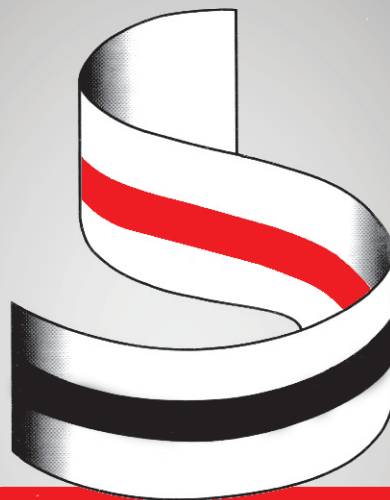


MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



SPECJALIŚCI MEDYCYNY RATUNKOWEJ

LIPIEC 2009r

CZĘSTOCHOWA, UL. KOPERNIKA 38

Egzamin ze specjalizacji ratunkowej



W NUMERZE:

Sprawozdanie merytoryczne ORPiP	1
Uchwały ORPiP	2
Kalendarium	2
Pisma z NIPiP	3
Interpelacje	6
Konferencje	7
Prace dyplomowe	8
Informacje	17
Szkolenie	19

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

Adres Redakcji:

Siedziba Biura OIPiP w Częstochowie
Ul. Kopernika 38
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18
0-503-008-946

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

BANK PKO SA II O. w Częstochowie
ul. Kopernika 17/19, 42-200 Częstochowa
nr: 0212402252111000031585147
MILLENIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego

Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl

Nakład 1000 szt.



SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI MERYTORYCZNEJ

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych za okres styczeń – czerwiec 2009 roku

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych 77 osób
- Nie zakwalifikowano 4 osób /złożone wnioski były niezgodnie z obowiązującym regulaminem Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego/
- Dofinansowanie kształcenia podyplomowego przyznano - dla 70 osób na łączną kwotę 20,870.00 zł
- Dofinansowania nie otrzymało 5 osób /wnioski złożone niezgodnie z obowiązującym regulaminem Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego/
- 4 osoby wytypowano na konferencję
- Stwierdzonych praw wykonywania zawodu i wpis do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych – 28 pielęgniarek, 12 położnych
- Skreślenie z rejestru OIPiP w Częstochowie – 15 osób (osoby te przeniosły się na obszar działania innej okręgowej izby)
- Wydano 5 zaświadczeń stwierdzających, że pielęgniarka, położna posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej
- Wydano trzy zaświadczenia w sprawie wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek w miejscu wezwania
- Jedno zaświadczenie w sprawie wpisu do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek w miejscu wezwania
- Udzielono pomocy finansowej z FRŻ i W L dla 10 osób, na łączną kwotę 12,300.00 zł

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE - przeprowadziliśmy 17 szkoleń dla pielęgniarek i położnych, wzięło w nich udział 367 osób,

1. Przeprowadzone zostały dwa Warsztaty Edukacyjne dla Położnych i Pielęgniarek zorganizowany przez Family Service "PELARGOS" tematami szkoleń było:
„Pielęgnacja noworodka zimą – fakty i mity!”
„Profesjonalny masaż małego dziecka”
„Rola pielęgniarek i położnych środowiskowych w rekomendacji i realizacji programu szczepień ochronnych w Polsce”
„Feminatil – dlaczego Metafolin i DHA”.
W szkoleniach uczestniczyło 47 osób
2. Przeprowadzone zostało jedno szkolenie na temat „Witaminy, dieta kobiety w ciąży i kobiety karmiącej”, „Żywnienie niemowląt nie karmionych mlekiem matki”
W szkoleniu udział wzięło 19 osób.
3. Przeprowadzone zostały dwa szkolenia na temat „Konflikty, mediacje negocjacje”, prowadzący: Pan Mateusz Warchał Inspektor Państwowej Inspekcji Pracy w Katowicach. W szkoleniach udział wzięło 47 osób.
4. Przeprowadzone zostały trzy szkolenia na temat „Leczenie ran przewlekłych opatrunkami specjalistycznymi”. W szkoleniach uczestniczyło 48 osób.
5. Przeprowadzone zostały trzy szkolenia na temat „Cukrzyca jako problem społeczny”, w szkoleniach udział wzięło 96 osób
6. Przeprowadzone zostały cztery szkolenia na temat „Pierwsza pomoc w stanach zagrożeniach życia”, w szkoleniach udział wzięło 67 osób

7. Przeprowadzone zostały dwa szkolenia na temat „Prawo a Wykonywanie Zawodu”, w szkoleniach udział wzięły 43 osoby
- Rozpoczęliśmy kurs specjalistyczny „Interpretacja i wykonanie zapisu Ekg” uczestniczy w nim 17 osób
- Przeszkoliliśmy 8 pielęgniarek i 2 położne powracające do zawodu po przerwie dłuższej niż 5 lat, ,
- Zorganizowaliśmy w Filharmonii Częstochowskiej obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej łączny koszt imprezy po odliczeniu sponsoringu wyniósł 15,162.00 zł
- Wypowaliśmy 4 osoby do „Wyróżnień za Zasługi dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych” i odznaczeń w roku 2009
- Uczestniczyłam w pracach Komisji opiniującej kandydatury do nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy (2 pielęgniarki otrzymały nagrody I stopnia, 2 pielęgniarki i 1 położna otrzymały nagrody II stopnia, 6 pielęgniarek otrzymało nagrody III stopnia tj. razem nagrodzonych 11 osób)
- Uczestniczyłam w posiedzeniach Naczelnej Rady PiP oraz Komisji Kształcenia przy NRPiP- Zakupiliśmy meble dla potrzeb uruchomionego Ośrodka Szkoleniowego
- Zakupujemy na bieżąco książki do biblioteki
- Założyliśmy lokatę bankową na kwotę 58.000,00 zł, / 6%
- Wystosowaliśmy stanowisko do wszystkich Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie, Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w sprawie nowelizacji ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, która przewiduje zrównanie obszarów działania okręgowych izb pielęgniarek i położnych z obszarami województw, w praktyce oznacza to faktyczną likwidację części okręgowych izb, w tym również naszej.
- Uczestniczyłam w spotkaniu w z przedstawicielami NFZ oddziału Śląskiego w sprawie kontraktowania świadczeń POZ na drugie półrocze 2009 roku.
- Braliśmy udział w:
 - a. pracach komisji konkursowych na stanowiska pielęgniarek przełożonych, oddziałowych i ordynatorów,
 - b. posiedzeniach komisji kwalifikacyjnej do udziału w kursach kwalifikacyjnych i kursach specjalizacyjnych oraz komisji egzaminacyjnej
 - c. egzaminach wewnętrznych na kursach specjalizacyjnych
 - d. sympozjach, szkoleniach, konferencjach
- Zaopiniowaliśmy wiele aktów prawnych,
- Radca prawny udzielił wiele porad członkom samorządu,
- Wystosowaliśmy wiele pism w tym do: senatorów, posłów, prezydentów i starostów, dyrektorów placówek, Państwowej Inspekcji Pracy w obronie stanowisk pracy, poprawy statusu finansowego pielęgniarek i położnych,
- Zajęliśmy wiele stanowisk gwarantujących poprawę bezpieczeństwa wszystkim pielęgniarkom i położnym, a także ich podopiecznym,

W dniach: 17.03.09 16.04. 09 roku 04 .06. 09 roku w siedzibie OIPiP przeprowadzone zostały kontrole Komisji Rewizyjnej- protokoły nie wskazywały uchybień i zaniedbań. ■



Uchwała Nr 71/V/2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 19 czerwca 2009 roku

**w sprawie udzielenia pełnomocnictwa
do zawarcia umowy w imieniu OIPIP
w Częstochowie z Ministerstwem Zdrowia**

Na podst. art. 24 Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r. / Dz.U z 1991r Nr 41 poz. 178 ze zmianami.

§ 1.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie upoważnia:

1. Pana Tomasza Czecha, Wiceprzewodniczącego ORPiP w Częstochowie oraz
2. Panią Annę Łukasik, Skarbnika ORPiP w Częstochowie

do zawarcia w imieniu i na rzecz OIPIP w Częstochowie umowy na realizację usługi składu i publikacji materiału, w skład którego wchodzi zamieszczenie plakatu informacyjno-promocyjnego i informacji o projekcie systemowym „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Ww. osoby umocowane są do łącznego reprezentowania OIPIP w Częstochowie. ■

Uchwała Nr 72 /V / 2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 19 czerwca 2009 roku

**w sprawie powołania nowych członków Zespołu
ds.. Opieki Długoterminowej**



Kalendarium

KALENDARIUM od 30.05.2009 roku do 30.06.2009 roku

- 03.06.09** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Leczenie ran przewlekłych opatrunkami specjalistycznymi”. W szkoleniu udział wzięło 10 osób. Przedstawiciel ORPiP uczestniczył w konkursie na stanowisko Ordynatora Oddziału Pediatrycznego w Miejskim Szpitalu Zespolonym W Częstochowie.
- 04.06.09** W siedzibie OIPIP przeprowadzona została kontrola Komisji Rewizyjnej.
- 08.06.09** Przewodnicząca uczestniczyła w posiedzeniu

Na podst. art.. 24 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r o samorządzie pielęgniarek i położnych /Dz.U. Nr 41 poz. 178 ze zmianami /, uchwała się co następuje :

§ 1.

W celu usprawnienia pracy Zespołu ds. Opieki Długoterminowej postanawia się uzupełnić skład ww. zespołu poprzez powołanie do jej składu nowego członka, specjalisty opieki paliatywnej tj.:

1. Anny Kaptacz ■

Uchwała Nr73/V/2009 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 19 czerwca 2009 roku.

**w sprawie powołania Okręgowej Komisji Wyborczej
i uchwalenia regulaminu jej działania**

Na podst. art. 16 pkt 1 Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r / Dz.U z 1991r Nr 41 poz. 178 ze zmianami / oraz § 28 pkt.2.Regulaminu wyborów do organów izby oraz tryb odwoływania ich członków, uchwała się co następuje:.

§ 1.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie powołuje Okręgową Komisję Wyborczą w następującym składzie :

3. Elżbieta Nagalewska
4. Małgorzata Zagórska
5. Barbara Płaza ■

komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia przy Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego w Katowicach.

- 09.06.09** W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji oraz Komisji Zmian Systemowych oraz Kontraktowania Świadczeń z NFZ.
- 09.06.09** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w konkursie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im NMP.
- 19.06.09** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



25.06.09 W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji oraz Komisji Zmian Systemowych oraz Kontraktowania Świadczeń z NFZ. Podczas posiedzenia Komisji zaopiniowane zostały projekty Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych oraz Ustawy o Zawodach Pielęgniarek i Położnych.

25.06.09 W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie rozpatrzone zostały dwa wnioski o udzielenie pomocy finansowej na łączną kwotę 1200.00 zł.

29.06.09 W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad następującymi sprawami:
- rozpatrzone 16 wniosków o dofinansowanie na łączną kwotę 6.993.00 zł

30.06.09 W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych - podjęto pięć uchwał. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiło:

- dofinansować kształcenie w formie kursów i studiów dla 16 osób na kwotę 6.993.00 zł zgodnie z przedłożonymi wnioskami, pozytywnie zaopiniowanymi przez Komisję ds. Kształcenia i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego
- udzielić pomocy finansowej dla dwóch pielęgniarek na kwotę 1200.00 zł
- wpisać do rejestru OIPIP w Częstochowie
- skreślić z rejestru OIPIP w Częstochowie
- wydać zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki ■

Pisma z NIPiP



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 19 maja 2009 r.

Pan
Marek Haber
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Szanowny Panie Ministrze.

W związku z artykułem Pani Dominiki Sikory opublikowanym w Gazecie Prawnej w dniu 18 maja 2009 r. Nr 95. który wskazuje, iż Ministerstwo Zdrowia wycofało się ze wskazanej w art. 92 ust. 1 projektu ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych likwidacji części okręgowych izb pielęgniarek i położnych, zwracam się z uprzejmą prośbą o potwierdzenie faktu pozostawienia struktur samorządu zawodowego w zakresie obszaru okręgowych izb pielęgniarek i położnych w gestii samorządu zawodowego oraz udzielenie informacji, czy brzmienie projektu ustawy zamieszczonego na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia we wskazanej wyżej kwestii zostanie zmienione? Proszę o pilną odpowiedź. ■

Z poważaniem
Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPIP

MINISTERSTWO ZDROWIA

PODSEKRETARZ STANU
Marek Haber
Warszawa, dnia 20.05.2009r

Szanowna Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do pisma z dnia 19 maja 2009r. (znak NIPiP/NRPIP/DM/0055/150/09) dotyczącego art. 92 ust. 1 projektowanej ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych uprzejmie informuję, że Kierownictwo Ministerstwa podjęło decyzję o pozostawieniu dotychczasowego obszaru funkcjonowania okręgowych izb pielęgniarek i położnych. Stosowne zmiany w projektowanej ustawie zostaną dokonane po upływie terminu przewidzianego do konsultacji społecznych (termin ten został przedłużony na wniosek Naczelnej Rady do 30 czerwca 2009r). ■

z poważaniem
PODSEKRETARZ STANU
z Ministerstwa Zdrowia
Marek Haber

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Sz. Pani
Dr n.biol. E. Buczkowska
Prezes Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych
Warszawa

Szanowna Pani Prezes

Uprzejmie informuję, iż w załączeniu przesyłam listy otwarte, który skierowałam do uczestników X Sympozjum "Blok operacyjny-organizacja i funkcjonowanie", które odbyło się na początku czerwca w Warszawie. To bardzo prestiżowe spotkanie środowisk związanych z chirurgią i pielęgniarstwem operacyjnym.

Proszę o zamieszczenie listu w opiniach Konsultanta Krajowego W dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, gdyż jego treść może być przydatna wielu pielęgniarkom i położnym. Mam nadzieję że każda reakcja piętnująca

nieprawidłowości negatywnie wpływające na pracę pielęgniarek, a co za tym idzie nasilenie problemu zakażeń szpitalnych jest ważna i potrzebna. ■

z wyrazami szacunku
Krajowy Konsultant
w dziedzinie pielęgniarstwa
epidemiologicznego
mgr Beata Ochocka

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Sz. Pan
Prof.dr hab.n.med
Krzysztof Bielecki

LIST OTWARTY do uczestników X Ogólnopolskiego Sympozjum „Blok operacyjny-organizacja i funkcjonowanie” - Warszawa 4-5 czerwca 2009

Od czasu objęcia Sankcji konsultanta Krajowego u dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, napływają, do mnie niepokojące informacje związane z niepoprawną organizacją pracy w strukturach bloków operacyjnych, **niezgodną** z zasadami prewencji zakażeń szpitalnych.

Zgłaszane problemy dotyczą:

- **zastępowania pielęgniarki operacyjnej pomagającej przez salowi; lub sprzątaczkę**
- zbyt małej ilości pielęgniarek operacyjnych W stosunku do liczby przeprowadzanych zabiegów
- kierowania dyżurujących na bloku pielęgniarek operacyjnych do pracy w innych oddziałach szpitala w tym o charakterze zakaźnym

W świetle obowiązujących przepisów wykonywanie czynności pielęgniarki Operacyjnej pomagającej przez Salowe lub sprzątaczkę **jest niezgodne z przepisami prawa i nieprawidłowe ze względów epidemiologicznych.**

Osoby zatrudnione na stanowiskach salowych i sprzątarek w strukturach bloku operacyjnego nie posiadają kwalifikacji i uprawnień do wykonywania czynności które może **wykonać tylko pielęgniarka operacyjna.**

Wszystkie czynności i zadania pielęgniarki operacyjnej pomagającej wykonane przez nieuprawnione do tego osoby są obarczone poważnym ryzykiem błędów takich jak: kontaminacja bakteryjna, nieprawidłowe postępowanie z narzędziami po zabiegu, niewłaściwe przygotowanie środków dezynfekcyjnych . niezgodna z zasadami aseptyki pomoc w ubieraniu zespołu operacyjnego i wielu innych.

Należy podkreślić iż rolą personelu pomocniczego jest utrzymanie czystości na poziomie zgodnym z aktualnymi wymogami sanitarno-higienicznymi

Wszyscy pracownicy bloku operacyjnego powinni mieć jasno sprecyzowane zadania, uprawnienia i odpowiedzialność, które powinny być zdefiniowane w opisie stanowiska.

Jeżeli w programach kształcenia zawodu sanitariusz szpitalny znajdują się pewne czynności zaakceptowane przez kierownictwo bloku operacyjnego, sanitariusz szpitalny może

zostać włączony do pomocy personelowi pielęgniarstwu. Jest to zawód, który znakomicie uzupełnia kadrę personelu bloku operacyjnego.

Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo pacjentów i przestrzeganie zasad wynikających z pielęgniarstwa operacyjnego, do zabiegu operacyjnego powinny asystować dwie pielęgniarki operacyjne, w tym jedna pomagająca. Taki właśnie model należy propagować i utrzymywać w zakładach opieki zdrowotnej jako gwarant jakości świadczeń.

Kultura i organizacja pracy w polskich blokach operacyjnych nie mogą się pogarszać w wyniku błędnych decyzji organizacyjnych i przydzielania czynności osobom, które w żaden sposób nie są do tego przygotowane. ■

Z poważaniem
podpisano
Beata Ochocka

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 18 maja 2009 roku

W dniu 18 maja 2009 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie dotyczące określania zasad kontraktowania świadczeń pielęgniarstkich w POZ od 1.07.2009r. i w latach następnych.

W spotkaniu uczestniczyli:

- ze strony Ministerstwa Zdrowia
Marek Haber – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia,
Jolanta Skolimowska – Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych.
- ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia
Krzysztof Klichowicz – Departament Świadczeń Zdrowotnych NFZ
Hanna Klimczak – Departament Świadczeń Zdrowotnych NFZ
- ze strony Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej
Zuzanna Grabusińska -
- ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Elżbieta Buczkowska – Prezes NRPI,
Emilia Kin – Przewodnicząca Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPI,
Maria Matusiak – członek komisji,
Tadeusz Wadas – członek komisji.
- ze strony Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Krystyna Ciemiński
Ewa Obuchowska
oraz Ewa Obrzut – Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Ponadto w spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Związku Pracodawców.

Na wniosek – Marka Habera Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia – Krzysztof Klichowicz przedstawił zasady kontraktowania świadczeń pielęgniarstkich w POZ:

1. Od 1.07.2009r. zostanie pozostawiony dotychczasowy sposób finansowania, czyli obowiązujący w I półroczu 2009r. Będą rozważane drobne zmiany, które zostaną skonsultowane z przedstawicielami NRPI.
2. Od 1.01.2010r. świadczenia pielęgniarstkie w POZ będą finansowane metodą kapitałową z uwzględnieniem

współczynników korygujących + odrębnie wycenione dodatkowe (procedury) świadczenia, wynikające z katalogu świadczeń pielęgniarstwach.

3. Pielęgniarska opieka domowa w POZ finansowana metodą zadaniową zostanie połączona z opieką długoterminową.

W I połowie lipca zostaną przedstawione dwa projekty Zarządzeń Prezesa NFZ do opiniowania.

Przedstawiciele NRPI, OZZPiP, Związków Pracodawców wnioskowali, aby w Zarządzeniu dotyczącym opieki długoterminowej utrzymać zasady finansowania analogicznie jak w metodzie zadaniowej i nie limitować świadczeń. Przedstawicielka MPiPS i strona samorządowa wnioskowali, aby do oceny pacjenta do objęcia opieką pielęgniarką uwzględnić również inne skale, a nie tylko skalę Barthel.

Przedstawiciele NFZ zaznaczyli, że nie będzie możliwości zabezpieczenia świadczeń pielęgniarstwach dla wszystkich pacjentów.

Na tym spotkanie zakończono spotkanie.

Szczegółową notatkę ze spotkania przygotowuje Pani Jolanta Skolimowska na prośbę Marka Habera.

Notatkę sporządziła
Emilia Kin

NOTAKA ZE SPOTKANIA INFORMACYJNO SZKOLENIOWEGO ORGANIZOWANEGO PRZEZ DEPARTAMENT PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W MINISTERSTWIE ZDROWIA

W DNIU 03 CZERWCA 2009 ROKU

Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych informuje o możliwości kształcenia w ramach Projektu systemowego „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Celem projektu jest uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa, zwiększenie motywacji uczestników projektu do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych, np. dwuletnich studiów magisterskich oraz podniesienie samooceny na gruncie zawodowym i społecznym.

Do projektu mogą przystąpić pielęgniarki i położne:

- posiadające świadectwo dojrzałości,
- będące absolwentami: pięcioletnich liceów medycznych, dwuletnich medycznych szkół zawodowych, dwupółletnich medycznych szkół zawodowych i trzyletnich medycznych szkół zawodowych,
- posiadające prawo wykonywania zawodu,
- zatrudnione w zawodzie pielęgniarki/położnej,
- zakwalifikowane do Projektu po rekrutacji zgodnej z kryteriami wybranej Uczelni.

Studia pomostowe w ramach powyższego projektu zostały uruchomione w roku 2008. Pierwszego naboru dokonano w październiku 2008 roku (2909 pielęgniarek i położnych), kolejnego w lutym 2009 roku (362 pielęgniarki i położne).

Czas kształcenia wynosi od dwóch do pięciu semestrów,

w zależności od wykształcenia zawodowego. Ostatni nabór będzie przeprowadzony w roku akademickim 2012/2013. Zakończenie zaś Projektu nastąpi w roku 2015.

Kwota przeznaczona na realizację Projektu wynosi 180 mln złotych, która jest przeznaczona dla 24 tysięcy pielęgniarek i położnych.

Limity na studia pomostowe w latach 2004-2009

Rok akademicki	Pielęgniarstwo	Położnictwo
2004/2005	2300	
2005/2006	1650	480
2006/2007	5017	1065
2007/2008	3458	629
2008/2009	4630	835
2009/2010 projekt	6475	1015

Z powyższych danych wynika, iż w roku 2008/2009 łącznie dla kierunku pielęgniarstwo i położnictwo ustalono limit przyjęć równy 5 465 miejsc, z tego 3300 miejsc zostało dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego, natomiast 2165 osób rozpoczęło studia płatne.

Uczelnie, których oferty zostały wybrane w II etapie postępowania przetargowego w projekcie "Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych" - dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego:



Źródło: www.mz.gov.pl

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
2. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
3. Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu
4. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Białej Podlaskiej
5. Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie
6. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu
7. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
8. Uniwersytet Jagielloński CM
9. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie



10. Radomska Szkoła Wyższa
11. Warszawski Uniwersytet Medyczny
12. WSH-E w Łodzi, Wydz. Zamiejscowy w Warszawie
13. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie
14. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
15. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie
16. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
17. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Suwałkach
18. Państwowa Wyższa Szkoła Inform. i Przedsiębiorczości w Łomży
19. Akademia Pomorska w Słupsku
20. Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
21. Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu
- 22. Akademia Polonijna w Częstochowie**
- 23. Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie**
24. Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsko-Białej
25. Wyższa Szkoła Umiejętności Zawodowych w Pińczowie
26. Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim
27. Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Kielcach
28. Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
29. Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna

30. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu
31. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
32. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Pile

WAŻNE!

Dyplomy i świadectwa uzyskane w poprzednich systemach kształcenia pielęgniarek i położnych są ważne na terenie Polski, a ukończenie studiów pomostowych nie jest obowiązkowe.
Data graniczna kształcenia na studiach pomostowych 2010/2011 została zniesiona.

Powyższe informacje pochodzą ze spotkania informacyjno-szkoleniowego Ministerstwa Zdrowia – Departamentu Pielęgniarek i Położnych z przedstawicielami Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych oraz ze strony internetowej Ministerstwa Zdrowia. ■

opracowanie:
 Elżbieta Krupińska



Interpelacje

Posel na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej BIURO POSELSKIE Krzysztofa Matyjaszczyka Częstochowa, 25.05.2009r

Sz.P.
 Halina Synakiewicz
 Przewodnicząca Okręgowej Rady
 Pielęgniarek i Położnych

W związku z Pani interwencją w sprawie likwidacji 29 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych pragnę poinformować, że złożyłem interpelację w sprawie samorządu pielęgniarek i położnych wspólnie z kolegami z Klubu Poselskiego Lewica, w tym z Wiceprzewodniczącą Komisji Zdrowia Elżbietą Streker-Dębińską. Uzyskaną odpowiedź prześlę Pani w terminie późniejszym.

Z poważaniem
 POSEŁ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
 Krzysztof Matyjaszczyk

Elżbieta Streker - Dembińska
 Krzysztof Matyjaszczyk
 Wojciech Pomajda
 Klub Poselski LEWICA

Warszawa, dnia 22 maja 2009 r

Szanowny Pan
 Bronisław Komorowski
 Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku!

Na podstawie art. 191 ust. 1 i 192 Regulaminu Sejmu RP

składamy interpelację skierowaną do Minister Zdrowia w sprawie samorządu pielęgniarek i położnych.

Szanowna Pani Minister!

Korzystając z uprawnień przyznanych na mocy art. 20 ustawy o wykonywaniu mandatu posła i senatora, składamy interpelację w związku z podjęciem działań zmieniających do zmiany ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Dnia 12 maja obchodziliśmy Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej. Szczególnym „prezentem” dla tego środowiska stał się, opublikowany na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, projekt ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Po raz kolejny podjęta została próba ataku na ideę samorządności zawodowej. Projekt przekazano do konsultacji społecznych w dniu 11.05.2009r.

Uprzejmie prosimy o ustosunkowanie się do sygnałów, jakie dochodzą do nas ze strony tego środowiska. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Częstochowie, Pile, Tarnowie, Przeworsku i wielu innych w kraju, działające w imieniu zrzeszonych w niej członków, stanowczo protestują przeciwko zapisom projektu w art. 7 ust.3, w którym obszar działania poszczególnych okręgowych izb pokrywać się ma z podziałem administracyjnym kraju. Zapis taki skutkował będzie, zmniejszeniem ilości obecnie działających 45 do 16 okręgowych izb, co zdaniem autorów projektu miałoby zracjonalizować wykonywanie zadań. Pielęgniarki i położne tworząc 18 lat temu samorząd, kierowały się ideą organizacji działającej jak najbliższej swoich członków, tak aby poprzez swoje szybkie i sprawne działanie, reprezentować interesy swojego środowiska.

Zcentralizowana organizacja nie radzi sobie z realizacją ogromu zadań, tak jak szybko i sprawnie, jak działające mniejsze, za to w większej liczbie powołane instytucje. Środowisko pielęgniarek i położnych, jest wzburzone i zdecydowanie terminowane by bronić swojej niezależności w samosta-



nowieniu o zasadach funkcjonowania, finansowania i strukturach organizacyjnych.

Samorząd utrzymuje się ze składek swoich członków, prowadzonej działalności gospodarczej, zapisów, darowizn. Te fundusze są wynikiem starań członków poszczególnych izb, a więc to członkowie powinni mieć wpływ na ich dystrybucję w określonych przez nich środowiskach.

Ministerstwo Zdrowia corocznie przydziela bardzo skromny budżet, nie pokrywający ponoszonych przez izby kosztów, na realizację zadań przejętych od administracji państwowej. Budżet ten nie ulegnie zmianie przy proponowanym nowym podziale izb, ale wydłuży się droga dystrybucji środków.

W przekonaniu środowiska po raz kolejny niszczy się ideę samorządów, łamie się zasady decentralizacji i pomocniczości

umacniającej uprawnienia obywateli i ich wspólnot, które są zasadami przyjętymi przez Wspólnotę i Unię Europejską.

Upzejmie prosimy o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie przesłanki kierowały Ministerstwu Zdrowia, aby zaproponować zmiany w ustawie dotyczącej samorządu pielęgniarek i położnych?
2. Jaki jest kalendarz prac nad tym projektem?
3. Czy w związku ze sprzeciwem środowiska pielęgniarek i położnych, ministerstwo nadal podtrzymuje propozycję likwidacji części Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych?

■

Konferencje



XIII OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNE DIABETICA EXPO 2009

I VII OGÓLNOPOLSKIE FORUM PROFILAKTYKI I LECZENIA OTYŁOŚCI

które odbędzie się 12-13 września 2009r.
w Auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
przy ul. Gagarina 11 w Toruniu

Tematami wiodącymi w/w wydarzeń medycznych są:

1. Epidemiologia cukrzycy typu 1 i typu 2.
2. Leczenie cukrzycy typu 1 i typu 2.
3. Prewencja i leczenie powikłań cukrzycy - chorób układu sercowo-naczyniowego, nefropatii, neuropatii, retinopatii, chorób stóp.
4. Cukrzyca i ciąża.
5. Cukrzyca u dzieci i młodzieży
6. Cukrzyca u osób w wieku podeszłym.
7. Psychologia cukrzycy.
8. Edukacja zdrowotna w cukrzycy.
9. Przyczyny rozwoju otyłości i nadwagi.
10. Strategia leczenia otyłości.
11. Rola diety w profilaktyce i leczeniu cukrzycy i otyłości.
12. Znaczenie aktywności fizycznej w zapobieganiu i leczeniu cukrzycy i otyłości.
13. Chirurgiczne leczenie otyłości.
14. Współpraca pomiędzy lekarzem diabetologiem i internistą a lekarzem pierwszego kontaktu.
15. Farmakoterapia cukrzycy i otyłości.

Dodatkowe informacje:

www.expo-andre.pl

■

FUNDACJA ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO

oraz Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Radomiu
serdecznie zapraszają na

**X Ogólnopolską Konferencję Szkoleniową dla
Pielęgniarek na temat:
ZAKAŻENIA ODCEWNIKOWE - kontrola i zapobieganie**

Konferencja odbędzie się dnia 15 października 2009 roku
w Sali Konferencyjnej Szpitala Wojewódzkiego
w Radomiu, ul. Juliana Aleksandrowicza 5

Rozpoczęcie Konferencji o godz. 09.00, a zakończenie
ok. godz. 17.00.

Tematy Konferencji:

- o Patogeneza zakażeń odcewnikowych
- o Czynniki ryzyka związane z zakażeniem przy kaniulacji naczyń
- o Monitorowanie powikłań związanych z obecnością cewników naczyniowych
- o Kaniulacja żył obwodowych - powikłania a procedury
- o Pielęgnacja i utrzymanie drożności wkłucia obwodowego i centralnego
- o Kontrola, zapobieganie i zwalczanie zakażeń

OPLATA ZA UCZESTNICTWO: 50 zł prosimy przesyłać na konto Fundacji:

Polbank EFG 27 2340 0009 0080 2180 0000 0029
z dopiskiem: X konferencja i nazwisko uczestnika

BARDZO WAŻNE!

- liczba miejsc ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń
- do 30 września 2009 r. dokonanie opłaty za uczestnictwo

Komitę organizacyjny: Jolanta Czerniak, Ewa Golonka,
Monika Tomaszewska, Sabina Ucińska, Lucyna Wiśniewska

ZGŁOSZENIA prosimy przesyłać mailowo na adres:
frpp@frpp.org.pl Bliższych informacji udziela:
Jolanta Czerniak - 0 662 169 177

■

Miażdżyca tętnic kończyn dolnych.

Miażdżyca jest chorobą całego organizmu spowodowana zmianami w tętnicach. W ścianach tętnic odkłada się cholesterol, tłuszcz i substancje mineralne co powoduje zgrubienie i stwardnienie tętnic oraz ich zwężenie, a czasem nawet zamknięcie światła.

Obraz kliniczny choroby objawia się zaburzeniami ukrwienia serca, mózgu lub kończyn dolnych. Podstawowym, wcześniej występującym objawem niedokrwienia kończyn dolnych jest chromanie przestankowe. Chromać znaczy „kulić” i jest to podobny do skurczu ból, występujący w łydce i nasilający się podczas chodzenia, a ustępujący w spoczynku. Objaw chromania wskazuje na niedostateczny dopływ krwi do pracujących mięśni. Ból spoczynkowy dotyczy najczęściej paluchów i stóp, nasila się zwykle w nocy a ulgę przynosi zniesienie bolącej nogi z łóżka poniżej poziomu ciała.

Wyróżnia się cztery stopnie zaawansowania miażdżycy kończyn dolnych.

I° - brak objawów klinicznych
leczy się zachowawczo

II° - chromanie przestankowe
leczy się zachowawczo

III° - ból spoczynkowy
wymaga postępowania operacyjnego

IV° - ból spoczynkowy z martwicą lub owrzodzeniem skóry
wymaga postępowania operacyjnego

Opieka pielęgniarska wobec chorego z miażdżycą tętnic kończyn dolnych zależy od stopnia zaawansowania zmian chorobowych. Pielęgniarka powinna gromadzić i dokumentować dane o chorym i jego środowisku rozpoznawać problemy z uwzględnieniem objawów ogólnych i przedmiotowych. Powinien ocenić styl życia chorego, rodzaj wykonywanej pracy, preferowane formy odpoczynku, nałogi, sposób odżywiania a także zaburzeń w funkcjonowaniu poszczególnych układów np. choroby nerek, cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zranienie kończyny.

Pielęgniarka w badaniu fizykalnym porównuje obie kończyny, zwraca uwagę na stopy, zabarwienie skóry, temperaturę, czucie, mierzy podstawowe parametry życiowe, wyczuwa tętno na tętnicach: grzbietowej stopy, piszczelowej tylnej, podkolanowej i udowej. Wykonuje badania laboratoryjne, badania specjalistyczne metodą Dopplera.

W ramach zaleceń pielęgniarskich proponowane są pacjentom następujące zabiegi pielęgnacyjne i zalecenia zdrowotne:

- stosowanie ciepła powoduje rozszerzenie naczyń, poprawę krążenia krwi w chorych kończynach, rozluźnienie mięśni
- higiena skóry i zapobieganie zakażeniom
- zapobiegania urazom i działaniu ucisku
- odpoczynek, ćwiczenia i postawa ciała
- zapobieganie upośledzeniu krążenia krwi
- odpowiednia dieta przeciwmiażdżycowa, niskotłuszczowa i bez cholesterolowa
- przyjmowanie leków obniżających krzepliwość krwi
- bezwzględny zakaz palenia tytoniu

Deska Ewa

Znaczenie starzenia i chorób układu mięśniowo-szkieletowego w niepełnosprawności osób starszych

Procesy starzenia rozpoczynają się u człowieka już w wieku średnim i nasilają się z upływem czasu, jest to więc zjawisko dynamiczne przebiegające w czasie. Proces starzenia się człowieka przebiega, co najmniej w trzech płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej i społeczno-socjalnej. Narząd ruchu składa się z czterech podstawowych tkanek: kości, chrząstek, więzadła i mięśni. Wszystkie one ulegają zmianom starczym. W wieku starczym procesy resorpcji przeważają nad procesami odnowy, kości ulegają zrzeszotnieniu. Struktura kości staje się bardziej luźna jakby porowata stąd nazwa osteoporoza. Złamania kości w wieku starczym goją się znacznie wolniej.

Wyróżnia się dwie główne grupy przyczyn starzenia się:

- czynniki determinujące (genom oraz metabolizm własny, nieodzowny do aktywnego bytu żywionego) oraz czynniki modyfikujące starzenie tj.:
- czynniki osobnicze - choroby, kalectwa, otyłość, zaburzenia regulacyjne (neurohormonalne)
- czynniki środowiskowe włącznie ze stylem życia (pożywienie, woda, radiacja, żywienie, alkohol, palenie tytoniu, leki)
- obciążenia psychiczne - stresy
- warunki socjalno-społeczne i aktywność społeczną (zawodową, rodzinną, towarzyską).

Starość - wiek starczy - jest końcowym okresem starzenia się, który nieuchronnie kończy się śmiercią. Za początek starości przyjmuje się wg Światowej Organizacji Zdrowia 60-65 rok życia. Ludzie starzy nie stanowią jednolitej grupy zarówno pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej, psychicznej jak i pod względem sytuacji życiowej, z tego względu powstał podział starości na podokresy:

- starość wczesna - wiek podeszły - 60-74 r.ż.
- starość późna - 75-89 r.ż.
- starość bardzo późna - okres długowieczności - powyżej 90 r.ż.

Do cech charakterystycznych starzenia należą:

- utratę siły i wytrzymałości fizycznej
- dalekowzroczność
- pogorszenie pamięci krótkotrwałej
- nadmierne owłosienie przewodów nosowych i słuchowych
- upośledzenie słuchu
- łysienie
- spadek masy kości
- zmniejszenie wysokości ciała
- meno i andro-pauzę

Są to tylko niektóre cechy, które nie występują w jednakowym stopniu u wszystkich osób w starszym wieku. Nie są one bezpośrednią przyczyną śmierci organizmu. W mikroczyściłkach naszych komórek w wyniku starzenia dochodzi do ogromnej liczby zmian, we wszystkich komórkach, narządach i tkankach starzejących się osobników występują zmiany biochemiczne i degeneracyjne zmiany fizjologiczne, które mają charakter postępowy. Organizm staje się bardziej podatny na choroby, które przeżyłby w wcześniejszych okresach życia. Zmiany w wyglądzie zewnętrznym - z wiekiem obserwuje się obniżenie wzrostu u kobiet i mężczyzn. Jest to związane z osłabieniem przyczepów pewnych grup mięśni oraz ze zmianami zwyrodnieniowymi w kręgosłupie.



słupie. Również ponad 10% kobiet powyżej 50 r.ż. choruje na osteoporozę, która zmienia strukturę kości, powoduje garbienie się oraz obniżenie wzrostu. Pomiędzy 55 a 75 r.ż. ulega obniżeniu masa ciała, w tym okresie dochodzi do ubytków w tkance łącznej, kostnej oraz w masie mięśniowej, dochodzi też do zmniejszenia całkowitej objętości wody w organizmie. Starzenie się skóry jest wynikiem działania czasu, czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Pierwszy objaw to suchość spowodowana utratą zdolności do wiązania i zatrzymywania wody w naskórku, czego następstwem jest utrata elastyczności skóry. Pojawiają się drobne zmarszczki mimiczne wokół kącików oczu i ust, naskórek staje się coraz cieńszy i szorstki a w wyniku niejednorodnego wydzielania melaniny pojawiają się liczne brązowe plamy w miejscach odkrytych. Na skutek gorszego krążenia naczyń włosowate stają się bardziej kruche, w warstwie podskórnej następuje utrata tkanki tłuszczowej i te wszystkie zmiany powodują, że skóra staje się obwisła i pomarszczona

Układ mięśniowo-szkieletowy -u osób po 50 r.ż. zachodzi do zaniku tkanki kostnej, proces ten przebiega intensywniej u kobiet niż u mężczyzn. U niektórych osób dochodzi do rozwoju osteoporozy. Przyczyna osteoporozy nie jest do końca znana, często jest łączona ze zmianami poziomu hormonów takich jak estrogeny, kalcytonina, korty ko sterydy, progesteron. Ważną rolę przypisuje się czynnikom dietetycznym szczególnie niedoborowi wapnia i witaminy D. Z przeprowadzonych badań wynika, że kuracja estrogenowi, przyjmowanie wapnia i wysiłek fizyczny spowalnia tempo niszczenia kości po okresie menopauzy. Z wiekiem występuje bolesność stawów, słabną mięśnie, kości łatwiej ulegają złamaniu. Wpływ na to mają czynniki genetyczne, proces starzenia oraz stan funkcjonowania innych narządów, np. zmiany w mięśniach, do jakich dochodzi w trakcie starzenia w dużej mierze zależą od stanu naczyń krwionośnych. Z wiekiem więzadła tracą swoją elastyczność, mięśnie muszą, więc wykonać większą pracę, żył stan naczyń krwionośnych powoduje gorsze ich odżywienie i przeciążenie.

U człowieka młodego kręgosłup tworzy dwa wygięcia ku przodowi, w wieku starszym wytwarza się nadmierne wygięcie ku tyłowi odcinka piersiowego kręgosłupa- tzw. kifoza piersiowa. Ten rozwijający się proces prowadzi do tzw. starczego gościa zwyczajnego. Choroba ta charakterystyczna dla geriatry występuje u ludzi starych i nakłada się na zmiany starcze w narządzie ruchu.

Pielęgnacja i rehabilitacja osób starszych

Rehabilitacja jest przywracaniem maksymalnie możliwego, samodzielnego życia w rodzinie i społeczności, a także zdolności do pracy zawodowej, aktywności społecznej i działalności twórczej. Rehabilitacja medyczna ukierunkowana na przywrócenie sprawności chorych stanowi fundamenta część szerokiego procesu rehabilitacji. W starzejącym się organizmie dochodzi do wielu zmian fizjologicznych i patofizjologicznych pogarszających możliwość jego funkcjonowania, a także rehabilitacji. Odsetek niepełnosprawności wzrasta w starszych grupach wiekowych, osiągając 50% u osób po 80 r.ż. Wzrasta również liczba współistniejących chorób przewlekłych i częstość występowania ostrych schorzeń dodatkowych obniżających poziom sprawności funkcjonalnej i zdolności adaptacyjnej organizmu. Ze względu na niewyraźną granicę między stanem zdrowia a stanem chorobowym u osób starszych prewencja jest w znacznym stopniu zintegrowana z rehabilitacją. Podmiotem oddziaływania rehabilitacji jest niepełnosprawny człowiek, dlatego też wiele osób starszych wymaga rehabilitacji nie tylko z powodu choroby, lecz również ze względu na obniżenie się sprawności

funkcjonalnej wraz z wiekiem. Rehabilitacja osób starszych powinna być prowadzona, wielopłaszczyznowo, musi uwzględniać hierarchię potrzeb pacjenta, koncentrując się przede wszystkim na rehabilitacji dotyczącej osiowego problemu zdrowia, np. udaru mózgu, zawału serca, zapalenia płuc czy złamania szyjki kości udowej. Podstawowym celem powinno być podtrzymanie i przywrócenie sprawności do wykonywania podstawowych a następnie złożonych czynności życia codziennego.

Kinezyterapia - najważniejsza metoda w rehabilitacji osób starszych, obejmuje ćwiczenia lecznicze oraz metody kinezyterapeutyczne. Ćwiczenia lecznicze wykorzystują różne rodzaje pracy mięśniowej do utrzymania lub poprawy ruchomości w stawach, a także zwiększenie siły, mocy i wytrzymałości mięśniowej. Stosuje się również ćwiczenia koordynacji ruchów, pionizacji, nauki chodzenia, ćwiczenia oddechowe, ogólnokondycyjne i relaksacyjne. W metodach kinezyterapeutycznych wykorzystuje się różne rodzaje pracy mięśniowej łącznie z innymi metodami oddziaływania.

Fizykoterapia - obejmuje światłolecznictwo, elektroterapię, laseroterapię, termoterapię, balneoterapię, leczenie polem magnetycznym i ultradźwiękami. Duże znaczenie ma masaż leczniczy, który wraz z ćwiczeniami biernymi jest z jednej strony dobrze tolerowany, natomiast z drugiej jest niejednokrotnie z konieczności jedną z nielicznych metod możliwych do zastosowania u zniedołężniałych pacjentów. W rehabilitacji osób starszych niejednokrotnie potrzebne jest zaopatrzenie ortopedyczne : protezy, ortezy, sprzęt pomocniczy (kule, laski, podpórki, wózki, specjalne obuwie). Jeżeli chcemy aby człowiek stary dotknięty schorzeniami stawowymi zachował czynny tryb życia, musimy ułatwić mu wykonanie tych czynności przez właściwe wyposażenie w sprzęt. Szczególnie trudnym jest opiekowanie się chorymi ze schorzeniami gośćcowymi, którzy z powodu zaawansowania zmian stawowych nie są już w stanie opuścić łóżka. Należy dbać o ich higienę osobistą ułatwiać im zaspokojenie potrzeb fizjologicznych w łóżku, nie dopuszczać do powstawania odleżyn. Należy pamiętać, że dopóki istnieje jakakolwiek ruchomość stawów należy wykonywać ruchy bierne i czynne w tych stawach. Jeśli dojdzie do przykurczów należy zastosować delikatne wyciągi lub obciążenie stawu woreczkami z piaskiem na kilka godzin dziennie. Chorego stawiać choć na chwilę na nogi lub sadzać. Osoby starsze potrzebują pomocy ponieważ pozostawione same często zapadają na choroby o wiele wcześniej a rokowanie jest dla nich niepomyślne, warto więc pamiętać, że starość dotyczy każdego z nas i winniśmy się na nią należycie przygotować. ■

Pudlik Małgorzata

PODNOŚCENIE POZIOMU OPIEKI NAD CHORYM ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PROCEDURAMI

-JAKOŚĆ W OPIECE ZDROWOTNEJ

Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych jest niezbędnym warunkiem osiągnięcia celów ochrony zdrowia i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też system opieki zdrowotnej na całym świecie, a także w Polsce, poszukują skutecznych sposobów jej zapewnienia. Podejmo-

wane są próby aplikacji metod i technik zapewnienia jakości sprawdzonych na rynku innych usług. W zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej uwzględniane są nowoczesne wymagania dotyczące jakości usług stosowanych gospodarce rynkowej. Wymusza to zmianę sposobu zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, a wraz z nim zmianę sposobu myślenia o jakości. Osiąganie wysokich standardów jakości jest ściśle związane z orientacją na klienta / pacjenta. Przy takim podejściu opieka zdrowotna wysokiej jakości to taka, która odpowiada określonym kryteriom, wykazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i w danych warunkach zapewnia pacjentom osiąganie pożądanych efektów zdrowotnych. Zapewnienie jakości świadczeń zdrowotnych wymaga kompleksowego podejścia, bowiem na osiąganie obiektywnych wyników w stanie zdrowia i satysfakcji pacjentów wpływa wiele różnorodnych czynników. O poziomie jakości opieki zdrowotnej decyduje nie tylko jakość realizowanych świadczeń medycznych, ale także jakość opieki pielęgniarskiej, relacje pomiędzy pracownikami medycznymi, warunki organizacyjno-techniczne oraz sposób zarządzania opieką zdrowotną. Dlatego w zapewnieniu jakości opieki zdrowotnej wszystkie te elementy stanowią przedmiot oceny.

-JAKOŚĆ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Jakość opieki pielęgniarskiej bywa różnie definiowana, w zależności od przyjętej koncepcji i standardów pielęgnowania. Można ją określić jako „stopień, w jakim opieka ta przyczynia się do osiągnięcia pożądanych efektów w stanie zdrowia osób (grup), zwiększa ich zdolność do samo opieki lub samo pielęgnacji oraz wykazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i przyjętymi standardami”. Przedmiotem oceny jakości opieki pielęgniarskiej, podobnie jak w ocenie jakości całej opieki zdrowotnej, są 3 podstawowe elementy: struktura, procesy i wyniki.

1. Ocena struktury (nakładów) - pod pojęciem struktury rozumie się to wszystko, co jest potrzebne do zapewnienia pożądanego poziomu jakości: system organizacyjny opieki, przepisy prawne regulujące jej funkcjonowanie, środowisko - miejsce wykonywania, wyposażenie, materiały, narzędzia, liczba i kwalifikacje pracowników, doskonalenie zawodowe, zarządzanie opieką, system informacyjny, dokumentowanie, działanie na rzecz rozwoju i zapewnienia jakości itp. W ocenie zwraca się uwagę na dostosowanie elementów struktury do potrzeb i oczekiwań pacjentów, formy opieki, metod pielęgnowania i leczenia, realizowania procesu pielęgnowania.

2. Ocena procesów -ocenie poddawane są metody, procedury oraz wszelkie relacje pomiędzy pielęgniarką a pacjentem, m.in. działania w zakresie:

- Pomocy pacjentom w zaspakajaniu potrzeb fizycznych;
- Pomocy w zaspakajaniu potrzeb psychicznych, emocjonalnych i społecznych;
- Zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego (w tym przestrzeganie zasad i procedur przyjętych w szpitalu, służących ochronie przed wypadkami, urazami, pomyłkami, błędami, zakażeniami), także sposób postępowania dający poczucie bezpieczeństwa;
- Respektowanie praw pacjenta
- Komunikowania się z pacjentem i jego rodziną (informowanie, nauczanie);
- Udział w diagnozowaniu i leczeniu;
- Obserwowania zachowań, relacji pacjenta z otoczeniem, symptomów reakcji na chorobę i leczenie;
- Wykonywanie zleceń lekarskich;

- Wykonywanie zabiegów pielęgniarskich;
- Kształtowania środowiska opieki (technicznych i społecznych warunków pobytu i funkcjonowania pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, w środowisku zamieszkania, pracy lub nauki);

3 Ocena wyników- polega na ocenie stopnia osiągnięcia celów pielęgnowania, w odniesieniu do:

- Osiągnięć pacjenta w zakresie zdrowia: stopień, w jakim pacjent potrafi zachować zdrowie, radzić sobie w sytuacji zagrożenia chorobą uzyskał pomoc w procesie diagnozowania i leczenia oraz zaspokojenie potrzeb, potrafi zachować jakość życia z chorobą lub niepełnosprawnością, satysfakcja pacjentów z jakości opieki itp.;
- Satysfakcji pielęgniarek i innych pracowników z osiągniętych wyników i sytuacji pracy.

Wszystkie te elementy opieki powiązane ze sobą, realizowane zgodnie z przyjętymi standardami, dają możliwość zapewnienia jakości opieki satysfakcjonującej zarówno pacjentów, jak i pracowników medycznych.

Poszczególne elementy opieki poddawane są ocenie przy pomocy odpowiednio dobranych kryteriów (wyznaczników danej cechy).

Kryteria oceny jakości opieki pielęgniarskiej- najczęściej stosowanymi kryteriami w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej są:

- Bezpieczeństwo-ochrona przed urazami, wypadkami, błędami i pomyłkami spowodowanymi niekompetentnym działaniem ludzi, zakażeniami i negatywnym wpływem środowiska opieki oraz bezpieczeństwo psychiczne- rozumiane jako ochrona przed osamotnieniem, lękiem, przedmiotowym traktowaniem pacjenta;
- Indywidualizacja-opieka dostosowana do indywidualnych potrzeb i, stanu zdrowia, wiedzy, zdolności, odrębności kulturowych, a także oczekiwań i woli pacjenta;
- Skuteczność-opieka ukierunkowana na cele pielęgnowania;
- Ciągłość-złożoność problemów pacjenta wymaga na ogół zapewnienia długotrwałej i kompleksowej opieki, mimo korzystania z usług wielu specjalistów, w różnym czasie, dlatego jej przebieg i wyniki uwarunkowane są możliwością zapewnienia ciągłości poprzez sprawny system komunikowania i dokumentowania;
- Etyczność- opieka realizowana jest zgodnie z regułami zawartymi w kodeksie deontologicznym, z poszanowaniem podmiotowości pacjenta, z zachowaniem praw pacjenta i pielęgniarki;
- Profesjonalizm-opieka realizowana jest zgodnie z najnowszą wiedzą w dziedzinie pielęgniarstwa, nauk medycznych i humanistycznych, zgodnie z nowoczesnymi standardami praktyki pielęgniarskiej, przy zastosowaniu odpowiednich zasobów i rozwiązań technicznych;
- Ukierunkowanie na profilaktykę - skoncentrowana na promocji zdrowia, zapobieganiu chorobom i niepełnosprawności oraz przygotowaniu pacjentów do samodzielnego funkcjonowania;
- Dostępność-opieka pielęgniarska jest powszechnie dostępna, tzn. liczba i rodzaj oferowanych świadczeń są odpowiednie do potrzeb populacji i osób, są one oferowane w odpowiednim dla pacjenta miejscu i czasie, a ich koszt nie przekracza możliwości klienta.

METODY ZAPEWNIANIA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

-WEWNĘTRZNE METODY ZAPEWNIENIA JAKOŚCI

Do metod tych należy badanie satysfakcji pacjentów, rozumiane jako badanie subiektywnych ocen pacjentów opartych na ich indywidualnym doświadczeniu, wymaganiach i oczekiwaniach. Poziom zadowolenia pacjentów ze świadczonej opieki jest jednym z najważniejszych wskaźników jej efektywności.

-ZEWNĘTRZNE METODY ZAPEWNIENIA JAKOŚCI

Zewnętrzne metody zapewnienia jakości są stosowane na obszarze całego systemu opieki zdrowotnej. Należą do nich:

- Licencje- określone przepisami prawnymi wymagania dotyczące świadczeń zdrowotnych i organizacji zakładów opieki zdrowotnej, np. przepisy sanitarne, wymagania stawiane przy wydawaniu zezwoleń (licencji) na prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej oraz wydawanie przez samorządy zawodowe zaświadczeń o prawie wykonywania praktyki pielęgniarstwa, położnej lub lekarskiej;
- Rekomendacje-wytyczne i zalecenia dotyczące funkcjonowania zakładów, wydawane przez zespoły ekspertów;
- Certyfikaty-poświadczenia przez uprawnione jednostki spełniania określonych standardów, np. badań laboratoryjnych;
- Akredytacja-nadawanie przez Krajową Radę Akredytacyjną certyfikatu jakości zakładom opieki zdrowotnej, które dobrowolnie poddały się przeglądowi i uzyskały wysoką ocenę jakości.

STANDARDY PRAKTYKI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Standardy praktyki pielęgniarstwa przyjęto traktować jako zbiór wymagań, norm, które określają uzgodniony, możliwy do zrealizowania poziom wykonywania praktyki pielęgniarstwa, jaki został ustanowiony w celu zapewnienia jakości opieki pielęgniarstwa, podstaw kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarstwa i położnych oraz inspirowania kierunków rozwoju naukowego pielęgniarstwa. ■

Kowalczyk Ewa

KONIECZNOŚĆ EDUKACJI CHOREGO PO UDARZE MÓZGU

Wystąpienie poważnych, często zagrażających życiu objawów udaru mózgu jest niespodziewane zarówno dla chorego, jak i dla jego rodziny. Najczęściej występuje nagły deficyt ruchowy — niedowład lub porażenie kończyny. U niektórych pacjentów dochodzi do zaburzenia kontaktu z otoczeniem (zaburzenia mowy, rozumienia, pamięci) oraz utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi. W polskim społeczeństwie stopień edukacji medycznej jest niski, a wiedza dotycząca początkowych objawów udaru oraz jego powikłań — niewystarczająca. Dlatego istnieje konieczność przekazania pacjentowi w początkowym okresie hospitalizacji podstawo-

wych informacji na temat przyczyny objawów udaru mózgu. Należy wyjaśnić różnice między udarem niedokrwiennym (zawał mózgu) a udarem krwotocznym („wylew”). Chorego i jego opiekunów powinno się poinformować o konsekwencjach udaru (ewentualnym zagrożeniu życia, trwałym kalectwie, degradacji społeczno-zawodowej). Niezbędne jest także omówienie planowanych badań oraz działań terapeutycznych. Znajomość czynników ryzyka udaru mózgu w społeczeństwie jest mała, zaś konieczność ich leczenia często się bagatelizuje. Szczególnie ważnym zagadnieniem jest uświadomienie pacjentowi i jego opiekunom znaczenia należytej kontroli nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz innych przewlekłych chorób sprzyjających wystąpieniu udaru mózgu. Wskazane jest przedstawienie mechanizmów prowadzących do udaru, z uwzględnieniem istniejących wcześniej jednostek chorobowych, czynników środowiskowych i stylu życia.

Niedostatek zachowań prozdrowotnych w polskim społeczeństwie dotyczy również pacjentów z udarem mózgu. Modyfikacja czynników ryzyka, takich jak: styl życia, nieprawidłowe zwyczaje żywieniowe, nadużywanie tytoniu i alkoholu lub brak regularnych badań zapobiegawczych, jest niezbędna w profilaktyce wtórnej udaru. Wskazania do stosownych zmian w tym zakresie należy zawrzeć w programie edukacji poudarowej — zarówno chorego, jak i jego rodziny, szczególnie w okresie po pobycie w szpitalu. Obecnie pacjenci i ich bliscy nie mają wystarczającej wiedzy o zasadach organizacji opieki i rehabilitacji poszpitalnej.

CELE EDUKACJI POUДАРOWEJ

Edukację chorego po udarze mózgu należy dostosować do jego stanu ogólnego i neurologicznego — do stopnia nasilenia deficytów ruchowych oraz poznawczych. Zakres tej edukacji powinien odpowiadać poziomowi intelektualnemu pacjenta i jego opiekunów, a także etapowi choroby. Zakres wiedzy przekazywanej osobom z niewielkim ubytkiem neurologicznym może być szeroki, natomiast w przypadku chorych z dużym stopniem niepełnosprawności poudarowej trzeba edukować przede wszystkim rodzinę, opiekunów oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjent w ostrej fazie udaru powinien uzyskać podstawowe informacje o jego przyczynie, przebiegu i powikłaniach. W ramach opieki poszpitalnej najistotniejsza jest wiedza na temat kontroli czynników ryzyka, sposobów pielęgnacji i rehabilitacji chorego oraz zmiany stylu i warunków jego życia.

Edukacja pacjenta u osób samodzielnych, bez nasilonych deficytów ruchowych, bez zaburzeń afatycznych, objawów zespołu otępiennego obejmuje:

- wyjaśnienie przyczyny udaru, zapewnienie niezbędnych informacji na temat jego przebiegu i powikłań;
- ukazanie konieczności i sposobu zmiany stylu życia (promocja zachowań prozdrowotnych) oraz poprawy kontroli czynników ryzyka po udarze;
- zwiększenie aktywnego udziału chorego w procesie leczenia;
- planowaną i dostosowaną do możliwości pacjenta rehabilitację społeczno-zawodową.

Edukacja rodziny/opiekunów chorych z utrwaloną niepełnosprawnością poudarową zaburzeniami mowy, demencją obejmuje:

- wyjaśnienie zakresu oraz konsekwencji trwałych deficytów neurologicznych występujących u chorego;
- naukę czynności pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych;
- instruktaż w zakresie przygotowania zaplecza socjalnego



(adaptacja mieszkania, wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny);

- podanie informacji o możliwości uzyskania wsparcia (opieka społeczna, pielęgniarki środowiskowe, organizacje kościelne, pomoc psychologiczna);
- ukazanie konieczności konsekwentnej rehabilitacji w warunkach domowych oraz sposobów jej prowadzenia.

Edukacja lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej pełniących poszpitalną opiekę nad chorym i jego rodziną obejmuje:

- uświadomienie, że chory po udarze to pacjent specyficzny, wymagający szczególnego nadzoru neurologicznego i ogólnolekarskiego oraz ścisłej kontroli czynników ryzyka;
- wskazanie, że niezbędne jest dostosowanie terapii do możliwości i konkretnych potrzeb pacjenta, przekazanie standardów postępowania leczniczego w warunkach ambulatoryjnych;
- promowanie fachowego nadzoru pielęgnacyjnego w warunkach poszpitalnych (stała opieka domowa).

KORZYŚCI Z EDUKACJI

- Pogłębienie wiedzy chorych i ich rodzin dotyczącej czynników ryzyka udaru mózgu, zrozumienie jego przyczyny oraz przebiegu i konsekwencji.
- Usprawnienie współpracy z lekarzem, zwiększenie częstości wizyt oraz lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjenta i jego rodzinę.
- Poprawa kontroli modyfikowalnych czynników ryzyka i większa skuteczność ich leczenia (zmniejszenie liczby i dawek leków, wprowadzenie działań nefarmakologicznych)
- Promocja zachowań prozdrowotnych, zmiana niekorzystnego stylu życia.
- Usprawnienie opieki domowej nad pacjentem oraz rehabilitacji poszpitalnej.

PROGRAM DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH

Metody przekazywania informacji:

- bezpośrednia rozmowa lekarza z pacjentem oraz jego rodziną (NAJISTOTNIEJSZA);
- publikacje informacyjne dla chorych po udarze mózgu i ich rodzin (prasa, broszury);
- programy szkoleniowe dla pacjentów i ich rodzin lub opiekunów (w Polsce prowadzone tylko w kilku ośrodkach);

Ogólne założenia programów edukacyjnych:

- spotkania indywidualne lub w małych grupach;
- prezentacja materiałów dydaktycznych (przystępnie opracowanych);
- edukacja prowadzona przez odpowiednio przeszkolony, fachowy personel — pielęgniarki edukacyjne;
- proste i zrozumiałe informacje przekazywane z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych: plansz, tabel, prezentacji audiowizualnych;
- prezentacja informacji edukacyjnych przez środki masowego przekazu — programy telewizyjne i radiowe, witryny internetowe;
- upowszechnianie krótkich haseł wyjaśniających istotę udaru mózgu, jego leczenia i profilaktyki, takich jak: „atak mózgu”, „czas to mózg”.

Szczegółowe zadania i zakres edukacji

Nadciśnienie tętnicze

- Konieczność stałej kontroli ciśnienia tętniczego i konsekwentnej, długotrwałej terapii hipotensyjnej.

- Nauka norm odpowiadających kryteriom oceny skuteczności leczenia choroby nadciśnieniowej.
- Nauka wykonywania codziennych samodzielnych pomiarów ciśnienia tętniczego.
- Regularny zapis pomiarów ciśnienia tętniczego (prowadzenie dzienniczka).
- Konieczność stałej kontroli (choroba „bez dolegliwości”).
- Umiejętność rozpoznania sytuacji wymagającej wizyty u lekarza w celu zmiany terapii (wzrost i obniżenie ciśnienia!)
- Unikanie preparatów działających gwałtownie (np. nifedipiny).

Król Iwona

Specyfikacja pracy pielęgniarki w ZOL-u psychiatrycznym

WNIOSKI I POSTULATY

WNIOSKI:

Przeprowadzone badania i dokonana analiza pozwala stwierdzić, że:

1. Badane pielęgniarki pracujące w ZOL-u psychiatrycznym (95,4%) oceniły swoje środowisko pracy zawodowej jako stresogenne, uznając jednocześnie, że czynnikiem najbardziej stresującym jest odpowiedzialność zawodowa.
2. Pielęgniarki pracujące w ZOL-u psychiatrycznym w 81,9% są zagrożone wypaleniem zawodowym.
3. Z badań wynika, że obciążenia fizyczne nie są spowodowane zbyt dużą ilością ciężko chorych, ale złą organizacją pracy, brakiem sprzętu pomocniczego, małą ilością personelu pielęgniarskiego.
4. W badanej populacji uzyskano odpowiedzi sugerujące zadowolenie i odczuwanie satysfakcji z bezpośredniego kontaktu z pacjentem.
5. Najczęstszymi problemami pielęgniarek pracujących w ZOL-u psychiatrycznym są:
 - monotonia,
 - zła organizacja pracy,
 - obciążenie obowiązkami,
 - negatywny wpływ pracy zawodowej na życie rodzinne,
 - negatywne skutki pracy zmianowej,
 - system wynagrodzeń,
 - mała możliwość rozwoju zawodowego uwarunkowana brakiem dostępu do nowoczesnych metod leczenia jak i złej sytuacji ekonomicznej ankietowanych.

POSTULATY PRAKTYCZNE

1. Należy zmienić politykę kadrową zakładów ochrony zdrowia oraz politykę finansową państwa odnośnie wynagrodzenia pielęgniarek.
2. Należy zweryfikować system nagradzania – gratyfikacje finansowe, nagrody okresowe.
3. Stworzenie struktur dających możliwość awansu zawodowego.
4. Wskazane jest tworzenie warunków umożliwiających kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek.
5. Należy wyposażać oddziały w odpowiednią ilość niezbędnego sprzętu pomocniczego, aby zmniejszyć obciążenie fizyczne pielęgniarek.
6. Należy stworzyć możliwość rotacji pracowników – przechodzenia do placówek o innym charakterze pracy.



STRESZCZENIE

Celem niniejszej pracy była próba oceny specyfiki pracy pielęgniarki w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym psychiatrycznym w Lublińcu z uwzględnieniem jej wpływu na samopoczucie fizyczne i psychiczne.

W pierwszej części pracy przedstawiono wybrane zagadnienia teoretyczne na temat pielęgniarstwa poczynając od kwestii wyboru zawodu poprzez drogę kształcenia, do wykonywania zawodu i wynikających z tego obciążeń fizycznych, psychicznych ale również odczuwania satysfakcji z uwzględnieniem specyfiki pracy na oddziale psychiatrycznym. Zarysowano również elementy podstaw prawnych warunkujących wykonywanie zawodu pielęgniarki.

W części badawczej podjęto próbę wyjaśnienia problemu głównego jakim jest pytanie: „jak specyfika pracy w ZOL-u wpływa na obciążenie psychofizyczne pielęgniarki?”.

Badania przeprowadzono w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym psychiatrycznym przy Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu w styczniu 2008 roku.

Materiał badany obejmował 22 pielęgniarki pracujące na tym oddziale.

Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety.

Kwestionariusz skierowany był do zespołu pielęgniarskiego. Pytania odnosiły się do zebrania informacji na temat: stażu pracy jako pielęgniarki, stażu pracy w ZOL-u, wyboru miejsca pracy, oceny środowiska pracy, reakcji na doznaną agresję ze strony psychicznie chorego, przyczyn bezradności, poczucia zagrożenia wypaleniem zawodowym, poglądu na możliwość rozwoju zawodowego, obciążeń fizycznych wynikających z wykonywania obowiązków zawodowych, dolegliwości bólowych powstających podczas i po pracy, oceny wyposażenia oddziału w sprzęt ułatwiający wykonywanie pracy związanej z podnoszeniem, przemieszczaniem pacjentów.

Poruszono również kwestię odczuwania satysfakcji z pracy z pacjentem z zaburzeniami sfery psychicznej.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że: badane pielęgniarki pracujące w ZOL-u psychiatrycznym (95,4%) oceniły swoje środowisko pracy zawodowej jako stresogenne, uznając jednocześnie, że czynnikiem najbardziej stresującym jest odpowiedzialność zawodowa.

Pielęgniarki pracujące w ZOL-u psychiatrycznym są zagrożone wypaleniem zawodowym. Tak odpowiedziało 81,9% ankietowanych.

Z badań wynika, że obciążenia fizyczne nie są spowodowane zbyt dużą ilością ciężko chorych, ale złą organizacją pracy, brakiem sprzętu pomocniczego, małą ilością personelu pielęgniarskiego.

W badanej populacji uzyskano odpowiedzi sugerujące zadowolenie i odczuwanie satysfakcji z bezpośredniego kontaktu z pacjentem.

Najczęstszymi problemami pielęgniarek pracujących w ZOL-u psychiatrycznym są:

- monotonia,
- zła organizacja pracy,
- obciążenie obowiązkami,
- negatywny wpływ pracy zawodowej na życie rodzinne,
- negatywne skutki pracy zmianowej,
- system wynagrodzeń,
- mała możliwość rozwoju zawodowego uwarunkowana brakiem dostępu do nowoczesnych metod leczenia jak i złej sytuacji ekonomicznej ankietowanych

Streszczenie
Sylwia Mrugała

SEPSA U DOROSŁYCH I DZIECI

SEPSA - inaczej zakażenie krwi. Jest to gwałtowna, uogólniona reakcja zapalna organizmu na atak mikroorganizmów. To zespół objawów klinicznych powstających na skutek niewłaściwej reakcji organizmu na zakażenie, mogący prowadzić do postępującej niewydolności wielu narządów, wstrząsu i śmierci.

Na początku sepsa uważana była za wynik bezpośredniego uszkodzenia organizmu przez mikroorganizmy i ich toksyny.

Sepsa może być wywołana przez różne bakterie:

- paciorkowce, . gronkowce,
- pałeczki okrężnicy,
- pneumokoki,
- meningokoki,
- wirus opryszczki i inne.

I . DOROŚLI

Kliniczne objawy sepsy mogą pojawiać się jednak bez obecności bakterii we krwi. Zaobserwowano również, że objawy kliniczne przypisywane sepsie, utrzymywać się mogą mimo eliminacji bakterii z układu krążenia przez zastosowanie antybiotyków.

Czynniki ryzyka

Sepsa może wystąpić u osób w każdym wieku, ale najbardziej narażeni są na tę chorobę ludzie starsi, dzieci i chorzy na AIDS, cukrzycy, słowem, wszyscy, których układ odpornościowy słabiej funkcjonuje.

Do głównych czynników ryzyka zalicza się:

- zabiegi operacyjne,
- wstrząs,
- wiek,
- uraz,
- oparzenie,
- uprzednia terapia lekami immunosupresyjnymi, medykamentami zawierającymi sterydy,
- współwystępowanie chorób przewlekłych,
- stan kataboliczny, niedożywienie i niedobory pokarmowe oraz złe warunki higieniczno-sanitarne,
- obecność w organizmie ciała obcego mogącego wpływać na zakażenie (np. cewniki).

Wyróżniamy 3 postacie kliniczne:

1. Sepsa -czyli zakażenie objawia się :

- gorączka, . przyspieszenie tętna >90/min ,
- ból stawów
- białe ciała krwi >12000 lub < 4000
- dreszcze, silny ból głowy
- duszność, ciężki, niespokojny oddech . nudności i wymioty
- senność, splątanie
- może dojść do utraty przytomności, drgawek
- wysypka

Do zakażenia łatwiej dochodzi w dużych grupach ludzi, najczęściej chorych notuje się w jednostkach wojskowych czy szpitalach.

2. Ciężka sepsa czyli sepsa i dysfunkcja narządowa objawia się :

a) dysfunkcją ze strony układu krążenia:

- obniżenie ciśnienia krwi <70mmHg przez 1 godzinę mimo odpowiedniego nawodnienia



- przyspieszenie akcji serca >90 /min.
- b) dysfunkcją układu nerkowego
- diureza godzinowa poniżej 0,5 ml/kg przez 2 godziny przy właściwym nawodnieniu
- c) dysfunkcja układu metabolicznego
- kwasica metaboliczna
- d) dysfunkcja układu krwiotwórczego
- ilość płytek poniżej 100 000
- e) dysfunkcja wątroby
- poziom bilirubiny w surowicy większy 3-krotnie od normy ,
- kliniczne objawy żółtaczki
- INR powyżej 3,0
- f) dysfunkcja ośrodkowego układu nerwowego
- encefalopatia
- delirium
- śpiączka

3. Wstrząs septyczny to postać ciężkiej sepsy , w której dominuje dysfunkcja układu krążenia

- a) niewydolność serca lewej jak i prawo komorowej
 - spadek funkcji wyrzutowej
 - dilatacja komór
 - upośledzenie podatności komór
- b) zaburzenia czynności mikrokrążenia
 - spadek ciśnienia tętniczego
 - obniżenie systemowego oporu naczyniowego
 - zmniejszenie wrażliwości na leki kurczące naczynia krwionośne

Leczenie

Skuteczne leczenie sepsy jest możliwe tylko na oddziałach intensywnej terapii, które mają możliwość podtrzymywania funkcji narządów. Należy zawsze dążyć do usunięcia ogniska będącego źródłem zakażenia. W leczeniu sepsy stosuje się antybiotyki, zwykle bardzo silne, dodatkowo podaje się wiele innych leków w celu podtrzymania odpowiedniego ciśnienia tętniczego, wydalania moczu itp. Chorzy na sepsę często wymagają mechanicznego wspomaganie oddychania, czyli podłączenia do respiratora. Sepsa jest zjawiskiem względnie częstym - w Polsce występuje u od kilkunastu do kilkudziesięciu tysięcy osób rocznie; ciężką sepsę rozpoznaje się u kilku tysięcy chorych.

Śmiertelność

Posocznica prowadzi do zgonu u prawie 20 % pacjentów i może przybierać ciężki przebieg, który polega na ostrych zaburzeniach funkcjonowania narządów wewnętrznych,

Profilaktyka

Istnieją szczepienia przeciw sepsie, jednakże nie zapobiegają jej wystąpieniu, ale niwelują częstość infekcji bakteriami, które mogą powodować sepsę.

Jeśli chodzi o warunki szpitalne, należy ograniczać procedury inwazyjne, dbać o higienę, przestrzegać zasad aseptyki.

W zapobieganiu sepsy mają również znaczenie:

- ruch na świeżym powietrzu,
- zdrowa dieta,
- a w sezonie przeziębień unikanie miejsc, gdzie zbiera się dużo ludzi.

Postępowanie pielęgniarские

Sepsa jest to stan zagrożenia życia , w którym chory wymaga całościowej oceny stanu w zakresie:

- stanu przytomności
- stanu układu oddechowego
- stanu układu krążenia

1. Zapewnienie możliwości otrzymywania wszystkich fizjologicznych funkcji przez opiekę jaką zwykle stosuje się w ciężkim stanie:

- obniżenie temperatury ciała
- podawanie antybiotyków . obserwacja skóry
- kontrola ciśnienia , tętna
- podawanie tlenu
- nawadnianie
- prowadzenie bilansu płynów
- monitorowanie

II. DZIECI;

Zakażenia okresu noworodkowego podzielono na zakażenia; - wczesne, -wtórne.

Zakażenia wczesne są w 100% spowodowane kolonizacją wewnątrzmaciczną (zakażenia od matczyne) i ich kliniczna manifestacja powstaje w pierwszych 72 godzinach (według niektórych źródeł 120 godzinach) od momentu urodzenia. Zakażenia wtórne są wynikiem zakażenia szpitalnego.

Wystąpienie objawów w czasie pierwszych 3 - 5 dni jest pochodzenia endogennego (odmatczyne). Zakażenia te mogą rozwijać się wskutek:

- zakażenia wewnątrz macicznego na drodze krwionośnej bądź wstępującej,
- zakażenia nabytego w trakcie porodu wskutek kontaktu ze zmianami
- zapalnymi w kanale rodny bądź kroczu,
- zakażenia płodu śródporodowe wywołane zachłyśnięciem wodami płodowymi.

1.Objawy kliniczne u noworodka;

a/ zaburzenia termoregulacji : gorączka lub hipotermia.

b/ ośrodkowy układ nerwowy:

- apatia lub pobudzenie
- osłabienie lub wzmożenie napięcia mięśniowego,
- drżenie lub drgawki,
- napięcie ciemniaczka,
- oczopląs.

c/ układ oddechowy:

- sinica,
- postępowanie i nieregularny oddech,
- tachypnoe (przyspieszenie oddychania),
- bezdech,
- wciąganie klatki piersiowej.

d/ układ krążenia :

- bladość lub sinica,
- chłodna wilgotna skóra kończyn,
- tachykardia, . arytmia
- podciśnienie.

e/ układ pokarmowy;

gorsze łaknienie, brak przyboru masy ciała, wymioty, zwłaszcza podbarwione żółcią, biegunka, zaparcie i wzdęcie brzucha, zaczerwienienie ściany brzucha, oraz powiększenie wątroby lub śledziony.

f/ skóra : żółtaczka,

zaczerwienienie skóry, plamica krwotoczna, ropne krostki, zanokcica, zapalenie pępka

Sepsa meningokokowa może przypominać zwykłe przeziębienie, towarzyszy jej szereg objawów na które należy zwrócić



szczególnej uwagę. U małych dzieci będą to:

- wysypka na całym ciele;
- gorączka połączona z wymiotami;
- zimne dłonie i stopy, dreszcze;
- przyspieszony, nierytmiczny oddech;
- ból brzucha, stawów, mięśni;
- czasem ospałość i obojętny wyraz twarzy

Inne objawy zakażenia u niemowląt i małych dzieci:

- plamy na białej, niebieskawej skórze;
- odmowa jedzenia;
- irytacja,
- niechęć do noszenia na rękach;
- sztywne, nieruchome ciało z objawami raptownych ruchów lub zwirotczaje mięśnie, niemożność ustania na nóżkach

V. POSTĘPOWANIE PIELĘGNIARSKIE;

1. Zapewnienie możliwości otrzymywania przez dziecko wszystkich fizjologicznych funkcji przez opiekę jaką zwykle stosuje się w przypadku noworodków w ciężkim stanie:
 - dbanie o drożność dróg oddechowych,
 - dbanie o naturalną temperaturę,
 - chronienie dziecka przed infekcjami,
 - zapewnienie odpowiedniego odżywiania.
2. Podawanie zaleconych leków.
3. Kontrolowanie pojawienia się objawów grożącego wstrząsu

VI. PROBLEMY PIELĘGNACYJNE;

1. Zaburzenia termoregulacji;

a/ gorączka

- zimne okłady
- kąpiele chłodzące
- leki przeciwgorączkowe,

b/ hipotermia

- ogrzanie dziecka

2. Drgawki;

- zabezpieczyć dziecko przed urazem i powrotem drgawek
- obniżyć temperaturę
- podać zalecane leki przeciwgorączkowe i przeciwdrgawkowe.

3. Wymioty;

- dbać aby dziecko nie zachłusnęło się wymiocinami
- dbać o higienę jamy ustnej.

4. Biegunka;

- dbać o higienę
- pilnować aby nie doszło do odwodnienia organizmu.

5. Zaparcia i wzdęcie brzucha;

- masaż brzuszka
- założenie czopka glicerynowego
- wykonanie wlewki czyszczącej.

6. Zmiany na skórze;

- dbanie o higienę
- stosowanie miękkiej, bawełnianej i przewiewnej bielizny .
- profilaktyka przeciwdrożdżynowa

VII. SZCZEPIENIA;

W Polsce dostępne są skuteczne szczepionki przeciwko meningokokom grup serologicznych A i C . Są to;

- Mengivac (A + C)
- Meningitec (monowalentna C)
- NeisVac C (monowalentna C)

Szczepionki te zabezpieczają dzieci od 2 miesiąca życia, młodzież i dorosłych. Szczepienia nie są bezpłatne, nie są obowiązkowe, są tylko zalecane, finansowane przez osoby zainteresowane.

PODSUMOWANIE

Sepsa jest groźna dla każdego , w każdym wieku , dla niemowlaka , dziecka starszego i dorosłej osoby. Różnica jest tylko w objawach choroby, jej przebiegu oraz leczeniu.

Zakażenia ogólnoustrojowe u noworodka charakteryzują się subtelnymi, trudnymi do uchwycenia zmianami. Jedyną wskazówką, że w jego organizmie przebiega proces zapalny jest to, dziecko wygląda lub zachowuje się inaczej niż zwykle. Rzadko obecne są objawy umiejscowionej infekcji.

Jeżeli dziecko zachoruje i jednym z objawów jest wysypka możemy zrobić prosty test polegający na przyłożeniu bokiem do zaczerwionego miejsca szklanki. Jeśli po mocnym przyciśnięciu szklanki do skóry w miejscu wystąpienia wysypki wybroczyny są wyraźne i wysypka nie znika istnieje duże prawdopodobieństwo zakażenia i nie można tego lekceważyć.

Objawy mogą wystąpić w dowolnej kolejności. Nie u każdego chorego występują wszystkie symptomy choroby. Posocznica może wystąpić bez zapalenia opon mózgowych. Choroba postępuje bardzo szybko u małych dzieci, dlatego należy je kontrolować bardzo często.

Zarazić się może każdy, bez względu na wiek, jednak dzieci są tu specjalnie narażone. Po prostu ich układ immunologiczny dopiero uczy się reagować w różnych sytuacjach i walczyć z chorobami, nie jest tak silny jak u dorosłych. Oczywiście ryzyko sepsy wzrasta u osób przewlekle chorych, po licznych operacjach czy urazach. Również wcześniejsze leczenie sterydami jest czynnikiem zwiększającym ryzyko sepsy.

Jak się jej ustrzec ?

Najważniejsze to nie dopuścić do obniżenia odporności organizmu. Nie bagatelizujemy zwykłych przeziębień, grypy itp. Jeśli ktoś ma tendencję do częstych infekcji, powinien być pod kontrolą lekarza, a nie leczyć się samemu. Właściwe leczenie i szybkie reagowanie to najważniejsze, co możemy zrobić, by uniknąć zachorowania. Równie ważny jest higieniczny tryb życia. Zwykle mycie rąk może się okazać zbawienne.

CO POWINNIŚMY ZROBIĆ?

- Jeśli ktoś z naszych bliskich jest chory i podejrzewamy chorobę meningokokową, natychmiast skontaktujemy się z lekarzem.
- Opiszmy dokładnie objawy i wspomnijmy, że naszym zdaniem może to być zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub posocznica.
- Jeśli nie możemy wezwać lekarza, natychmiast zawieźmy chorego do najbliższego szpitala.
- Jeśli to inwazyjna choroba meningokokowa, szybkie podjęcie leczenia jest kluczowe dla ratowania życia.
- Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica wymagają NATYCHMIASTOWEJ pomocy lekarskiej. ■

OPRACOWANIE: 1. ANNA ŁUKASIK
2. MAŁGORZATA BERA
3. MARIA KOŁODZIEJCZYK
4. RENATA MATERKA

MIASTENIA myasthenia gravis pielęgnacja, profilaktyka, edukacja, rehabilitacja.

EPIDEMIOLOGIA

Częstość występowania miastonii określa się na 3-6 przypadków na 100 000. Częściej chorują kobiety (4:1). Początek choroby występuje zwykle w wieku 20-35 lat

PATOMECHANIZM

Miastenia należy do chorób autoimmunologicznych. W chorobie tej dochodzi do zaburzeń przekazywania nerwowo-mięśniowego. Za upośledzenie przewodnictwa w płycie nerwowo-mięśniowej są odpowiedzialne dwa mechanizmy

- po pierwsze blokada receptorów ACh przez przeciwciała i
- przyspieszona degradacja receptorów ACh (dochodzi do zaniku 70-80% prawidłowej ilości receptorów).

OBJAWY

Jest to przewlekła choroba charakteryzująca się osłabieniem i zmęczeniem mięśni szkieletowych występującym po wysiłku fizycznym. Objawy kliniczne zaczynają się zwykle powoli i niepostrzeżenie.

Pierwszymi objawami są zaburzenia ruchów gałek ocznych (opadnięcie powiek, dwojenie, zez). Następnie pojawia się osłabienie siły rąk i nóg, potem dochodzi do zajęcia twarzy, do wygładzenia mięśni mimicznych, nie ma siły zamknąć ust, żuć, połykać (dysfagia), bywa iż występują także zaburzenia oddychania związane z osłabieniem mięśni oddechowych. Najbardziej niebezpiecznym objawem miastonii są trudności w oddychaniu - w takim przypadku chorzy często wymagają leczenia w oddziale intensywnej terapii - pacjenci najczęściej kwalifikują się do zintubowania i sztucznego wspomagania oddechu.

Objawy w łagodnej postaci choroby ustępują po odpoczynku i przeważnie po podaniu leków antycholinesterazowych.

Ze względu na umiejscowienie osłabienia i nasilenie choroby rozróżnia się IV stadia

- 1) miastenia oczna
- 2) A łagodna postać uogólniona, dobrze poddająca się leczeniu
- 3) ostro przebiegająca postać miastonii z zaburzeniami oddechowymi i słabą reakcją na leki
- 4) późna, ciężka postać miastonii.

GRASICA A MIASTENIA

U 75% chorych grasica jest nieprawidłowa (przetrwiała), a u 10% stwierdza się grasiczkę. Natomiast u 44% chorych z grasiczką stwierdza się objawy miastonii. Usunięcie grasicy daje poprawę kliniczną w 60-80% przypadków.

DIAGNOSTYKA

W przypadku podejrzenia miastonii należy wykonać badania diagnostyczne:

- 1) próbę kliniczną na apokamnozę czyli nużliwość mięśni
- 2) próby farmakologiczne: doustne podanie edrofonium (Tensilon) - 10 mg lub domięśniowe podanie neostygminy (Polstygminum) - 1 mg
- 3) Emg
 - elektrostymulacja nerwu ruchowego (spadek amplitudy potencjałów w trakcie stymulacji) ma znaczenie diagnostyczne u 85% chorych
 - elektromiografia pojedynczego włókna
- 4) przeciwciała
 - przeciwciała przeciwko receptorom ACh u 80 - 90 % chorych z miastenią uogólnioną
 - u prawie 100% chorych z grasiczką

- przeciwciała przeciwjądrowe, przeciwtarczycowe, przeciw IgM, przeciwmięśniowe. stwierdza się u 5 - 15% chorych (te ostatnie mogą wskazywać na obecność grasiczaka.)

5) tomografia komputerowa śródpiersia

- W przebiegu choroby występują szczególne nasilenia objawów - są to tzw. przełomy chorobowe. Wyróżniamy dwa rodzaje przełomu: miasteniczny i cholinergiczny. Oba przełomy cechuje wystąpienie ostro narastającego osłabienia mięśni - łącznie z mięśniami oddechowymi.
- W przebiegu choroby występują szczególne nasilenia objawów - są to tzw. przełomy chorobowe. Wyróżniamy dwa rodzaje przełomu: miasteniczny i cholinergiczny. Oba przełomy cechuje wystąpienie ostro narastającego osłabienia mięśni - łącznie z mięśniami oddechowymi.

- Przełom miasteniczny

jest to nasilenie objawów miastenicznych z powodu gwałtownego postępu choroby lub stosowania zbyt małych dawek leków przeciwocholinoesterazowych albo zmniejszenia się wrażliwości na te leki. Stan taki może być groźny dla życia pacjenta jeżeli nasilenie objawów dotyczy mięśni oddechowych oraz mięśni gardła i jamy ustnej. W przypadku wystąpienia przełomu miastenicznego pacjent powinien natychmiast zgłosić się do lekarza !!!.

- Przełom cholinergiczny

spowodowany jest przedawkowaniem leków przeciwocholinoesterazowych. Związany jest on z przyjęciem nadmiernej dawki lub utrzymaniem niezmienną dawki leku mimo poprawy, która wystąpiła podczas leczenia. Objawy przełomu cholinergicznego to: osłabienie mięśni, bóle i zawroty głowy, uczucie lęku, bardzo wąskie źrenice, niewyraźne (zamazane) widzenie, ślinotok, przyspieszone bicie serca, poty, wymioty, biegunka, zrywanie i skurcze mięśni, pobudzenie psychoruchowe. Przy wystąpieniu przełomu cholinergicznego należy również niezwłocznie zgłosić się do lekarza

- PIELEGNOWANIE

Chory z miastenią powinien szczególnie dbać o swoje zdrowie gdyż występuje u niego skłonność do infekcji górnych dróg oddechowych. Chory nie potrafi dokładnie odkasływać wydzieliny, która może spowodować zakażenie bądź udławienie. Podczas epidemii grypy niezbędne jest izolowanie pacjenta, ze względu na osłabioną odporność.

- W końcowym stadium choroby, a także w okresie zaostrodzenia, dieta powinna być płynna i półpłynna. Aby nie spowodować zakrztuszenia się chorego. W przypadku zaburzeń połykania, chorego należy karmić przez zgłębnik nosowo-gardłowy.
- Przed podaniem posiłku należy sprawdzić czy zgłębnik jest w żołądku. Można go bowiem łatwo wprowadzić do drzewa oskrzelowego, bez odruchu kaszlu ze strony chorego (zanik odruchu kaszlowego)

PROFILAKTYKA W MIASTENII

1. oszczędzający tryb życia, unikanie znacznego wysiłku, częsty odpoczynek
2. unikanie infekcji, urazów, szczepień
3. ostrożność w wykonywaniu znieczuleń, a także;
4. nie należy stosować leków powodujących upośledzenie przewodnictwa w
 - płycie nerwowo-mięśniowej:
 - kurara
 - chinina
 - morfina
 - antybiotyki: neomycyna, streptomycyna, kanamycyna, gentamycyna,



- tobramycyna, polimyksyna B, kolistyna, oksyteracyna, linkomycyna,
- klindamycyna,
- lidokaina, propranolol
- blokery kanałów wapniowych
- fenytoina
- lit
- chlorpromazyna
- kortykosterydy (początkowo)
- ACTH
- hormony tarczycy

EDUKACJA

Generalną zasadą, którą powinni stosować chorzy na miastenie jest: nie stój jeżeli możesz siedzieć. Zasada ta nie oznacza, iż należy wyłącznie siedzieć, ale że należy oszczędzać energię, planować odpoczynki i poruszając się pamiętać o swojej ograniczonej wydolności fizycznej.

Rady ogólne

- Prowadź higieniczny i uregulowany tryb życia, pamiętaj o odpowiedniej ilości snu.
- Unikaj wszelkich infekcji wirusowych i bakteryjnych.
- Planuj regularne odpoczynki w ciągu każdego dnia.
- Unikaj napojów alkoholowych, toniku (zawiera chininę) oraz palenia tytoniu.
- Unikaj sytuacji stresowych.
- Ułóż najczęściej używane przedmioty na niskich, łatwo dostępnych półkach.
- Używaj elektrycznych urządzeń, aby oszczędzać własną energię np.: elektryczny mixer, otwieracz do puszek, śrubokręt itp.
- Przenosząc kilka rzeczy z jednego końca mieszkania na drugi używaj siatki lub koszyka, aby uniknąć niepotrzebnego chodzenia.
- Unikaj nadmiernego przegrzania i wychłodzenia organizmu - powodują one nasilenie osłabienia mięśni.
- Podczas wizyty u lekarza zawsze informuj o swojej

chorobie, ponieważ będąc chorym na miastenie nie możesz przyjmować niektórych leków.

„KARTA MIASTENIKA”

Pacjentom chorym na miastenie zaleca się noszenie przy sobie kartki z informacją o ich chorobie. Na karcie tej powinny znaleźć się co najmniej następujące informacje: imię i nazwisko chorego, nazwa choroby (Myasthenia Gravis) oraz nazwy i dawki aktualnie przyjmowanych leków. Dodatkowo karta może zawierać informacje o lekach przeciwwskazanych w miastении oraz imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby, którą należy powiadomić w sytuacjach awaryjnych.

Tak przygotowana karta powinna być noszona w portfelu, aby w razie wypadku lub zasląbnienia chorego, lekarz udzielający pomocy wiedział, z jakim pacjentem ma do czynienia.

REHABILITACJA

Rehabilitacja ruchowa zalecana jest tylko do wystąpienia u chorego pierwszych objawów zmęczenia, nie wolno ćwiczyć "na siłę". Należy pamiętać, że w miastении istnieje takie zjawisko jak zmęczenie i osłabienie mięśni nie tylko aktualnie ćwiczonych, ale i innych mięśni ciała. Na przykład, przy dłuższym mówieniu, czy pracy rękoma mogą opadać powieki i może wystąpić двоjenie obrazów.

ROKOWANIE

Rokowanie w przypadku miastении jest bardzo zróżnicowane. U niektórych pacjentów dochodzi do samoistnej remisji (czyli ustąpienia objawów), zaś u innych choroba postępuje i nasila się prowadząc do śmierci. Szczególnie niebezpieczna jest sytuacja, gdy dochodzi do zajęcia mięśni oddechowych to tzw. przełom miastениczny. Powstaje wtedy zagrożenie zgonem w wyniku uduszenia. ■

Pracę przygotowały:

Gaweł Aneta

Grobelak Sylwia



Informacje

Egzamin Państwowy ze Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego.

W dniu 26.maja.2009 roku w Warszawie odbył się Egzamin Państwowy Pierwszej Edycji Specjalizacji Ratunkowej organizowany przez „Spółdzielnię Pracy” Oświata w Częstochowie.

Kierownikiem specjalizacji była Halina Synakiewicz, w specjalizacji uczestniczyło 45 osób, do egzaminu przystąpiły 44 osoby. W Egzaminie państwowym uczestniczyło sześciu organizatorów z terenu Polski Uczestnicy Specjalizacji z Częstochowy uzyskali najwyższy średni wynik w Polsce, który wyniósł 141,91. ■

**Serdecznie gratulujemy
osiągniętego wyniku
i zdanego egzaminu.**

DYREKCJA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MYSZKOWIE ul. Wolności 29

PRZEPROWADZIŁA W DNIU 25.06.2009 ROKU

KONKURSY NA STANOWISKA PIEŁĘGNIAREK
ODDZIAŁOWYCH

- KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA STANOWISKA PIEŁĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ CHIRURGII OGÓLNEJ PANIĄ HENRYKĘ MADEJ
- KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA STANOWISKA PIEŁĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ REHABILITACJI PANIĄ KRYSTYNĘ GIL

Składamy gratulacje i życzymy realizacji zamierzeń dla dobra pacjentów oraz zespołu pielęgniarek z okazji objęcia stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej składa Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie





UWAGA POŁOŻNE I POŁOŻNE RODZINNE

**Istnieje możliwość uzyskania CERTYFIKATU
uprawnającego do pobierania rozmazów
cytologicznych w skryningu raka szyjki macicy**

Centralny Ośrodek Koordynujący
Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania
Rak Szyjki Macicy

organizuje

**CENTRALNE KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE DLA
POŁOŻNYCH I POŁOŻNYCH RODZINNYCH
W ZAKRESIE POBIERANIA ROZMAZÓW
CYTOLOGICZNYCH W SKRYNINGU
RAKA SZYJKI MACICY**

EDYCJA 2009 -17 KURSÓW W 7 MIASTACH

Odbycie kursu uprawnia do przystąpienia do Centralnego
Egzaminu dla Położnych i Położnych Rodzinnych
w Zakresie Pobierania Rozmazów Cytologicznych
w Skryningu Raka Szyjki Macicy

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE ZAMIESZCZONE SĄ
NA STRONIE INTERNETOWEJ:

WWW.PRSM.PL

SZKOLENIE JEST BEZPŁATNE

**Warunkiem wpisania na listę uczestniczek kursu jest
przesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego na
numer faxu 061 841 97 07**

Formularz zgłoszeniowy-dostępny jest na stronie
internetowej www.pism.pl

Każda uczestniczka kursu otrzyma materiał szkoleniowy
oraz Zaświadczenie ukończenia Centralnego Kursu
Dokształcającego dla Położnych i Położnych Rodzinnych w
Zakresie Pobierania Rozmazów Cytologicznych w Skryningu
Raka Szyjki Macicy

liczba uczestniczek szkolenia ograniczona jest do 30 osób
w każdym terminie, o udziale decyduje kolejność zgłoszeń

**Cykl szkoleń finansowany Jest ze środków
Ministerstwa Zdrowia**

**Pani Urszuli Plaszczyk
Pielęgniarce Zespołu Szpitali Miejskich w Częstochowie
wyrazy współczucia z powodu śmierci**

Ojca

Składają pracownicy SP ZOZ Miejskiego Szpitalnego Zespołu
w Częstochowie ul. Mirowska 15

GODZINY PRACY BIURA OIPI

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK		
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 -18.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie
OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17.00



RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO – ODDECHOWA (Nr 02/07)

Kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych

Cel kursu:

nabycie przez pielęgniarkę/położną wiedzy i umiejętności niezbędnych do rozpoznania stanu zagrożenia życia i podjęcia działań resuscytacyjnych w stanach zagrożenia życia u osób dorosłych oraz dzieci i niemowląt zgodnie ze współczesną wiedzą z zakresu ratownictwa medycznego.

Do kursu może przystąpić pielęgniarka/położna, która:

1. posiada prawo wykonywania zawodu,
2. posiada co najmniej trzymiesięczny staż pracy w zawodzie,
3. została zakwalifikowana do odbycia kursu przez organizatora kształcenia.

Koszt kursu:

- 250zł dla członków OIPIP w Częstochowie, regularnie opłacających składki członkowskie przez okres co najmniej 2 lat
- 500zł dla pielęgniarek i położnych nie będących członkami OIPIP w Częstochowie lub opłacających składki krócej niż 2 lata.

Pielęgniarki i położne zakwalifikowane do udziału w kursie częściowo refundowanym przez OIPIP nie mogą ubiegać się o dodatkowe dofinansowanie tego kursu.

Termin zajęć teoretycznych: 21 – 23 sierpień 2009r.
28 – 30 sierpień 2009r.

Miejsce zajęć teoretycznych: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Kopernika 38, 42-200 Częstochowa

Czas trwania zajęć stażowych: od 31 sierpnia 2009r. do 23 września 2009r.

W tym czasie każdy uczestnik kursu ma obowiązek uczestniczenia w zajęciach na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (2 dni po 7,5 godzin) oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (3 dni po 7 godzin).

Placówka zajęć stażowych: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa

OBECNOŚĆ NA WSZYSTKICH ZAJĘCIACH JEST OBOWIĄZKOWA

Termin egzaminu końcowego: 24 wrzesień 2009r.

Zgłoszenie uczestnictwa w kursie:

- złożenie w Ośrodku Szkoleniowym OIPIP w Częstochowie karty zgłoszenia,
- dostarczenie zaświadczenia o zatrudnieniu potwierdzającego trzymiesięczny staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej,
- dokonanie wpłaty.

W chwili zgłoszenia uczestnik otrzymuje harmonogram zajęć teoretycznych i termin zajęć stażowych.

Zgłoszenia przyjmuje kierownik Ośrodka Szkoleniowego Elżbieta Krupińska w siedzibie OIPIP w Częstochowie w dniach:

poniedziałek od 08.00 do 12.00

czwartek od 12.00 do 16.00



WYKONANIE I INTERPRETACJA ZAPISU ELEKTROKARDIOGRAFICZNEGO (Nr 03/07)

Kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych

Cel kursu:

nabycie przez pielęgniarkę/położną wiedzy i umiejętności niezbędnych do wykonania standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego oraz rozpoznania cech elektrokardiograficznego stanu zagrożenia życia i zdrowia.

Do kursu może przystąpić pielęgniarka/położna, która:

1. posiada prawo wykonywania zawodu,
2. posiada co najmniej trzymiesięczny staż pracy w zawodzie,
3. została zakwalifikowana do odbycia kursu przez organizatora kształcenia.

Koszt kursu:

- 200zł dla członków OIPIP w Częstochowie, regularnie opłacających składki członkowskie przez okres co najmniej 2 lat
- 600zł dla pielęgniarek i położnych nie będących członkami OIPIP w Częstochowie lub opłacających składki krócej niż 2 lata.

Pielęgniarki i położne zakwalifikowane do udziału w kursie częściowo refundowanym przez OIPIP nie mogą ubiegać się o dodatkowe dofinansowanie tego kursu.

Termin zajęć teoretycznych: 11 – 13 września 2009r.
18 – 19 września 2009r.

Miejsce zajęć teoretycznych: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Kopernika 38, 42-200 Częstochowa

Czas trwania zajęć stażowych: od 21 września 2009r. do 03 listopada 2009r.

W tym czasie każdy uczestnik kursu ma obowiązek uczestniczenia w zajęciach w pracowni EKG oraz na oddziale kardiologii (badanie Holtera i próba wysiłkowa) łącznie 10 dni.

Placówka zajęć stażowych: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa

OBECNOŚĆ NA WSZYSTKICH ZAJĘCIACH JEST OBOWIĄZKOWA

Termin egzaminu końcowego: 05 listopad 2009r.

Zgłoszenie uczestnictwa w kursie:

- złożenie w Ośrodku Szkoleniowym OIPIP w Częstochowie karty zgłoszenia,
- dostarczenie zaświadczenia o zatrudnieniu potwierdzającego trzymiesięczny staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej,
- dokonanie wpłaty.

W chwili zgłoszenia uczestnik otrzymuje harmonogram zajęć teoretycznych i termin zajęć stażowych.

Zgłoszenia przyjmuje kierownik Ośrodka Szkoleniowego Elżbieta Krupińska w siedzibie OIPIP w Częstochowie w dniach:
poniedziałek od 08.00 do 12.00
czwartek od 12.00 do 16.00



Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych informuje o możliwości kształcenia pielęgniarek i położnych w ramach Projektu systemowego „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie zawodowe kadr medycznych

Beneficjent systemowy: Ministerstwo Zdrowia - Departament Pielęgniarek i Położnych

Wykonawcy Projektu : Uczelnie wybrane w ramach postępowania przetargowego do prowadzenia studiów pomostowych w ramach Projektu

Cel ogólny Projektu:

- uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa,
- zwiększenie motywacji uczestników projektu do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych, np. dwuletnich studiów magisterskich,
- podniesienie poziomu samooceny na gruncie zawodowym oraz społecznym.

Do udziału w Projekcie uprawnione są pielęgniarki i położne:

- posiadające świadectwo dojrzałości,
- będące absolwentami: pięcioletnich liceów medycznych, dwuletnich medycznych szkół zawodowych, dwupółletnich medycznych szkół zawodowych i trzyletnich medycznych szkół zawodowych,
- posiadające prawo wykonywania zawodu,
- zatrudnione w zawodzie pielęgniarki/położnej,
- zakwalifikowane do Projektu po rekrutacji zgodnej z kryteriami wybranej Uczelni.

Realizacja Projektu:

- uruchomiono studia pomostowe i dokonano pierwszego naboru w październiku 2008 przez 32 uczelnie wybrane w ramach postępowania przetargowego do prowadzenia studiów pomostowych w ramach Projektu, studia rozpoczęło 2909 pielęgniarek i położnych,
- dokonano kolejnego naboru w lutym 2009 przez 9 uczelni wybranych w ramach postępowania przetargowego, studia rozpoczęło 365 pielęgniarek i położnych,
- najbliższy nabór rozpocznie się w październiku 2009,
- czas trwania studiów wynosi od dwóch do pięciu semestrów, w zależności od wykształcenia zawodowego pielęgniarki/położnej,
- podmiotem odpowiedzialnym za rekrutację, termin naboru, wymagane dokumenty są uczelnie prowadzące studia pomostowe, wybrane w ramach postępowania przetargowego,
- warunki uczestnictwa w Projekcie określa umowa zawarta pomiędzy Uczelnią a uczestnikiem Projektu (pielęgniarką/położną),
- udział własny pielęgniarki/położnej we współfinansowaniu kosztów jednego semestru studiów pomostowych nie może przekroczyć 350 złotych w 2009 roku,
- dofinansowanie obejmuje pielęgniarki/położne przez cały okres studiów na wszystkich ścieżkach kształcenia,
- ostatni nabór będzie przeprowadzony w roku akademickim 2012/2013,
- zakończenie Projektu nastąpi w 2015 roku.
- **kwota przeznaczona na realizację Projektu wynosi około 180 mln złotych**

Rezultat Projektu:

- **dofinansowaniem studiów pomostowych w latach 2008-2015 ma zostać objętych 24 tysiące pielęgniarek i położnych,**

Informacje na temat projektu:

- www.mz.gov.pl w zakładce „Pielęgniarki i położne”,
- Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa tel. 22 635 58 40, fax. 22 831 21 77.

WAŻNE!

- **dypłomy i świadectwa uzyskane w poprzednich systemach kształcenia pielęgniarek i położnych są ważne na terenie Polski, a ukończenie studiów pomostowych nie jest obowiązkowe,**
- **data graniczna kształcenia na studiach pomostowych 2010/2011 została zniesiona**

Ogłoszenie współfinansowane jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Skorzystaj z szansy

dofinansowania studiów pomostowych
z Europejskiego Funduszu Społecznego



Plakat współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



człowiek – najlepsza inwestycja