13.00, Asklepios Harzklíníken, Goslar

Asklepios Harzklíníken Goslar (klinika) została zbudowana w latach 1969/1970 i od tego czasu stale jest rozbudowywana. Poprzez znaczące inwestycje w ostatnich latach szpital został zmodernizowany. Głównymi ośrodkami medycyny są tu Kardiologia, Angiologia, Pulmonologia, Diabetologia, Gastroenterologia, Onkologia i Hematologia. Ponadto szpital znany jest z leczenia raka piersi. Innymi priorytetami w Goslar są oddziały Naczyniowej Chirurgii i Chirurgii Wewnętrznych naczyń, Torakochirurgia, Koloproktologia (leczenie okrężnicy i odbytnicy) i endoskopia. Oddziały te zgłoszone były do Niemieckiego Towarzystwa centrum kompetencyjne. Rekonstrukcje i Chirurgia Ręki w powiecie tym odgrywają kluczową rolę i są regionalnym centrum urazowym, który należy do sieci Göttingen / Kassel. Ogólnie szpital – wygląd, funkcjonalność, praca personelu – wszystko zapiera dech w piersiach.

Godzina 16. Kopalnia Rammelsberg

Kolejnym punktem programu była kopalnia Rammelsberg – dawna kopalnia rudy miedzi, cynku, srebra i ołowiu. Cała nasza grupa udała się podziwiać mokre, ciemne i skaliste korytarze we wnętrzu ziemi. Poznaliśmy metody i system pracy ludzi ciężko i niebezpiecznie zarabiających na chleb.

Dzień Trzeci, Piątek Godzina 9.00

Tematem spotkania był dalszy ciąg prezentacji pielęgniarstwa przez kraje biorące udział w konferencji. Tym razem cierpliwie oglądaliśmy filmy pokazujące szpitale i uczelnie. Był to nasz ostatni dzień który, spędziliśmy na rozmowach, wspólnych zdjęciach i zwiedzaniu tego pięknego miasteczka. Godne polecenia są gigantyczne ptysie wypełnione bitą śmietaną i czy się tylko zapragnie. Pycha... Godzina 21.00 Ze smutkiem żegnamy się ze wszystkimi i jedziemy na autobus. Uchodzące emocje czuło się w powietrzu. Nikt się nie odzywał, nie potrzebne były słowa. Jedynie ogromne zadowolenie i satysfakcja szalały w naszych głowach. Daliśmy radę. Przygoda życia, którą chętnie powtórzymy. ■



Sprawdź się, odpowiedz na pytania

1 Standardem dostępu naczyniowego dla celów przewlekłej hemodializy jest:

- Przetoka tętniczo-żylna wytworzona z naczyń własnych chorego.
- Przetoka tętniczo-żylna wytworzona ze sztucznych naczyń.
- Wklucie centralne.
- Wklucie obwodowe.

2 Pacjent powinien codziennie kontrolować przetokę tętniczo-żylną do celów przewlekłej hemodializy, zwracając uwagę na obecność objawów takich jak:

- Zaczerwienienie, nadmierne ocieplenie lub sączenie się ropnej treści.
- Obrzęk, ból lub tkliwość.
- Dreszcze lub gorączka.
- Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

3 W zależności od układu dawca-biorca możemy wyróżnić trzy rodzaje przeszczepień:

- Przeszczepienia autologiczne.
- Przeszczepienia allogeniczne spokrewnione i niespokrewnione.
- Przeszczepienia syngeniczne.
- Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

4 Źródłem komórek krwiotwórczych może być:

- Wątroba.
- Płyn mózgowo-rdzeniowy.
- Szpik kostny.
- Sztuczna krew obwodowa.

5 Najniższa zdolność do pracy pojawia się około godziny:

- 3:00
- 6:00
- 24:00
- 22:00

6 Wewnątrzszpitalne zakażenia dróg moczowych najczęściej wywołane są przez:

- Sarcina.
- Escherichia coli.
- Staphylococcus ureus.
- Pseudomonas aeruginosa

7 Szacuje się, że każdego dnia ryzyko rozwoju zakażenia układu moczowego u pacjentów z cewnikiem zwiększa się o:

- 5%, a po 10 dniach u 1% stwierdza się bakteriomocz.
- 5%, a po 10 dniach u 50% stwierdza się bakteriomocz.
- 20%, a po 10 dniach u 50% stwierdza się bakteriomocz.
- 50%, a po 10 dniach u 90% stwierdza się bakteriomocz.

8 Pielęgniarka ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów oraz obowiązku udostępniania tej dokumentacji na zasadach określonych w:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2011 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).
- Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178, ze zmianami).

9 Ogółem w Powstaniu Warszawskim zginęło około:

- 100 tysięcy pielęgniarek i sanitariuszek.
- 50 tysięcy pielęgniarek i sanitariuszek.
- 5 tysięcy pielęgniarek i sanitariuszek.
- Brak prawidłowej odpowiedzi.

10 Personel pielęgniarski wykorzystując najlepsze dowody naukowe w celu podejmowania decyzji dotyczących opieki nad pacjentem stosują:

- Praktykę Pielęgniarską Opartą na Faktach (Evidence Based Nursing Practice EBNP)
- Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej (International Classification for Nursing Practice ICNP)
- Primary Nursing
- Brak prawidłowej odpowiedzi.

Zapowiedzi Maj 2013

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po transplantacji komórek krwiotwórczych

Opieka pielęgniarska nad chorym poddanym transplantacji komórek krwiotwórczych powinna mieć charakter całościowy i musi być oparta na bieżącym rozpoznaniu potrzeb i problemów pielęgnacyjnych. Tylko taka opieka zapewni choremu poczucie bezpieczeństwa, a wzajemne zaufanie i zrozumienie przyczynią się do zminimalizowania dolegliwości związanych z występującymi u pacjenta powikłaniami.

Świat wartości

„Od 1 października 2012 r. zaczęłam studiować pielęgniarstwo. W toku zajęć akademickich byłam powoli wprowadzana w świat zasad oraz wartości, jakie powinny cechować przyszłych adeptów tego zawodu. Im głębiej wdrażałam się w tę tematykę...” to fragment listu studentki, o czym dalej pisze studentka, przyszła pielęgniarka, a jaki jest świat naszych wartości po latach spędzonych w zawodzie? Zapraszamy do lektury już 1 maja.

Ból

Czy pacjenci chorujący na przewlekłe, czy nieuleczalne choroby muszą cierpieć ból? Czy można z nim wygrać? W majowym numerze przedstawimy wywiad z przedstawicielem Fundacji Chustka. A już dzisiaj możesz wejść na bloga www.chustka.blogspot.com, lub na stronę Fundacji www.chustka.org.

Nowotwory, czy możemy się przed nimi uchronić?

Choroby nowotworowe to największe wyzwanie dla medycyny na początku XXI wieku. Wskaźniki zachorowalności stale rosną zarówno na świecie, jak i w Polsce. Obecnie rak przerywa przedwcześnie życie co 4. Europejczyka.

8 maja Dzień Położnej, 12 maja

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki

W majowym numerze Sztuki pamiętamy o święcie Położnych i Pielęgniarek, a także o Patronkach tych świąt, z tej okazji szczególny odcinek Historii zawodu.