

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



*Zdrowych i pogodnych  
Świąt Wielkanocnych*

życzy wszystkim  
OIPiP

**MARZEC 2010r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38



## Sprawozdanie z Konferencji szkoleniowej zorganizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych przy współpracy z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia

Dnia 23-24 lutego 2010 roku odbyła się w Warszawie konferencja naukowa „Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?”. Konferencję otworzyła Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Elżbieta Buczkowska, oraz Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pan Marek Haber. W trakcie trwania tej dwudniowej konferencji odbyły się cztery sesje.



### Sesja I - „Czy należy ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?”

Ocenę wdrożenia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej przedstawiła Pani Beata Cholewka - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia. Następnie Pani Jolanta Skolimowska Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia przedstawiła sprawozdanie z prac Zespołu ds. opracowania sposobu ustalenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Do chwili obecnej nie opracowano nowego sposobu ustalania norm. Zadano jednak pytania, na które Zespół ma odpowiedzieć:

- Jaki charakter powinny mieć „nowe” normy – planistyczne czy szczegółowe dla zakresów świadczeń np. świadczenia zachowawcze, operacyjne lub diagnostyczne?
- Jak uwzględnić różne potrzeby i warunki poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej i ich komórek organizacyjnych- oddziałów, pododdziałów, klinik?
- Z jakich zmiennych, wymienionych w obowiązującym rozporządzeniu MZ należy zrezygnować przy ustalaniu norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w danym zakładzie opieki zdrowotnej?
- Jakie zmienne należy przyjąć przy określaniu norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych według „nowych” zasad?

## W NUMERZE:

Informacje zjazdowe	1
Uchwały prezydium	2
Kalendarium	3
Kształcenie	3
Informacje prawne	4
Stanowisko PTP	5
<b>Prace autorskie:</b>	
<i>Korzyści dla dziecka i matki wynikające z karmienia piersią</i>	6
<i>Zawód wykonywany: pielęgniarka</i>	7
<i>PRIMARY NURSING - model opieki we współczesnym pielęgniarstwie</i>	7
<i>Sprawozdanie z Konferencji Naukowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki</i>	8
<i>Stwardnienie rozsiane</i>	10
<i>Szczepionki</i>	11
<i>Metody stymulacji pacjenta nieprzytomnego w oddziałach intensywnej opieki medycznej</i>	14
<i>Sposoby przenoszenia i przekładania ciężko chorych osób</i>	16
<i>Alkoholizm a niedostosowanie społeczne. Psychiatryczne następstwa nadużywania alkoholu</i>	17
Szkolenia	19
Konferencje	20

### 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

#### Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

#### MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

#### Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora

Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piąza

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.

7 IV

Światowy Dzień Zdrowia

*Najlepsze życzenia dla koleżanek i kolegów*

składa Redakcja

*Spokojnych i pogodnych  
Świąt Wielkanocnych  
oraz mokrego poniedziałku*

życzy Redakcja

Informacje zjazdowe



## **Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych**

L.Dz.OIPiP/102/2010

Częstochowa 25.02.2010 rok

Szanowny Delegacie

**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zapraszam na III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych V kadencji, który odbędzie się w dniu 24 marca 2010 roku w sali sesyjnej Urzędu Miasta w Częstochowie przy ul. Śląskiej. Rozpoczęcie o godzinie 9.00. Jednocześnie przekazuję Pani/Panu materiały zjazdowe, opracowane przez członków Okręgowej Rady, przygotowane przez Komitet Organizacyjny Zjazdu. Materiały zjazdowe zawierają m.in.:**

1. Szczegółowy porządek obrad, projekt regulaminu zjazdu.
2. Sprawozdanie z działalności merytorycznej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych za okres od 01.01.2009 do 31.12.2009 roku.
3. Sprawozdanie z działalności finansowej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych za okres od 01.01.2009 do 31.12.2009 roku.
4. Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres od 01.01.2009 do 31.12.2009 roku.
5. Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych za okres od 01.01.2009 do 31.12.2009 roku.
6. Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej za 2009 rok.
7. Projekt budżetu - planu finansowego Okręgowej Izby na rok 2010
8. Projekty uchwał:
  - w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności merytorycznej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,
  - w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności finansowej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,
  - w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych,

- w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
- w sprawie zatwierdzenia planu finansowego na 2010 rok,
- w sprawie upoważnienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do dokonania niezbędnej korekty budżetu na rok 2010.

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o dokładne zapoznanie się z materiałami zjazdowymi, zgłaszając swoje uwagi, wątpliwości i zastrzeżenia Przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Marii Szymanek lub Przewodniczącej Okręgowej Rady Halinie Synakiewicz, co pozwoli na dokładne wyjaśnienie wątpliwości oraz uwzględnienie uwag.**

**Mandaty otrzymacie Państwo w dniu Zjazdu przed wejściem na salę obrad.** ■

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego  
III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych V kadencji  
Maria Szymanek

## **Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych**

**Informacja dla Delegata na  
III Okręgowy Zjazd  
Pielęgniarek i Położnych  
V kadencji w Częstochowie,  
w dniu 24 marca 2010 roku**

III Okręgowy Zjazd V kadencji Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zwołany jest Uchwałą Nr 5/ V/08 Okręgowej Rady





Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 grudnia 2008 roku **w dniu 24 marca 2010 roku o godz. 9:00**. Miejscem obrad Zjazdu będzie sala sesyjna Urzędu Miasta w Częstochowie ul. Śląska. Na podst. § 2 i § 3 Uchwały Nr 3/ IV/ 2004 I Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie IV kadencji z dnia 30 marca 2004 r uprzejmie informuję:

1. Delegata na Zjazd obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniu Zjazdu i komisji zjazdowej.
2. Delegat może być członkiem tylko jednej komisji zjazdowej.
3. Wiarygodne usprawiedliwienie nieobecności na Zjeździe Delegat składa na piśmie w biurze Okręgowej Izby w ustawowym terminie przed obradami Zjazdu.
4. Delegaci na Zjazd i uczestnicy Zjazdu potwierdzają obecność na Okręgowym Zjeździe podpisami na listach obecności sporządzonych oddzielnie dla Delegatów każdego rejonu wyborczego.
5. Po podpisaniu listy obecności delegaci otrzymują mandaty, którymi poprzez podniesienie oddają głos w głosowaniu jawnym.
6. Za nieusprawiedliwioną nieobecność lub nie uzasadnione wcześniejsze opuszczenie obrad delegat może być obciążony proporcjonalną częścią kosztów.

### **Regulamin obrad Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie**

1. Warunkiem zabrania głosu będzie uprzednio pisemne zgłoszenie wystąpienia do sekretarza okręgowego zjazdu z podaniem imienia, nazwiska oraz tematu na jaki delegat chce zabrać głos.
2. Czas trwania wypowiedzi 3 minuty.
3. Zabierając głos, delegat winien zbliżyć się do mikrofonu w kolejności zgłoszeń podać numer mandatu oraz imię i na-

zwisko.

4. Przewodniczący zjazdu odbierze przemawiającemu głos w przypadku przekroczenia limitu czasu.
5. Zgłoszenie wniosków do rozpatrzenia przez zjazd należy przygotować w zwięzłej formie kierując do komisji uchwał i wniosków.
6. Uczestnik zjazdu nie może zabierać głosu w dyskusji nad tą samą sprawą więcej niż dwa razy, chyba że do kolejnego zabrania głosu wezwie go przewodniczący.
7. Przewodniczący zjazdu udziela głosu delegatowi poza porządkiem obrad i poza kolejnością jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania.
8. Przewodniczący zjazdu może zwrócić uwagę zabierającemu głos, który w swoim wystąpieniu odbiega od przedmiotu obrad określonego w porządku obrad, a po dwukrotnym zwróceniu uwagi może odebrać przemawiającemu głos.
9. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o:
  - 1/ przerwanie, odroczenie lub zamknięcie posiedzenia,
  - 2/ uchwalenie tajności posiedzenia,
  - 3/ zamknięcie listy mówców,
  - 4/ zamknięcie dyskusji,
  - 5/ odesłanie do komisji celem rozpatrzenia i opracowania,
  - 6/ głosowanie bez dyskusji,
  - 7/ zmianę porządku obrad,
  - 8/ przeprowadzenie głosowania,
  - 9/ głosowanie imienne,
  - 10/ ograniczenie czasu przemówienia,
  - 11/ sprawdzenie quorum,
  - 12/ reasumpcję głosowania,
  - 13/ uchwalenie tajności głosowania,
  - 14/ zamknięcie listy kandydatów.

Zjazd rozstrzyga o wniosku formalnym po wysłuchaniu wnioskodawcy i ewentualnie jednego głosu przeciwnego. Głosowanie jawne odbywa się przez podniesienie ręki z mandatem. ■



## Uchwały prezydium

### **Podjęte uchwały oraz decyzje podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 11 lutego 2010 roku**

- > Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
  - na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo środowiska nauki i wychowania” - 1 pielęgniarkę
  - na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne” - 4 pielęgniarki
  - na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych” - 1 położną
  - na kurs specjalistyczny „Endoskopia” - 9 pielęgniarek
- > Wydano jedenaście Decyzji w sprawie odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
  - > Dofinansowano kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, postanowiono wydać:
    - 2,310.00 zł na dofinansowanie dla pięciu pielęgniarek z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne opieka”
    - 240.00 zł na dofinansowanie dla jednej pielęgniarki kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne”
  - > Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
  - > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę
  - > Skreślono z rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
  - > Stwierdzono posiadanie przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz stwierdzono przebieg pracy zawodowej dla jednej pielęgniarki,
  - > Skierowano jedną pielęgniarkę na Konferencję szkoleniową Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa,
  - > Skierowano dwie pielęgniarki na Jubileuszową X Ogólnopolską Konferencję Medycyny Paliatywnej Hospicjum 2010 oraz VIII Ogólnopolskie Forum Onkologii i Psychologii,



**01.02.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach LV nadzwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

**09.02.2010r.** Przewodnicząca wraz z przedstawicielkami środowiska nauczania i wychowania uczestniczyła w spotkaniu z Prezydentem miasta Częstochowy Panem Ryszardem Majerem w sprawie poprawy współpracy oraz czynnego uczestnictwa w realizacji programów zdrowotnych dotyczących dzieci i młodzieży szkolnej.

**10.02.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Przewodniczącej i kierownika Ośrodka Szkoleniowego z dyrekcją Zakładu Doskonalenia Zawodowego z Katowic w celu nawiązania współpracy dotyczącej organizacji szkoleń dla pielęgniarek i położnych.

**10.02.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

**11.02.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach LVI zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

**11.02.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**11.02.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie organizacyjne kierownika, opiekunów staży i uczestników przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarek i położnych.

**12.02.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa Stacji Pogotowia Ratunkowego.

**23-24.02.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w konferencji szkoleniowej „Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych”, które odbyło się w Warszawie w dniu 23-24.02.2010 roku. Przedstawiciele Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie Pani Joanna Dziedzic i Pani Aniela Stopa czynnie uczestniczyły w przebiegu konferencji wygłaszając wykład nt. „Zapotrzebowanie na opiekę a planowanie kadr pielęgniarskich na przykładzie wybranych szpitali w obszarze działania OIPIP w Częstochowie.”

**25.02.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo - oddechowa” (Nr 02/07). Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!

## Kształcenie



### Człowiek - najlepsza inwestycja

**Ministerstwo Zdrowia - Departament Pielęgniarek i Położnych informuje o możliwości kształcenia pielęgniarek i położnych w ramach Projektu systemowego pn. „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 na realizację 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 zgodnie z kryteriami wybranej Uczelni.

#### Realizacja Projektu:

- uruchomiono studia pomostowe i dokonano pierwszego naboru w październiku 2008 r. przez 32 uczelnie wybrane w postępowaniu przetargowym na realizację studiów po-



mostowych w ramach Projektu, studia rozpoczęło **2935** pielęgniarek i położnych,

- dokonano kolejnego naboru w lutym/marcu 2009 r. przez 9 uczelni wybranych w ramach postępowania przetargowego, studia rozpoczęło **365** pielęgniarek i położnych,
- w październiku 2009 r. odbył się kolejny nabór na studia na rok akademicki 2009/2010, Projekt realizowany jest przez 45 uczelni które przyjęły **5152** pielęgniarki i położne,
- w 2009 r. studia pomostowe ukończyli pierwsi absolwenci ścieżek dwusemestralnych (ok. **600** osób)
- w 2010 r. planuje się objąć kształceniem **6728** osób (nabór luty i październik 2010 r.)
- **czas trwania studiów wynosi od dwóch do pięciu semestrów\***, w zależności od wykształcenia zawodowego pielęgniarki/położnej,
- podmiotami odpowiedzialnymi 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 (pielęgniarka/położna),
- dofinansowanie kształcenia ze środków EFS jest zapewnione przez cały okres studiów pomostowych,
- **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](http://www.mz.gov.pl) w zakładce „Pielęgniarki i położne” - Projekt systemowy,
- Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa tel. 22 635 58 40, fax. 22 83121 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.** ■

\* **Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 09.11.2009 r. skrócono kształcenie pomostowe do 1150 godzin (dwa semestry) kształcenia zawodowego dla absolwentów liceów medycznych (ścieżka A i B). Aktualnie prowadzona jest nowelizacja Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej. Czas wejścia w życie ww. rozporządzenia zależy od przebiegu procesu legislacyjnego.**



## Informacje prawne

Przedruk: Gazeta Podatkowa nr 11 z dn. 08.02.2010r

### Becikowe na nowych zasadach

„Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia postanowiły zmienić przepisy dotyczące wypłacania tzw. becikowego: **kobiety które po 1 listopada 2009 roku wystąpiły lub wystąpią o wypłatę becikowego nie będą musiały udowodnić, że najpóźniej od 10 tygodnia ciąży były pod opieką lekarza ginekologa lub położnej. Jedynym warunkiem otrzymania pieniędzy będzie okazanie przez rodzica zaświadczenia lekarskiego, które potwierdzi co najmniej jedną wizytę ciężarnej u lekarza ginekologa lub położnej.**

Becikowe otrzymają też te kobiety, którym po 1 listopada

2009r. odmówiono jego wypłaty, bo nie potrafiły udowodnić, że przebywały pod stałą opieką lekarza od 10 tygodnia ciąży. Po wejściu w życie nowych przepisów będą miały prawo ponownie ubiegać się o wypłatę pieniędzy w urzędach gmin i Miejskich Ośrodkach Pomocy Społecznej.

Nowe przepisy wejdą w życie po nowelizacji ustawy o świadczeniach rodzinnych. Projekt ma stanąć na najbliższym posiedzeniu Rady Ministrów.

Jednocześnie informujemy, że **przepis**, by kobieta w ciąży była pod stałą opieką ginekologa lub położnej najpóźniej od 10 tygodnia ciąży, **nie zostanie wycofany, a jedynie zawieszony na okres dwóch lat** od momentu wejścia w życie znowelizowanej ustawy o świadczeniach rodzinnych.” ■

(źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl))



## STANOWISKO XV KRAJOWEGO ZJAZDU POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO w sprawie ustalenia wzoru munduru galowego pielęgniarki i pielęgniarza

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

1. uwzględniając tradycje kształtowania wizerunku pielęgniarki
2. uwzględniając oczekiwania pielęgniarek i pielęgniarzy
3. uwzględniając konieczność ujednoczenia wizerunku pielęgniarki podczas uroczystości, w których pielęgniarki i położne reprezentują środowisko w umundurowaniu galowym
4. wychodząc naprzeciw zmianom systemu kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce, które spowodowały zróżnicowanie formuły ceremoniału uroczystości zawodowych. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie uznaje, że zaistniała potrzeba ujednoczenia ceremoniału jak i symboli zawodowych, podkreślających rangę tych uroczystości oraz tożsamość pielęgniarek i położnych.

Odwołując się do tradycji i oczekiwań środowiska ustalamy następujące elementy munduru galowego:

### Mundur galowy pielęgniarki i położnej.

1. czepki białe z czarnym /dla pielęgniarek/ lub czerwonym /dla położnych/, poziomym paskiem o szerokości 2,5 cm

2. garsonka w kolorze popielatym spódnica prosta o długości 2 cm poniżej zgięcia kolanowego żakiet lekko dopasowany, zapinany na guziki, rękaw długi, prosty, 3 kieszenie wszywane, kołnierzyk i mankiety proste, nakładane szerokość 10 cm z usztywnionego materiału w kolorze białym.
3. rajstopy beżowe
4. obuwie czarne, stabilne, kryte, eleganckie, obcas do 5 cm wysokości
5. peleryna granatowa, dłuższa od spódnicy o 2 cm
6. rękawiczki białe

### Mundur galowy męski

1. garnitur w kolorze popielatym
2. koszula biała
3. krawat granatowy
4. obuwie - półbuty, czarne, eleganckie
5. peleryna granatowa, długości do połowy łydki
6. rękawiczki białe

### Tło:

Reaktywowanie munduru galowego warunkują następujące przesłanki:

- społeczno-prestizowe, bowiem przedstawiciele zawodów zdefiniowanych, posiadający galowy mundur, cieszą się większym prestiżem społecznym; górnik, sędzia, adwokat,
- historyczno-symboliczne, nawiązujące do korzeni pielęgniarstwa, zakonnego i świeckiego w Polsce i na świecie;
- informacyjno-tożsamościowe; pielęgniarka w czepku wyraża społeczny wizerunek zawodu, mundur jest bardzo ważnym czynnikiem w komunikacji ze społeczeństwem. W opinii samych pielęgniarek, demonstrowa grupową przynależność i jedność. ■

## Mężczyzna prawdziwy

Mężczyzna prawdziwy  
nie musi być ani bogaty, ani urodziwy  
nie musi też być biznesmenem,  
ale koniecznie musi być.....  
dżentelmenem!

Musi mnie umieć rozśmieszyć,  
i kochać czule,  
i w ogóle...

Nie może być ponury,  
w żadnym wypadku  
nie może być GBUREM!!!

Musi umieć cieszyć się  
z moich radości  
i martwić moimi smutkami,  
a także, gdy życie bywa nieznośne  
otoczyć mnie swymi ramionami  
i scałować moje łzy.  
Czasami nawet... zrzucić kwiatami  
lub pouczyć srogo,  
gdy się pomylę  
i pójdę niewłaściwą drogą.

Powinien być moją dumą  
i moją podporą...  
Mieć dobre serce  
i ciepłe spojrzenie  
mieć swoją pasję i zawód  
oraz wykształcenie.

Powinien kochać ludzi,  
zwierzęta, przyrodę...  
mieć marzenia...  
Musi kochać muzykę  
i nie marudzić  
...w złą pogodę.  
I jeszcze być wiarygodnym,  
stałym, i cierpliwym,  
wrozumiałym i mądrym!  
Nie może być chciwy!!!

Musi szanować życie  
i wyznawać Boga,  
nie chować głowy w piasek,  
gdy nadchodzi trwoga...

Myślisz... oszalałam,  
pewnie to Cię zdziwi,  
ale to jest właśnie „mężczyzna prawdziwy”.

8 marca  
Dzień Kobiet



Marzena Kasprowicz

## **Korzyści dla dziecka i matki wynikające z karmienia piersią**

Korzyści z karmienia piersią czerpie nie tylko dziecko, lecz także matka, rodzina i społeczeństwo. Mleko wytwarzane przez kobietę jest idealnym pożywieniem dla jej dziecka. Pokarm kobiecy jest pożywieniem zawierającym absolutnie czystą wodę, w proporcjach zależnych od klimatu (im klimat cieplejszy, tym pokarm zawiera jej więcej), nieuczulające białko o lekkiej i lekkostrawnej strukturze, wysoko przyswajalne tłuszcze, witaminy i pierwiastki śladowe w ilościach odpowiednich dla dziecka.

Przyjrzyjmy się bliżej składowi mleka kobiecego, aby w pełni zdać sobie sprawę z korzyści, jakie czerpie dziecko karmione piersią.

**BIAŁKO.** Występuje głównie w postaci kazeiny i laktoalbuminy, które ścięte pod wpływem soków trawiennych jest miękkie i dobrze przyswajalne. Stolce przez cały okres karmienia wyłącznie piersią pozostają miękkie i nie powodują zaparcia. Zawarte w pokarmie tzw. białka nośnikowe- laktoferyna-łącząc się z żelazem, ułatwiają całkowite jego wchłanianie, chroniąc dziecko przed anemią. Cząsteczki tauryny biorą udział w przemianach kwasów żółciowych, ułatwiają wchłanianie tłuszczów, przyspieszają rozwój ośrodkowego układu nerwowego i siatkówki oka. Cystyna wpływa korzystnie na rozwój mózgu i tkanek oka.

**TŁUSZCZCE** wysokoprzyswajalne, dzięki temu lepsze jest wchłanianie wapnia, co zapobiega krzywicy, cholesterol znajdujący się w mleku matki ułatwia mielinizację OUN oraz rozwój układów enzymatycznych.

**WĘGLOWODANY** (glukoza i galaktoza). są źródłem energii, przyspieszają dojrzewanie układu nerwowego, przyspieszają wzrost kości, zwiększają wchłanianie wapnia, magnezu, żelaza, są niezbędne dla bakterii jelitowych (pałeczek kwasu mlekowego), które ułatwiają trawienie węglowodanów i hamują rozwój bakterii chorobotwórczych chroniąc tym samym przed biegunkami.

**SOLE MINERALNE** -ich stężenie odpowiada możliwościom nerek noworodka i sprawności jego procesów metabolicznych, o ich dużej wchłanianiałości decydują odpowiednie proporcje między poszczególnymi składnikami, wapń i fosfor mleka kobiecego odpowiadają za wzrost i mineralizację tkanki kostnej, u dziecka karmionego piersią nie dochodzi do zakwaszenia organizmu ponieważ dostarczana mu w ten sposób optymalna ilość i jakość soli mineralnych oraz białek nie sprzyja gromadzeniu się w płynach ustrojowych kwaśnych produktów przemiany materii

**WITAMINY** -witamina A, B<sub>12</sub>, C, D<sub>3</sub> i E- ich zawartość ma ścisły związek z dietą matki

**PIERWIASTKI ŚLADOWE** - do najważniejszych należą cynk (potrzebny do prawidłowego przyrostu masy ciała) i miedź (potrzebna do tworzenia się i dojrzewania krwinek czerwonych, trombocytów, hemoglobiny oraz do prawidłowego procesu kostnienia), w wieku dojrzałym chronią przed chorobami serca.

**ŻELAZO**- w mleku kobiecym jest go niewiele, lecz jest bardzo dobrze wchłanianie chroniąc dziecko przed anemią

**SKŁADNIKI OBRONNE** należą do nich:

- Przeciwciała klasy IgA- powstają w ścianach przewodów gruczołów mlecznych jako immunoglobulina wydzielnicza (SIgA), które osadzając się na powierzchni błony śluzowej jelit i układu oddechowego i wbudowując się w nią unie-

możliwiają drobnoustrojom chorobotwórczym wnikanie do organizmu chroniąc tym samym dziecko przed chorobami zakaźnymi

- Makrofagi - unieszkodliwiają bakterie i grzyby oraz produkują przeciwciała, stymulują też organizm dziecka do produkcji własnych przeciwciał
- Limfocyty T i B- po zetknięciu z wirusami wytwarzają interferon- substancję uodparniającą
- Lizozym- enzym o właściwościach bakteriobójczych
- Lactobacillus bifidus - zakwasza przewód pokarmowy dziecka i uniemożliwia namnażanie się drobnoustrojów chorobotwórczych
- Laktoferyna- - hamuje rozwój bakterii
- Kobaltofilina-wiąże w jelitach witaminę B12 i kwas foliowy, ułatwia ich wchłanianie i hamuje rozwój bakterii, zapobiega anemii i chorobom przewodu pokarmowego

U dzieci karmionych piersią rzadziej występują:

- choroby układu oddechowego: zapalenie oskrzeli i płuc,
- choroby układu pokarmowego: martwicze zapalenia jelit, zaparcia, biegunki, celiakia, choroba Crohna
- zapalenie ucha środkowego
- infekcje dróg moczowych
- anemie
- zespół nagłego zgonu
- chłoniaki
- krzywica
- niedobory składników odżywczych i nietolerancje pokarmowe

W wieku starszym u tych dzieci notuje się rzadsze występowanie otyłości i chorób serca, próchnicy zębów mlecznych i wad zgryzu, alergii pokarmowych i chorób alergicznych układu oddechowego, cukrzycy młodzieńczej, chorób nowotworowych.

Ponadto dzieci karmione piersią są bardziej ufne oraz wykazują lepszy i szybszy rozwój psychomotoryczny dzięki licznym bodźcom (zmiany pozycji, kontakt wzrokowy z matką, dotyk) docierającym do dziecka w czasie karmienia. Częsty, długi kontakt z matką zapewnia poczucie bezpieczeństwa, prawidłowy rozwój emocjonalny, chroni przed stresami. Dzieci te szybciej zaczynają mówić, osiągają wyższy iloraz inteligencji, a później lepsze wyniki w nauce.

Karmienie piersią jest również bardzo korzystne dla zdrowia matki. Znacznie zmniejsza ryzyka krwotoków poporodowych dzięki wydzielanej w trakcie ssania oksytocynie, która obkurcza mięsień macicy. Dzięki ograniczeniu utraty krwi po porodzie i długiemu okresowi bez miesiączki spada zagrożenie anemią z niedoboru żelaza. Karmienie pozwala na szybką utratę zbędnych kilogramów i zapobiega otyłości. Dla współczesnych kobiet niebagatelne znaczenie ma ochrona przed chorobami nowotworowymi i osteoporozą. Wśród matek, które karmiły co najmniej 3 miesiące piersią odnotowano o 50 % mniej zachorowań na raka sutka i o 25 % mniej na raka jajnika. Wśród pań po 65 roku życia, które karmiły, odnotowuje się o połowę niższe ryzyko złamań szyjki kości udowej, z powodu osteoporozy. Mniej też kobiet choruje na stwardnienie rozsiane. Kontakt karmiącej matki z dzieckiem jest dużo lepszy niż matki karmiącej sztucznie. Prolaktyna wydzielająca się przy karmieniu zmienia psychikę kobiety, nastrojając ją łagodnie i czule wobec dziecka. Powoduje, że matka jest spokojniejsza, lepiej znosi trud macierzyństwa, łatwiej czerpie z niego radość i satysfakcję. Ma lepsze podejście wychowawcze, silniej związuje się z dzieckiem. Wśród matek karmiących piersią rzadkością jest odrzucenie dziecka. Karmienie jest bardzo wygodne i prakty-





czne. Ta wygoda sprawia, że karmiąca matka może w pełni korzystać z życia towarzyskiego, składać wizyty, wyjeżdżać i nie musi się rozdzielać ani z dzieckiem, ani z resztą rodziny. Nie ma wątpliwości, że warto karmić. ■

Beata Kozak

bibliografia: Magdalena Nehring- Gugulska „Warto karmić piersią”  
„Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii” pod redakcją Celiny Łepeckiej-Klusek

## Zawód wykonywany: pielęgniarka

Określenie zawodu pielęgniarki, kim jest dziś, jaki ma zakres obowiązków w społeczeństwie, czego od pielęgniarki oczekuje środowisko, jest trudny do jednoznacznego określenia. Kto to właściwie jest? Postrzeganie zawodu pielęgniarki bardzo się zmieniło na przestrzeni wieków - oczywiście mam na myśli wizerunek pielęgniarki w społeczeństwie, nie definicję z encyklopedii czy światła ustaw. Nie będę sięgać do historii pielęgniarstwa bo przecież wszyscy ją znamy, posłużę się spojrzeniem różnych środowisk, z którymi się stykam, jak nas widzi i czego się od nas oczekuje.

Wizerunek pielęgniarki przedstawiony na uczelniach przez wykładowców to osoba fizyczna uprawniona do wykonywania wolnego zawodu, członek zespołu terapeutycznego, pracy zespołowej, ponoszący indywidualną odpowiedzialność za wykonywane świadczenia: pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, promocji zdrowia i profilaktyki chorób.

Serialowa, polska TV pielęgniarka to siostra nie zawsze „rozgarnięta”, „mysia”, niewiele ma wspólnego z tą wcześniejszą którą szkicowali wykładowcy: odpowiedzialną i kreatywną. Kabaretowa pielęgniarka to najczęściej wcielenie „sexbomby”, zapowiedź - wszystko może się zdarzyć, albo naiwnej dziewczki z dużymi, zdziwionymi oczami, czy znużonej życiem pielęgniarki, nie zainteresowanej otoczeniem. Znacznie lepiej pielęgniarka wypada w serialach telewizji amerykańskiej, ale może to tylko moje subiektywne wrażenie. W „wiadomościach” telewizyjnych to przeważnie „pielęgniarka protestująca” walczy o zauważenie, dofinansowanie bo zawsze nasz zawód był pomijany jeżeli chodziło o płace, siostry miały wykonywać pracę z poświęceniem, nie oczekując zapłaty - taki zawód.

Jeszcze inaczej widzą nas sąsiedzi, znajomi: pielęgniarka czyli służba zdrowia w sąsiedztwie to skarb pod ręką zawsze do dyspozycji, zawsze coś poradzi w potrzebie, skarbnica wiedzy medycznej, organizacji, pierwszej pomocy, odmowa - bo np. jest chora - nie dotyczy - taki zawód. Czasem trochę uciążliwe, ale mnie to nie przeszkadza.

W POZ ostatnio dużo się dzieje, planowane zmiany w kontrakcji usług, pielęgniarki przejmują wiele świadczeń w długoterminowce, zyskują coraz większe uznanie rodzin, którym pomagają oswoić się z chorobą najbliższych, uczą samoopieki, przysposabiają do życia z niepełnosprawnością w społeczeństwie.

Pacjenci: - w oddziałach szpitalnych pielęgniarka to siostra, która wykonuje zalecenia doktora, bo „doktor powiedział...”

ma pilnować porządku, bo przecież od tego jest, podać leki, wykonać wstrzyknięcia i kroplówki, dopilnować przełączania na czas, skontrolować parametry życiowe, zmienić opatrunki - nie za późno, doglądać chorych bo może stać się coś złego pielęgnować i dopajać, rozdać posiłki i nakarmić leżących, przynieść i wymieść basen, podać "kaczkę", wykonać wlewy przeczyszczające, przygotować chorych do zabiegów operacyjnych, badań, zawieźć, albo zaprowadzić do gabinetów, a! jeszcze odebrać telefon bo dzwoni i dzwoni i nikt go nie odbiera, a może to coś ważnego. Przyjąć pacjentów do oddziału, zebrać wywiad i wykonać zlecenia lekarskie - co tak długo? czemu nie ma jeszcze wyników badań? Dlaczego pacjent nie zawieziony jeszcze na blok operacyjny - przecież czeka już tyle, a one nic nie robią. Dlaczego jeszcze konsultacje się nie odbyły, nie dopilnowały żeby się odbyły, a może jeszcze nie zgłosiły? Zmienić pościel po wypisach pacjentów do domu i dopełnić formalności związanych z wypisami. Siostra nie ma prawa jeść, wypić kawy, usiąść - bo od tego jest żeby pracować, tu nie ma czasu na bzdury - taki ma zawód (uf ciężki dzień). Należy dodać, że dokumentację też trzeba rzetelnie uzupełnić bo to ważne, a leży tego sporo. Inna grupa pacjentów, kiedy już oswoi się z pobytem w warunkach szpitalnych i dokładnie przyjrzy pracy pielęgniarek mówi wspólnie: za żadne pieniądze nie pracował/a bym w szpitalu za pielęgniarkę, zawsze wybrałam/em sobie ten zawód w białym fartuchu, ale bez tej całej reszty ciężkiej fizycznej pracy, nie zawsze czystej, a jeszcze ktoś naubliża. Co za ulga, może nie jest aż tak źle? Jeszcze inni chorzy widzą w pielęgniarence przyjazną duszę, najbliższą w tym otoczeniu, zaufaną zwracając się do nas z różnymi, czasem bardzo osobistymi sprawami - bo pielęgniarka ma doświadczenie zawodowe, różne rzeczy w życiu widziała, jest najbliżej człowieka chorego, nie pozostawi bez wsparcia, rozwieje wątpliwości. Nic nie sprawia mi takiej satysfakcji z wykonywanego zawodu, jak słowa: „dziękuję za opiekę” kiedy pacjent wychodzi ze szpitala do domu. Lubię swój zawód pielęgniarki.

Nie ujęłam wszystkich wcieleń pielęgniarki, może spowoduję tym dalszą dyskusję i kształtowanie nowego spojrzenia na tak zróżnicowany wizerunek zawód. ■

e-pielęgniarka.pl

## PRIMARY NURSING - model opieki we współczesnym pielęgniarstwie

Za autorkę pierwszej definicji pojęcia Primary Nursing uważa się Marię Manthey (USA), która w roku 1970 wyłoniła nowy rodzaj opieki nad pacjentem, w którym pozostaje on pod kontrolą jednej pielęgniarki, nazywanej Primary Nurse (od przyjęcia do szpitala, aż do wyjścia).

Ma ona do dyspozycji kilkusobowy zespół pielęgniarek, z którymi realizuje opiekę nad określoną liczbą pacjentów, od 1-10. Na czas swojej nieobecności w oddziale deleguje uprawnienia wybranej przez siebie pielęgniarence z zespołu. którym kieruje.



Primary Nursing rozwijało się w wielu krajach świata. Pierwsze pisemne opracowania wydane zostały w Stanach Zjednoczonych. Termin Primary Nursing rozumiemy jako szereg działań pielęgniarstwa wykonywanych wobec pacjenta (rodziny) przez tę samą pielęgniarkę.

Kryteria systemu opieki skoncentrowanej na pacjencie:

- Indywidualna odpowiedzialność - każda pielęgniarka z zespołu odpowiedzialna jest za pacjenta przez 24h na dobę i cały czas pobytu pacjenta w szpitalu (od przyjęcia do wypisu)
- Autonomia - pielęgniarka, która posiada autorytet w dziedzinie pielęgnowania, samodzielnie i niezależnie podejmuje decyzje odnoszące się do opieki nad pacjentem
- Koordynowanie - Primary Nurse koordynuje opiekę nad pacjentem poprzez płynny i sprawny przepływ informacji pomiędzy osobami sprawującymi opiekę nad pacjentem, także w czasie jej nieobecności.
- Wszechtonność - każda pielęgniarka z zespołu w czasie swojego dyżuru sprawuje całościową opiekę nad pacjentem, pamiętając, że każdy człowiek jest odrębną indywidualnością pod względem społecznym, fizycznym, psychicznym, duchowym i kulturowym.

Najistotniejsze zadania Primary Nurse to:

- ścisła współpraca z pielęgniarką oddziałową
- kierowanie zespołem podległych jej osób przygotowanych do sprawowania pielęgnowania
- prezentowanie praw pacjenta na forum zespołu terapeutycznego
- współpraca z pacjentem, a także z jego rodziną, bliskimi.

Pielęgniarka (Primary Nurse) podejmując opiekę, rozpoczyna współpracę z pacjentem (rodziną), ukierunkowaną na wspólnie stawiane cele, angażuje wszelkie dostępne środki do zapewnienia mu optymalnej opieki, koordynuje działania zespołu, reprezentuje sprawy pacjenta.

Pielęgniarka poprzez swoją pracę zapewnia ciągłość opieki nad pacjentem.

Po przeprowadzeniu wywiadu pielęgniarstwa z pacjentem (rodziną) pielęgniarka:

- Dokonuje pełnej oceny stanu zdrowia pacjenta
- Stawia diagnozę pielęgniarstwa oraz wytycza cele opieki, uczy i mobilizuje pacjenta do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia
- Planuje indywidualną opiekę nad pacjentem
- Dokonuje oceny jego zdrowia i efektywności swoich działań

Primary Nurse postępuje zgodnie z założeniami procesu pielęgnowania. Dokumentacja pielęgniarstwa umożliwia sprawowanie całościowej i ciągłej opieki nad pacjentem.

Primary Nursing jest filozofią pielęgnowania, która opiera się na założeniu „mój pacjent moja pielęgniarka”.

Korzyści systemu Primary Nursing:

- 1) ciągłość opieki
- 2) odpowiedzialność
- 3) lepsze komunikowanie
- 4) promocja humanizacji opieki pielęgniarstwa
- 5) wyższy poziom satysfakcji dla pacjenta i pielęgniarki.

Zaletą Primary Nursing jest zmiana organizacji pracy. Zmienia się rola szefów zespołów pielęgniarstwa z funkcji nadzorującej na doradczą wspierającą i mobilizującą. System ten zmienia świadomość zawodową pielęgniarstwa z funkcji wykonawczej. Stają się one twórcami w swym zawodzie. Mobilizuje to je do podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Cechy jakie powinna posiadać Primary Nurse:

- wysoki poziom wiedzy i umiejętności
- wysoki poziom kompetencji
- wysoki poziom odpowiedzialności
- umiejętność pracy w grupie \ zespole
- umiejętność kierowania grupą \ zespołem
- stanowczość, zdecydowanie, asertywność, wszechstronność.

W obecnym systemie organizacyjnym w Polsce pielęgniarka oddziałowa podlega pielęgniarce oddziałowej, a jej praca przestrzegana jest przez przykazanie poleceń i zleceń lekarskich. W Ustawie z dn. 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej art. 2 brzmi „zawody pielęgniarstwa i położnej są zawodami samodzielnymi”.

Primary Nursing jest wyzwaniem dla pielęgniarstwa, stawia przed nimi wymogi zmian oraz otwiera nowe możliwości dla naszego zawodu. Primary Nurse jest ważnym członkiem zespołu wielodyscyplinarnego. Pracuje z lekarzem (nie dla lekarza), z pacjentem i jego rodziną i innymi członkami zespołu. Primary Nursing to ustawiczny proces zmian mających na celu ciągłe doskonalenie profesjonalnej praktyki zawodowej. ■

Wioletta Mróz

**MAŁGORZATA GAWRON**  
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII

**WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**  
UL. PCK 1, 42-200 CZĘSTOCHOWA

## Sprawozdanie z Konferencji Naukowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

W dnia 8-10 października 2009r odbyła się konferencja PTPAiO pod Patronatem Honorowym J.M.Rektora Uniwersytetu Medycznego prof.dr.hab. Jacka Wysockiego Patronatem Medialnym - Redakcji Magazynu Pielęgniarki Położnej. Tematem wiodącym konferencji były „Wyzwania i dylematy pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece”. Problematyka Konferencji obejmowała prace o tematyce podstawowej, przeglądowej, interesujących analizach indywidualnych przypadków klinicznych oraz prac badawczych prezentowanych w wykładach, komunikatach i zajęciach warsztatowych które obejmowały wszystkie ważne aktualnie tematy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.





Obrady w dniach 8-10 październik 2009r obejmowały zagadnienia dotyczące następujące grupy problemów:

- Ból - jako element obrony człowieka - prowadzący dr. Leon Drobnik -Poznań
- Medyczne aspekty wypraw lawinowych -prowadzący dr. Sylwester Kosiński -Zakopane
- Pielęgniarka i ratownik medyczny - edukacja i praktyka - wykłady Laura Wołowicka, Iwona Trojanowska, Krzysztof Florczak, Renata Gołębiowska, Sława Kwiatkowska - Poznań
- Pobieranie krwi w systemie zamkniętym u pacjentów na oddziałach intensywnej terapii i blokach operacyjnych - prezentacja Firmy Edwards Lifesciences p. Dawid Adamcewicz

### **I. RYZYKO ZAWODOWE W PIELĘGNIARSTWIE ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM PROBLEMU ZAKŁUĆ**

1. Genosept - genetyka sepsy i wstrząsu septycznego - p. Adam Mikstacki -Poznań
2. Odrespiratorowe zapalenie płuc -diagnostyka i profilaktyka - p. Barbara Tomowicz - Poznań
3. Standard intensywnej insulinoaterapii u krytycznie chorych - p. Karina Wronka - Poznań
4. Ekspozycja na czynniki zakaźne personelu medycznego w miejscu pracy - p. Paweł Grzesiowski -Warszawa
5. Przypadkowe zakłucia wynikające z nich zagrożenia dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej p. Adam Szczeniowski - Jawor
6. Zapobieganie infekcjom związanym z obecnością cewników naczyniowych na podstawie rekomendacji Instytutu Roberta Kocha - p. Mirosława Malara - Katowice
7. Powikłania infekcyjne towarzyszące stosowaniu cewników naczyniowych - p. Adam Szczeniowski - Jawor

### **II. BEZPIECZNA LINIA NACZYNIOWA - PRACA Z LEKIEM**

1. Problemy związane z przygotowaniem leku - Krystyna Chmał -Jagiełło - Kraków
2. Terapia dożylna w szpitalu - wybrane problemy praktyczne - Paweł Grzesiowski - Warszawa
3. Zdarzenia niepożądane u personelu pielęgniarskiego - jakość usług medycznych w relacji do bezpiecznych procedur- Marek Paździor- Lublin
4. Zarządzanie ryzykiem w pielęgniarstwie - znaczenie standardów i procedur - Maria Budnik-Szymoniuł -Bydgoszcz
5. Żywnienie parenteralne a zakażenia odcewnikowe - Sylwia Mietkiewicz, Anna Marczyńska - Poznań
6. Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej u pacjentów leczonych w oddziale intensywnej terapii neurochirurgicznej - Barbara Ankus, Stanisław Wojtan - Kraków
7. Rola i zadania pielęgniarki podczas hemodializy pacjenta oddziału intensywnej terapii - Anna Greń, Marzena Brożek, Grażyna Kiełbasa, Wiesława Grabska — Opole
8. Komfort obsługi - komfort pacjenta - Prezentacja Firmy Braun - Dariusz Łukaszyński
9. Nowości w zakresie intubacji - Prezentacja Firmy Cezal - Wrocław -Janusz Surma

### **III.HIGIENA DRÓG ODDECHOWYCH W CODZIENNEJ OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ**

1. Aktualne zagrożenia bakteryjne w oddziałach intensywnej terapii w Polsce - Paweł Grzesiowski - Warszawa

2. Długotrwała intubacja rurką poliuretanową z odsysaniem podgłośniowym - opis przypadku - Wiesława Grabska, Maciej Gawor - Opole
3. Analiza porównawcza występowania odrespiratorowych powikłań dróg oddechowych wśród pacjentów oddziału intensywnej terapii pielęgowanych z użyciem zamkniętego systemu odsysania - Bożenna Leśniak -Szczecin
4. Układy oddechowe sterylne a czyste biologicznie stosowane w anestezji -Danuta Cybuiak, Bożena Kopacz-Lublin
5. Tlenoterapia - konieczność właściwego nawilżania dróg oddechowych pacjenta w oparciu o własne doświadczenia -Anna Tomiska - Gdynia
6. Nowoczesne systemy minimalizujące infekcje dróg oddechowych - Prezentacja firmy Covidien - Masdalena Jaworska

### **IV. POSTĘPOWANIE W ANESTEZJOLOGII OGÓLNEJ, PEDIATRYCZNEJ I OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM**

1. Zastosowanie Bispectral Index (BIS) w ocenie głębokości znieczulenia ogólnego u dzieci z zastosowaniem metody wziewnej lub dożylnej - Anna Wojciechowska, Alicja Bartkowska-Śniatkowska, Jowita Rosada-Kurasińska, Małgorzata Grześkowiak - Poznań
2. Ocena stopnia sedacji pacjentów pediatrycznych leczonych w Oddziale Intensywnej Terapii Pediatrycznej Szpitala Klinicznego w Poznaniu - Szymon Sikorski, Agata Gawłowska, Alicja Bartkowska-Śniatkowska, Jowita Rosada-Kurasińska - Poznań
3. Anestetyczne środki wziewne - działanie protekcyjne Alicja Bartkowska-Śniatkowska - Poznań
4. Anestetyczne środki wziewne - działanie toksyczne - Techniki znieczulenia regionalnego w ratownictwie górskim - Sylwester Kosiński. Bogusława Siudut — Zakopane
6. Opieka okołoperacyjna nad dzieckiem podczas znieczulenia ogólnego w stomatologii zabiegowej - Joanna Popławska - Łódź
7. Bezpieczeństwo pacjenta i personelu medycznego w trakcie procesu leczenia żywieniowego, pozajelitowego w intensywnej terapii i rola pielęgniarki - Anna Paczko, Beata Palowska - Opole
8. Rola pielęgniarki anestezjologicznej w zapewnieniu opieki i bezpieczeństwa pacjentowi w okresie okołoperacyjnym - Iwona Charyło - Opole
9. Próba oceny działań pielęgniarskich związanych z utrzymaniem temperatury ciała pacjenta w okresie okołoperacyjnym - Dorota Pilch, Anna Hajduk, Małgorzata Zembik-Szczecin
10. Zespół ośrodkowej hipowentylacji sennej - wskazanie do domowej wentylacji mechanicznej - Agata Gawłowska - Poznań
11. Produkty firmy Balton przyjazne polskiej anestezjologii - Prezentacja Firmy Balton - Maciej Rycyk

### **V. TEMATY RÓŻNE**

1. Środowisko pracy przyjazne pielęgniarkom - Dorota Kilańska - Łódź
2. Medycyna ratunkowa - historia, teorie i koncepcje Teresa Sycz - Wrocław
3. Podstawy prawne działania pielęgniarki w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego Teresa Sycz - Wrocław
4. Rola pielęgniarki anestezjologicznej w opiece okołoperacyjnej nad pacjentami z guzami nowotworowymi w obrębie twarzoczaszki - Wioletta Chylińska, Beata Janowska,

- Aleksandra Jureczko, Bożena Kreft, Agnieszka Wasilewska, Barbara Wrona - Gliwice
5. Orzeczenie śmierci mózgowej. Rola koordynatora przeszczepienia narządów - Aleksandra Tomaszek - Warszawa
  6. Wybór kompletnego systemu zamkniętego w terapii dożylniej a zmniejszenie zakażeń szpitalnych - Zuzanna Konrady - Poznań
  7. Zastosowanie „stymulacji od podstaw” w pielęgnowaniu pacjentów na oddziałach intensywnej terapii - Dorota Pilch, Anna Hajduk, Joanna Owsianowska, Renata Robaszek - Szczecin
  8. Technika płukania płuc jako inwazyjna metoda leczenia proteinozy - Barbara Stępniewska - Warszawa
  9. Intubacja tchawiczo-podbródkowa jako alternatywa tracheotomii u pacjentów z urazami twarzoczaszki - Anna Greń, Iwona Waclawik, Maciej Gawor, Wiesława Grabska - Opole

### VI. SESJA KONSULTANTÓW W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

1. Współczesne dylematy pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki - dr hab. Danuta Dyk - Poznań
2. Arbitraż i mediacje - Ryszard Wargin - Poznań
3. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki anestezjologicznej i intensywnej opieki - Małgorzata Knap - Chęciny
4. Organizacja pracy na stanowisku pielęgniarki w anestezjologii i intensywnej terapii - Danuta Cybulak - Lublin, Marzena Komidzińska - Bydgoszcz
5. Opieka nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w domu na przykładzie województwa pomorskiego - Barbara Pająk - Gdańsk
6. Etyczne dylematy pracy pielęgniarki w anestezjologii intensywnej terapii - Lwa Kurlito-Kalitowska - Kraków
7. Poziom Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki - Agnieszka Kloza - Białystok
8. Wykorzystanie skali NAS (Nursing ActMties Score) do oceny obciążenia pracą pielęgniarek w oddziale intensywnej terapii - Barbara Frymorgen - Bielsko-Biała
9. Poziom świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej - Agnieszka Nowak - Łódź
10. Ujęcie całościowej opieki nad pacjentem w oddziale intensywnej terapii w kontekście postępowania pooperacyjnego - Joanna Wiśniewska, Sylwia Misiak, Irmina Michalak - Poznań
11. Okołooperacyjna terapia płynami - koloidy czy krystaloidy? - Jacek Prokopowicz. ■

## STWARDNIENIE ROZSIANE

**Stwardnienie rozsiane (SM)** jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzującą się obecnością rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu kręgowym z początkowo przemijającymi, a potem z utrwalonymi licznymi zaburzeniami neurologicznymi. Etiologia choroby nie jest w pełni poznana. Bezpośrednią przyczyną wystąpienia objawów choroby jest uszkodzenie osłonek mielinowych nerwów. Choroba przebiega różnie, albo kolejnymi rzutami i remisjami,

albo od początku jest przewlekła, lub wreszcie - po okresie rzutów i remisji przybiera wtórnie postać przewlekłą.

### Objawy stwardnienia rozsianego:

- wzrokowe: podwójne widzenie, wrażenie nieostrego obrazu lub jego drżenie, utrata wzroku w jednym lub w obu oczach, zaburzenia pola widzenia. Objawy te trwają od kilku godzin do kilku dni. Często, nierzadko pierwszym objawem stwardnienia rozsianego jest zapalenie nerwu wzrokowego. Chory odczuwa ból gałki ocznej, nasilający się przy ruchach oka, może mieć trudności w rozpoznawaniu barw.
- zawroty głowy, które trwają zwykle kilka dni i mogą być bardzo silne
- niewyraźna mowa
- trudności w połykaniu
- osłabienie kończyn (niedowład), na ogół występuje u osób dłużej chorujących
- nieborność chodu - pacjent skarży się, że chodzi, jak pijany"
- drżenie oraz brak koordynacji ruchów tułowia i kończyn - chory ma trudności w trafieniu ręką do celu czy w uniesieniu wypełnionej płynem szklanki do ust
- zaburzenia w oddawaniu moczu, nietrzymanie moczu, nagłe parcie, a także częste zaparcia
- utrata popędu płciowego i impotencja spowodowana zaburzeniami erekcji
- mrowienia, drętwienia kończyn, tułowia lub twarzy, a także zaburzenia czucia.
- przykre wrażenie przebiegania prądu elektrycznego wzdłuż kręgosłupa, depresja, zaburzenia pamięci, trudności w uczeniu się, rozwiązywaniu problemów
- utrzymujące się stale zmęczenie w czasie aktywności fizycznej lub związane z wysiłkiem umysłowym.

Najczęstszymi objawami są zaburzenia czucia obwodowego, parestezje dotyczące jednej lub więcej kończyn, tułowia, a także głowy (twarzy). Bywa, że chory zaczyna odczuwać osłabienie określonych grup mięśni, szczególnie kończyn dolnych lub górnych. Często pierwszym objawem choroby są nagle pojawiające się kłopoty z chodzeniem. Czasem może wystąpić nagła niesprawność mięśni kończyn górnych, zwłaszcza dłoni.

W późniejszym okresie choroby pojawia się wzmożone napięcie mięśni (spastyczność mięśni), szczególnie kończyn dolnych i górnych, którym towarzyszą przykurcze dodatkowo bardzo utrudniające ruchy, a zwłaszcza poruszanie się. Wiadomo, iż jest to choroba demielinizacyjna układu nerwowego dotycząca tzw. "młodych dorosłych", pierwsze objawy zazwyczaj występują w przedziale 20-40 lat, a istotą choroby jest przewlekły proces zapalno-demielinizacyjny, co związane jest z nieprawidłową reakcją układu odpornościowego. Występuje spaczona odpowiedź autoimmunologiczna powodująca uszkodzenie osłonki mielinowej. Nie wiadomo, co uaktywnia nieprawidłową reakcję immunologiczną - dlatego też brak jest skutecznego leczenia przyczynowego. Leczenie stwardnienia rozsianego z konieczności jest leczeniem wielokierunkowym.

1. **Leczenie zwalniające przebieg choroby** (leki i inne sposoby działania immunomodulującego, immunosupresyjnego i przeciwzapalnego), - zasadniczą sprawą będzie tu zapobieganie postępowi choroby, wczesne "wkraczanie" możliwymi lekami na początkowe stadia choroby, aby opóźnić narastanie niesprawności wówczas, gdy możliwa jest remielinizacja. Lekami immunomodującymi dostępnymi





w Polsce są Interferony (B-la, B-lb) oraz octan glatirameru (copaxone). Leki te powinno się stosować około 2 lata. Porównując działania Interferonów i octanu glatirameru jako leków immunoredukujących nie stwierdza się istotnej różnicy w ich działaniu; powodują one zmniejszenie częstości rzutów choroby i zmniejszenie ognisk chorobowych w układzie nerwowym. Inną metodą immunomodulacji jest naświetlenie całego ciała promieniami RTG oraz plazmafereza - wymiana osocza. Zastosowanie mają też leki przeciwwirusowe, których działanie ma na celu przywrócenie właściwych funkcji układu odpornościowego. Inną metodą jest dożylnie lub domięśniowe stosowanie immunoglobuliny G w dawkach około 24g/dobę 1 x w miesiącu przez 10-12 miesięcy, leczenie to ma na celu zahamowanie syntezy autoprzeciwciał przeciwko białkom mieliny.

## 2. Leczenie rzutów choroby.

Uznany leczeniem jest stosowanie glikokortykosterydów (działanie przeciwzapalne i immunosupresyjne). Leki stosowane to Metylprednisolon - Solu Medrol 0,5 lub 1,0 dożylnie we wlewie kroplowym przez 3 lub 5 dni - długość kuracji dobiera się indywidualnie, bez przewlekłej kontynuacji sterydami doustnymi. W przypadku niewielkich zaostrzeń procesu chorobowego stosujemy leczenie doustne sterydami w cyklach 2-3 lub 4 tygodnie.

## 3. Leczenie przewlekłych dolegliwości związanych ze stwardnieniem rozsianym.

- I. Leczenie zaburzeń czynności dróg moczowych - mimowolnego moczenia lub zatrzymania moczu; schorzenia te wymagają badań ogólnych moczu, posiewu moczu, badań USG i urografii. Stosujemy leki zapobiegające moczeniu jak Ditropan, Cistrin, Imipraminę lub leki wypierające mocz jak Ubretid, Polstygmia oraz leki rozluźniające rozpięcie mięśniowe jak Baclofen, Myolastan, Sirdalud. Przy braku możliwości leczenia farmakologicznego stosujemy cewnikowanie a w ostateczności leczenie operacyjne.
- II. Leczenie spastyczności - stosujemy leki rozluźniające napięcie mięśni, dobierając je indywidualnie w zależności od nasilenia objawów; jest duża ilość tych leków, najczęściej stosowane preparaty: Baclofen, Myolastan, Mydocalm, Sirdalud, Relanium, Clonazepam, Akatinol, Hydroxyzina. Próbuje się wszczepianie pompy Baclofenowej do kanału kręgowego, leczenie to jest drogie, ale powoduje stałe podawanie leku w "ciężkiej spastyczności". Również stosowane są blokady okołonerwowe, lek BOTOX (botulina) w iniekcjach domięśniowych powtarzanych co około 3 miesiące, w ostateczności chirurgiczne przecięcie korzeni przednich nerwów rdzeniowych, co jest działaniem nieodwracalnym.
- III. Leczenie męczliwości i uczucia osłabienia - jest znowu leczeniem trudnym, gdyż trudno jest zmęczenie zdefiniować, próbujemy podawać leki takie jak: Pentolina, Amantadyna, Enerbol, Nootropil oraz leki wspomagające (Magnez, Witaminy B, Lecytyna, Mikroelementy).
- IV. Leczenie drżenia i ataksji - jest zagadnieniem trudnym, gdyż nie ma leku na drżenia, próbujemy stosować preparaty takie jak: Propranolol, Isoniazid, Akatinol, Clonazepam, Amizepin, jak też leczenie usprawniające a w ostateczności chirurgiczne przecięcie włókien łączących wzgórze z mózdzkiem.
- V. Leczenie bólu - w tym neuralgii stosujemy leki z grupy przeciwpadaczkowych takie jak: Karbamazepina, (preparaty Amizepin, Tegretol, Neurotop), Lamo-

trygina (Lamictal), Gabapentyna (Neurontin), preparaty kwasu walproinowego (Depakina, Diapromal, Convulex, Orfiril), niesterydowe leki przeciwzapalne, trójcykliczne przeciwdepresyjne oraz leczenie rehabilitacyjne (zapobieganie skurczom i złej postawie np. na wózku inwalidzkim, co powoduje bóle przeciążeniowe).

- VI. Leczenie zaburzeń seksualnych - przy zaburzeniach erekcji - Viagra, Yohimbina, porady seksuologiczne i psychoterapia.
- VII. Leczenie depresji - leki: inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, preparaty takie jak: Bioxetin, Fluoxetine, Prozac, Zoloft. Wskazane jest stałe leczenie psychoterapeutyczne.
- VIII. Leczenie zapobiegające dysfunkcjom ruchowym (usprawniające) - powinno trwać całe życie, od wykrycia choroby nawet przy braku niesprawności ruchowej; stosowana jest kinezyterapia, prowadzona zawsze do "granicy" zmęczenia oraz fizykoterapia, w tym pole magnetyczne z uwzględnieniem centralnego układu nerwowego, zabiegi laserowe, hydroterapia. ■

Urszula Prandzioch  
pielęgniarka

## Szczepionki

### 1. Definicja:

Szczepionki są to komórki bakteryjne zabite lub żywe, odzjadliwione lub produkty ich metabolizmu bądź wyciągi z hodowli bakteryjnych które mają właściwości antygenowe tzn. po wprowadzeniu do organizmu człowieka powodują powstanie odporności swoistej. Zwiększają również odporność nieswoistą, mobilizując siły obronne organizmu.

Odporność uzyskana za pomocą szczepionki jest czynna i długotrwała. W zależności od rodzaju szczepionki trwa miesiące lub lata.

### 2. Podział szczepionek.

#### a) w zależności od składu wyróżniamy:

- szczepionki pojedyncze,
- szczepionki skojarzone,
- autoszczepionki,

#### b) w zależności od postaci:

- płynne,
- liofilizowane,
- adsorbowane,

#### c) w zależności od materiału biologicznego:

- żywe- atenuowane,
- zabite - inaktywowane
- anatoksyny - jady,

**sz. żywe** - wywierają najlepsze działanie uodporniające, zapewniające długotrwałą odporność i dużą skuteczność. Są stosowane w profilaktyce gruźlicy, odry.

**sz. inaktywowane** - dają mniejszą i krócej trwającą odporność.

**Anatoksyny** - zapobiegają chorobom wywoływanym przez bakterie wytwarzające jady.



**Autoszczepionki** - szczepionki zabite sporządzone z bakterii wyhodowanych z wydzielin lub tkanek chorego i wstrzyknięte temu samemu choremu celem wzmocnienia odporności jego organizmu.

Wyróżniamy szczepienie podstawowe i przypominające. Na szczepienie podstawowe składają się szczepienie pierwotne i uzupełniające.

## Odporność

### I. Definicja.

Jest to niewrażliwość organizmu na działanie drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich jadów. Polega ona na zdolności wytwarzania przez organizm swoistych przeciwciał i komórek odpornościowych, niszczących i unieczynnających drobnoustroje. Przeciwym pojęciem jest tolerancja immunologiczna tj. niezdolność do wytwarzania przeciwciał lub komórek odpornościowych np. w życiu płodowym.

Przeciwciała - są to swoiste białka, które pojawiają się w surowicy i płynach tkankowych człowieka i zwierząt jako odpowiedź na wnikanie do organizmu obcego białka zwanego antygenem, którym może być szczepionka w przypadku zakażenia-drobnoustroje chorobotwórcze.

**Przeciwciała** wytwarzane są w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, w węzłach chłonnych, wątrobie, śledzionie i limfocytach.

Na dynamikę narastania przeciwciał mają wpływ nie tylko właściwości organizmu uodpornianego lecz również czynniki pozaustrojowe jak rodzaj szczepionki, sposób przygotowania, ilość, wiek osoby, odstępy czasowe między wstrzyknięciami.

Rozróżniamy 5 klas immunoglobulin IgG, IgA, IgD, IgM, IgE. Ze względu na zawartość cukru zalicza się je do glikoproteidów. Podstawowe to IgG.

**Antygeny** są to obce dla organizmu substancje które wprowadzone do organizmu człowieka powodują powstanie skierowanych przeciw nim swoistych przeciwciał oraz komórek odpornościowych.

Rodzaje odporności.

Odporność możemy podzielić na naturalną i nabytą. Odporność naturalna, dziedziczna nieswoista, którą organizm uzyskał jeszcze przed zetknięciem się z drobnoustrojami. Odporność nabyta jest odpornością swoistą, wytworzoną w następstwie zadziałania drobnoustroju na organizm lub wprowadzenia swoistej surowicy.

Rozróżniamy odporność nabytą czynną -uwarunkowaną przebyciem choroby lub uodpornieniem szczepionką i odporność nabytą bierną - w sposób naturalny od matki z mlekiem lub sztuczną po podaniu surowicy odpornościowej.

Odporność czynna może trwać miesiące, lata a nawet całe życie. Odporność bierna naturalna trwa 6 m. sztuczna przez 12-14dni.

Organizm dysponuje dwoma podstawowymi mechanizmami odporności

- odporność humoralna (zdolność do tworzenia przeciwciał),
- odporność komórkowa - zdolność do wytwarzania komórek odpornościowych

## Fizjologiczne nieswoiste mechanizmy obronne organizmu

Do nieswoistych barier ochronnych organizmu zaliczamy: skórę, błony śluzowe, jamę ustną, żołądek, jelita, drogi oddechowe, drogi moczowo-płciowe,

**Skóra** zbudowana jest z:

- naskórka,
- skóry właściwej,
- tłuszczowej tkanki podskórnej,

Główne funkcje obronne spełnia stale złuszcząca się warstwa rogowa naskórka, wraz z którą usuwane są wszelkie zanieczyszczenia (w tym również drobnoustroje) z powierzchni skóry. Ważnym elementem ochronnym jest również płaszcz tłuszczowy (produkt gruczołów łojowych), cechuje go stała zdolność odnowy. Istotną rolę odgrywa też kwaśny odczyn skóry pH 5,2- 5,8 oraz znajdujący się w niej lizozym (enzym przeciwbakteryjny).

### Błony śluzowe

Funkcję ochronną spełnia w nich stale odnawiająca się warstwa śluzu, wytwarzana przez komórki gruczołowe błony śluzowej. to sprawia, że znajdujące się w błonie śluzowej bakterie usuwane są na zewnątrz.

Śluz zawiera substancje o właściwościach bakteriobójczych (lizozym, przeciwciała fagocyty) które uniemożliwiają rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych. Szczególnie dużą zawartość lizozymu wykazują łyż.

### Jama ustna

Głównym czynnikiem ochronnym jest śluz, wydzielany przez błonę śluzową oraz ślina. Drobnoustroje w jamie ustnej zostają otoczone przez śluz i ślinę, a następnie wraz z nimi połknięte. W ślinie zawarte są inhibiny i lizozym, które mają właściwości bakteriobójcze.

### Żołądek

Czynnikiem bakteriobójczym jest kwaśne pH (około 1,0) soku żołądkowego.

### Jelita

W jelitach zawarty jest czynnik unieruchamiający bakterie lizozym. Są one przesuwane ruchem perystaltycznym i wraz z kałem usunięte na zewnątrz.

### Drogi oddechowe

Czynnikiem ochronnym jest śluz wydzielany przez błonę śluzową i rzęski nabłonka, które poruszają się zawsze w kierunku krtani, co powoduje usuwanie pyłu i znajdujących się drobnoustrojów. Wydalaniu ciał obcych z dróg oddechowych sprzyja również kaszel i kichanie.

### Drogi moczowo- płciowe.

Funkcję ochronną spełnia mocz, który zawiera niskie pH i lizozym oraz w sposób mechaniczny opłukuje cewkę moczową z mogących się tam znajdować drobnoustrojów.

Działanie bakteriobójcze przejawia również wydzielina pochwy - pałeczki Doderieina, które wytwarzają kwas mlekowy. Zapewnia on wysoką kwasność prawidłowej wydzieliny pochwy, co nie pozwala na rozwój w niej drobnoustrojów.

### Płyny ustrojowe

Wśród nieswoistych przeciwciał odpornościowych najważniejsze są

- dopełniacz,
- properdyna,
- immunoglobuliny nieswoiste,

**Dopełniacz** stanowi grupę białek, która rozpuszcza, hamuje rozwój bakterii i przyspiesza fagocytozę.





**Properdyna** jest białkiem - niszczy bakterie zwłaszcza Gram -ujemne, inaktywuje wirusy, pierwotniaki.

#### Krew

Makrofagi - komórki układu siateczkowo - śródbłonkowego.

#### Mikrofagi - leukocyty

Mają one zdolności do fagocytozy czyli wciągania bakterii za pomocą nibynóżek do środka protoplazmy i trawienia ich. Stwierdzono, że jeden leukocyt jest zdolny wchłonąć 100 bakterii. Czynnikiem sprzyjającym fagocytozie jest leukocytoza.

#### Układ odpornościowy

##### Narządy limfoidalne centralne to: szpik kostny czerwony i grasica

**Narządy limfoidalne obwodowe** to węzły chłonne, grudki chłonne przewodu pokarmowego i śledziona.

Główną rolę w procesie odporności odgrywają **leukocyty** czyli krwinki białe. Liczba ich we krwi obwodowej waha się do 4tys-10tys w mm<sup>3</sup>.

W ich skład wchodzi:

- a) **granulocyty** zawierające w cytoplazmie ziarnistości wytwarzane w szpiku kostnym czerwonym
- b) **limfocyty** wytwarzane w szpiku kostnym czerwonym
- c) **monocyty** pochodzące ze szpiku kostnego czerwonego, po przejściu do tkanek i narządów stanowią część komórek układu siateczkowo śródbłonkowego.

Granulocyty dzielą się na;

- granulocyty obojętnochłonne,
- granulocyty **kwasochołonne**,
- granulocyty zasadochołonne.

Mają zdolność do diapedezy, chemotaksji i fagocytozy.

**Chemotaksja** - zdolność kierowania się do ognisk zapalnych, ognisk rozmnażania się bakterii martwych tkanek i innych ciał obcych.

**Fagocytoza** - pożeranie i trawienie za pomocą enzymów hydrolitycznych.

**Diapedeza** - zdolność przechodzenia przez ścianę naczyń krwionośnych. Granulocyty kwasochłonne - wykazują te same właściwości. Dużą rolę odgrywają w chorobach alergicznych i pasożytniczych.

**Granulocyty zasadochołonne** - mają słabiej wyrażone zdolności, wydzielają heparynę - czynnik zapobiegający krzepnięciu krwi.

Z błony komórkowej i leukocytów uwalniany jest kwas arachidonowy, jego metabolity powodują silny skurcz mięśni gładkich, między innymi tętniczek co powoduje zmniejszenie przepływu w danym miejscu.

#### Limfocyty

Stanowią niejednorodną populację zarówno co do miejsca ich powstawania jak i roli jaką pełnią w organizmie. Dzielą się na dwie zasadnicze grupy limfocyty - T (grasiczozależne) i limfocyty B - szpikozależne

Limfocyty wielokrotnie przechodzą z krwi do chłonki i z powrotem.

Limfocyty T są odpowiedzialne za reakcje typu komórkowego i dzielą się na grupy:

Limfocyt T - pomocnicze,  
Limfocyty T - supresorowe,  
Limfocyty T - cytotoksyczne,  
Limfocyty T - wzmacniające,  
Limfocyty T - opóźnionej nadwrażliwości  
Limfocyty T - pomocnicze po zetknięciu się z antygenem przyspieszają różnicowanie się limfocytów B i przekształcanie się ich w komórki plazmatyczne. wytwarzające immunoglobuliny.

Limfocyty T - supresorowe hamują różnicowanie się limfocytów B.

Limfocyty T - wzmacniające pośrednio przyspieszają lub hamują powstawanie komórek plazmatycznych.

Limfocyty T - cytotoksyczne - niszczą obce komórki bezpośrednio po zetknięciu się z nimi, w ten sposób niszczone są komórki przeszczepionych tkanek, komórki nowotworowe czy porażone przez wirusy.

Limfocyty opóźnionej nadwrażliwości - aktywują duże komórki żerne przyspieszają fagocytozę.

Większość reakcji typu komórkowego zachodzi przy udziale czynników uwalnianych przez limfocyty T zwanych **limfokinami**.

**Limfocyty B** są odpowiedzialne za odpowiedź humoralną, czyli za syntezę **immunoglobulin**.

**Centralnym organem kierującym dojrzewaniem i różnicowaniem komórek odpornościowych jest grasica.**

Limfocyty wyposażone są w informację genetyczną potrzebną do wytwarzania różnorodnych immunoglobulin. W procesie dojrzewania limfocyt specjalizuje się w wytwarzaniu jednej immunoglobuliny.

Powstawanie przeciwciał wiążących antygen przebiega odmiennie w zależności od tego czy antygen po raz pierwszy występuje w organizmie czy po raz kolejny.

**Pierwotna odpowiedź immunologiczna** polega na fagocytozie antygeny przez komórkę żerną i unieczynnianiu. Po pewnym czasie unieczynniony antygen jest uwalniany z komórki żernej i wraz z chłonką dostaje się do węzłów chłonnych. Pojawienie się go powoduje reakcję ze strony limfocytów T, które zaczynają się dzielić i wytwarzają limfokiny. Są to hormony miejscowe pobudzające komórki odpornościowe do różnicowania i podziałów.

Limfocyty B przekształcają się w komórki plazmatyczne wytwarzające przeciwciała.

Wtórna odpowiedź immunologiczna.

Zachodzi pod wpływem tego samego antygeny po jego ponownym pojawieniu się wewnątrz organizmu. Komórki plazmatyczne zaczynają wytwarzać swoistą immunoglobulinę.

#### Monocyty

Wykazują zdolność do diapedezy i fagocytozy. Po przejściu z krwi do tkanek zmieniają tam swoje właściwości stają się makrofagami. Szybko poruszają się ruchem amebowaty i wykazują zdolności żerne. Pochłaniają znaczną liczbę bakterii i martwych tkanek. Zawierają więcej enzymów w porównaniu z granulocytami obojętnochłonnymi, między innymi lipazę.

Dzięki temu mogą trawić bakterie mające otoczki lipidowe.

Po wnikięciu wirusów do nich wytwarzają interferon - substancję białkową hamującą rozwój wirusów w innych komórkach. ■

Kozielska Joanna

## METODY STYMULACJI PACJENTA NIEPRZYTOMNEGO W ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

Stymulacja wg słownika języka polskiego to nic innego jak:

1. «pobudzanie do działania lub rozwoju» albo
2. «pobudzające działanie bodźców zewnętrznych na organizm żywy».

W medycynie a szczególnie w pielęgniarstwie to wszelkie działania podejmowane przez personel a mające, na celu pobudzić zmysły osoby nieprzytomnej. Możliwości pobudzania wyróżniamy różnorakie określane jako metody konwencjonalne i do nich należą:

- masaż leczniczy (klasyczny i izometryczny)
- kinezyterapia (gimnastyka bierna, ćwiczenia oddechowe, terapia ułożeniowa)
- kontakt werbalny z pacjentem
- basale stimulation (podstawowa stymulacja)

Następne stosowane w stymulacji pacjenta są metody niekonwencjonalne:

- muzykoterapia,
- aromaterapia,
- fototerapia,
- dotyk opiekuńczy.

Basale stimulation to metody stosowane u osób nieprzytomnych w krajach niemiecko i anglojęzycznych jako alternatywne dla metod konwencjonalnych. To pojęcie indywidualnego rozwoju po raz pierwszy zastosowane przez prof. dr Andreas Froehlich w stosunku do niepełnosprawnych dzieci i młodzieży w 1975 roku. Obecnie stymulacja w opiece została przeniesiona na grunt medycyny i stosowana z powodzeniem w stosunku do pacjentów apalicznych oraz głęboko nieprzytomnych.

Podstawową stymulację pacjent otrzymuje w relacjach somatycznych można następnie dodać stymulację uszną słuchową wyczuwalną oraz postrzeganiem przestrzeni i czasu. Działania te dotyczyły przede wszystkim pacjentów z urazami czaszkowo-mózgowymi, niedokrwiennymi udarami, chorobą Alzheimer'a, oraz zespołem apalicznym. Celem stymulacji jest pobudzanie i towarzyszenie w aktywizacji poszczególnych procesów uczenia się. Wspomaganie rozwoju własnego pacjenta nauczenie go odczuwania procesów życiowych, utrzymania rytmu dobowego, dostarczanie bodźców ze świata zewnętrznego. Utrzymywanie pacjenta przy życiu musi mu towarzyszyć zapewnienie stałego rozwoju. Zespołowi trwałego unieruchomienia towarzyszy utrata świadomości własnego ciała. Wszystko co cielesne staje się niewyraźnie wyczuwalne a otoczenie i świat zewnętrzny przestaje być ważny. Stymulacja podstawowa stwarza wiele możliwości kształtowania i modelowania opieki pielęgniarstwie nad pacjentem. Możliwość sprawowania opieki indywidualnej, zorganizowanej jako współdziałanie zespołu terapeutycznego, lub wspomagająca rolę może pełnić cała rodzina pacjenta.

Basale stimulation obejmuje stymulację somatyczną dotyczącą higieny całego ciała, dotyk i nacieranie stymulujące oddech i krążenie, komfort leżenia - łóżko i pościel. Stymulację westybularną obejmującą nawiązanie dialogu pomiędzy cwi-

zczeniami i w trakcie ich prowadzenia, stymulację wibracyjną (mobilizację percepcji), stymulację jamy ustnej (jedzenie picie i czyszczenie j. ustnej), stymulację audytywną obejmującą redukcję hałasu oraz muzykoterapię, stymulację wizualną poprzez wspieranie wyobraźni pacjenta znajomymi obrazami i obiektami, stymulację dotykową poprzez prowadzenie ćwiczeń i kontrolowanych ruchów. Opieka ta oparta jest na obustronnym procesie uczenia w relacji pacjent - pielęgniarz. Oferując pacjentowi kolejne ćwiczenia pielęgniarz obserwuje jego reakcje, które zastosuje w doborze kolejnych ćwiczeń gwarantujących mu dalszy rozwój.

Muzykoterapia jako kolejna metoda stymulacji aktywizuje procesy poznawcze, pobudza pamięć i wyobraźnię. Celowość użycia muzykoterapii w oddziale intensywnej terapii będzie aktywizowanie lub też uspokajanie pobudzonych pacjentów. W zależności od pory dnia stosować należy inne utwory muzyczne. Pogodny charakter dźwięków wpływa stymulująco na prawą półkulę mózgową. Powoduje zmianę nastroju z bezsilności, beznadziejności i depresji na optymistyczny i pełny nadziei. Istnieją bowiem utwory, które wpływają na harmonijną pracę obu półkul mózgowych, działając aktywizująco.

Optymalnym dla pacjentów w oddziałach intensywnej terapii będzie trzykrotne słuchanie muzyki w ciągu dnia. Poranna pobudka około godziny 7 z muzyką zastępująca zwyczajowe głośne „dzień dobry”. Wczesne stymulowanie muzyczne powinno wzbudzać emocje raczej neutralne u pacjentów, proponowane są zazwyczaj utwory klasyczne z głębią basową twórców epoki baroku i klasycyzmu. W porze obiadowej, około godziny 13 ej, muzyka klasyczna trwająca od 3 do 5 min. Natomiast o godzinie 21 naturalne dźwięki przyrody przez 5 do 10 min. Tempo muzyki relaksującej utrzymane w rytmie 56 do 66 uderzeń na minutę w głośności 1/6. Odgłosy natury trafiają do podświadomości bez względu czy są słuchane z uwagą czy też docierają z oddali.

Aromaterapia badania przeprowadzone przez Rachel Herz, wykładowcę psychiatrii w Brown University Medical School wykazały, zapachy są silnymi stymulantami pamięci. Mogą wywoływać najintensywniejsze i najszybsze reakcje emocjonalne. Prawie każde wrażenie węchowe ma swój składnik uczuciowy zapisany w naszej podświadomości. Odnotowano w badaniach klinicznych przypadki pobudzania pamięci przez zapachy. Zapach cytrynowy, czosnkowy i musztardowy podawane do nosa przez 10 sek. wywierały pobudzający wpływ na pacjentów w śpiączce z objawami wiotkości mięśni. Zapachy stale oddziałują na organizm człowieka wywołując określone reakcje. W przypadku pacjenta nieprzytomnego stosujemy inhalacje, kominki aromatycznych oraz masaż z użyciem olejków aromaterapeutycznych. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych decyduje o doborze zapachu do aromaterapii.

Olejki dzielimy na: pobudzające (czarny pieprz, bergamot, jaśmin i nerola), działanie ich jest orzeźwiający likwidują ospałość, poczucie obojętności podnoszą na duchu (bergamotowy), łagodzą stres.

Olejkami uspokajającymi są: lawendowy, różany, rumiankowy, sandałowy, z szaławii muszkatołowej. Niepokój łagodzi olejek lawendowy, zaś różany smutek i postawę negatywną. Przerwać napięcie oraz jego fizyczne następstwa wspomaga olejek rumiankowy a sandałowy niweluje brak poczucia bezpieczeństwa. W aromaterapii uwzględnia się również stosowanie zapachów znanych pacjentowi z życia codziennego, przed chorobą z pracy. W stymulacji podstawowej można połączyć





zabieg aromaterapeutyczny z np. z masażem klasycznym. Fototerapia, jako proces sterowania istotnymi dla życia procesami za pomocą światła zaczynając od procesu fotosyntezy a na rytmie biologicznym człowieka kończąc. Dobowe rytmy biologiczne człowieka nie są bezpośrednio zależne od zewnętrznego dziennego światła i nocnej ciemności, lecz zapamiętane przez wewnętrzny zegar biologiczny odmierzane dalej pomimo zaburzeń związanych ze zmianą rytmu dobowego. Jednak jeżeli przez dłuższy czas brak sygnałów ze strony środowiska synchronizujących pracę wewnętrznego zegara ulega on przesunięciom dobowych rytmów: czuwanie - sen, temperatura wewnętrzna, rytm wydzielania hormonów. Wywołuje to u ludzi zdrowych nadmierną senność, obniżenie nastroju, zmniejszenie aktywności ruchowej oraz upośledzenie sprawności intelektualnej. Objawy te ustępują wraz ze wzrostem intensywności światła słonecznego.

Regularne sesje naświetlania światłem, którego długość fali jest zbliżona do światła słonecznego nazywamy fototerapią. W oddziałach intensywnej terapii mogłoby to polegać wyłącznie na stosowaniu światła słonecznego. Należy dbać by światło dzienne wpadało do sali chorego, a nocą panował półmrok. Organizm chorego będzie w ten sposób wdrażany do normalnego rytmu dobowego snu i czuwania. Zachowanie naturalnego rytmu oraz różnicy pomiędzy nocą a dniem jest istotne ze względu na zapobieganie deharmonizacji rytmów biologicznych pacjenta. Proste wykonanie powinno mobilizować do stosowania zarówno w oddziałach intensywnej terapii jak również w warunkach domowych.

Kontakt dotykowy jest najstarszym, pierwotnym rodzajem zachowania społecznego, stanowi podstawę relacji pomiędzy bliskimi sobie osobami, poprzez wejście w najbardziej bliską przestrzeń osobową, określaną mianem przestrzeni intymnej. Podejmowanie przez pielęgniarkę zadań i czynności w zakresie wymienionych wyżej działań jest możliwe dzięki kontaktowi dotykowemu z pacjentem. Dotyk to jeden z najważniejszych zmysłów. Jego organem jest cała powierzchnia skóry, w której znajduje się około 5 mln zakończeń nerwowych, pełniących rolę odbiorców czucia dotyku. Receptorami czucia dotyku są ciała dotykowe - Meissnera, natomiast czucia ucisku ciała blaszkowate - Paciniego. Gęstość występowania receptorów jest zróżnicowana dla poszczególnych okolic ciała. Największe zagęszczenie występuje w skórze koniuszka nosa, opuszków palców i warg, najmniej w skórze okolicy grzbietu ud i ramion. Okolice dużej gęstości receptorów wykazują ogromną wrażliwość na dotyk, może on być odbierany przez całe ciało, ale najistotniejszym instrumentem dotyku jest dłoń. W dotyku istotne jest również czucie zimna, ciepła i bólu towarzyszące kontaktowi dotykowemu między pielęgniarką a pacjentem, zwłaszcza podczas wykonywania czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

Funkcje zmysłu dotyku:

- odbieranie bodźców,
- dostarczanie wrażeń,
- komunikowanie czyli porozumiewanie się,
- terapia dotykiem.

Odbieranie bodźców polega na subiektywnej ocenie bodźców pobudzających receptory, z których impulsy przewodzone są do ośrodka neuronów czuciowych wyższego rzędu czyli do kory projekcyjnej (czuciowej). Odbieranie bodźców stanowi podstawę czucia dotyku.

Dostarczanie wrażeń to zamierzone lub niezamierzone pobudzenie receptorów czucia dotyku lub ucisku na skórze pacjenta.

Komunikowanie jest świadomym pobudzaniem receptorów czucia w celu uzyskania informacji bezpośrednio o skórze człowieka (wilgotności, temperaturze), stanie czucia powierzchniowego a pośrednio o objawach istotnych do postawienia prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej dotyczącej stanu pacjenta. Poprzez dotyk można zakomunikować pacjentowi swoją obecność szczególnie, gdy zaburzone jest postrzeganie za pomocą wzroku i słuchu. Terapia poprzez dotyk to celowe i planowe działanie polegające na stymulacji receptorów czuciowych celem zwiększenia ich wrażliwości. Ze względu na specyfikę kontaktu dotykowego w pielęgnowaniu można wyróżnić dotyk:

- pielęgnacyjny - opiekuńczy,
- proceduralny,
- ochronny.

Dotyk terapeutyczny (opiekuńczy) jako forma komunikacji niewerbalnej jest nierozłączną częścią praktyki pielęgniarskiej. To świadome i celowe działania pielęgniarki podejmowane na rzecz pacjenta poprzez bezpośrednie oddziaływanie na jego receptory czucia głównie: dotyku, ucisku, temperatury i bólu. Nie jest on łatwym zadaniem ze względu na stan chorego. Dotyk jest sygnałem o dużej sile oddziaływania. Na oddziałach intensywnej terapii dominuje dotyk proceduralny, ale stan nieprzytomności chorego nie zwalnia nas z prób nawiązania kontaktu z chorym. Dotyk proceduralny to świadome celowe i planowe działania pielęgniarki w celu diagnozowania i terapii oraz stosowania środków leczniczych na skórę. Ciężki stan pacjenta powoduje reakcję regresji emocjonowanej rodzącej zapotrzebowanie na kontakt z drugim człowiekiem. Pamiętajmy, że dotyk instrumentalny może być stosowany w sposób profesjonalny z zachowaniem poczucia bezpieczeństwa pacjenta i dającym mu niezbędny komfort psychiczny.

Dotyk opiekuńczy poprzez gest chwycenia pacjenta za rękę podczas porannego przywitania. Stosując dotyk opiekuńczy stymulujemy nie tylko zmysł dotyku ale również sferę uczuciową pacjenta. Dotyk działa uspokajająco, zachęca i mobilizuje oraz wspiera w powrocie do zdrowia. Dotyk ochronny służy ochronie pacjenta np. przed wstaniem z łóżka.

Psychoterapia elementarna ma na celu poprawić nieodpowiednie postawy pacjenta wobec choroby i jej następstwa oraz pomoc w samoakceptacji. Niepełnosprawność pacjenta narusza jego równowagę emocjonalną i poczucie własnej wartości, rolą pielęgniarki jest podniesienie samooceny i wsparcie emocjonalne oraz motywowanie do działań rehabilitacyjnych.

Plan dziennej stymulacji pacjenta

g.7-8 -oświetlenie sali chorych, odsłonięcie żaluzji, zapalenie świateł

- kontakt werbalny z chorym, powitanie podanie ręki (dotyk opiekuńczy) uprzedzenie o wykonywanych czynnościach
- zastosowanie mycia ciała jako środka stymulującego
- koncepcja Basale stimulation drgania w jamie ustnej, elektryczna szczoteczka do zębów
- muzykoterapia - utwory aktywizujące chorego
- aromaterapia z zastosowaniem olejku cytrynowego
- ułożenie pacjenta w pozycji płaskiej na wznak z zachowaniem fizjologicznych zgięć w stawach

g.10- zmiana pozycji pacjenta przy zachowaniu werbalnego kontaktu z chorym

- ułożenie w pozycji bocznej
- słuchanie muzyki (max 30 min)

g.12 -13 - zachowanie kontaktu werbalnego z chorym, uprzedzenie o wykonywanych czynnościach



- masaż ciała klasyczny z wykorzystaniem olejku aktywizującego bergamotowego
- ćwiczenia bierne
- ułożenie pacjenta w pozycji bocznej z rotacją do tyłu (bok prawy)

g.13- 14 - zachowanie kontaktu werbalnego z chorym, ułożenie w pozycji prone z zabezpieczeniem u kobiet okolic piersi u mężczyzn krocza przed uciskiem, stopy poza materac.

- sesja muzykoterapii

g. 15-16 - stosowanie Basale stimulation przez rodzinę pacjenta, nacieranie stymulujące oddech

- zachęcanie rodziny do utrzymania kontaktu werbalnego z chorym, stosowania dotyku opiekuńczego

g. 16-17 - zachowanie kontaktu werbalnego z chorym

- ćwiczenia bierne
- ułożenie pacjenta z rotacją do przodu (bok lewy)
- słuchanie muzyki np. ulubionej chorego

g.18 - zachowanie kontaktu werbalnego

- ułożenie pacjenta w pozycji fizjologicznej

g.21 - zachowanie kontaktu werbalnego z chorym

- zapewnienie półmroku na sali
- sesja muzykoterapii dźwięki przyrody
- aromaterapia przy użyciu kominka z zastosowaniem olejku uspokajającego np. rumiankowego.

Takie właśnie metody mogą stanowić część indywidualnej opieki nad chorym nieprzytomnym mającej na celu pobudzenie i wspomaganie postrzegania zmysłowego, mają również służyć jako pomost komunikacji w relacji pacjent pielęgniarka. Zintegrowanie wszystkich metod stymulacji pomaga nam uzyskać taki stan fizyczny pacjenta, który umożliwi sprawny przebieg rehabilitacji po odzyskaniu przez pacjenta przytomności.

Zastosowanie całościowych metod stymulacji jest przykładem holistycznego traktowania pacjenta jako całości w sensie intelektualnym, emocjonalnym, społecznym, duchowym i fizycznym. Stosując muzykoterapię wpływamy pobudzająco nie tylko na układ nerwowy ale również na sferę uczuciową pacjenta. Zastosowanie metod stymulacji może dać rodzinie pacjenta poczucie, iż jest traktowany zgodnie z aktualną wiedzą i różnymi metodami pielęgnowania, objęty opieką holistyczną by stan jego uległ poprawie a zarazem był satysfakcjonującym i widocznym efektem procesu pielęgnowania. Dając siłę i nadzieję, że nasza praca jest niezbędna a jej metody powinny być różnorodne i wciąż doskonalone. ■

Barbara Bromek

## Sposoby przenoszenia i przekładania ciężko chorych osób

Wszystkie działania, które mają na celu przemieszczenie się pacjenta powinny być wykonane w sposób zaplanowany i precyzyjny. Osoby przenoszące powinny posiadać do tych czynności predyspozycje zarówno fizyczne jak i psychiczne. Ułatwieniem w wykonywaniu tych czynności jest różnego rodzaju sprzęt i środki pomocnicze np. ręczniki, koce, prześcieradła itp. kończąc na wysoce specjalistycznych urządze-

niach. Dostępność takich środków to istotny element ułatwiający pracę pielęgniarki.

Podstawowym czynnikiem w pracy pielęgniarki podczas przenoszenia lub przekładania chorego jest znajomość jego masy ciała, ponieważ niejednokrotnie zdarza się że masa ciała pacjenta jest większa od dopuszczalnego udźwigu sprzętu stosowanego w oddziale. Dlatego pielęgniarki przemieszczając pacjentów z wykorzystaniem własnej siły fizycznej są narażone na urazy spowodowane przenoszeniem zbyt dużego ciężaru w stosunku do swoich możliwości.

### Celem przenoszenia i przekładania pacjenta jest:

- poprawienie lub zmiana pozycji,
- zmiana białizny pościelowej,
- toaleta,
- zmiana opatrunku,
- ubranie i rozebranie pacjenta,
- zmiana łóżka,
- przewiezienie do innego szpitala, oddziału, domu,
- ewakuacja,
- odbycie konsultacji, badań.

### Sprzęt stosowany do przemieszczania i transportu pacjentów:

- łóżka o regulowanej mechanicznie wysokości oraz możliwością zmiany pozycji pacjenta, z uchwytami ułatwiającymi zmianę pozycji,
- wózki inwalidzkie,
- wózki - nosze,
- łuki metalowe lub drewniane nadłóżkowe z uchwytami do podciągania się nad łóżkiem,
- pasy, podkłady, prześcieradła, poduszki ślizgowe,
- drabinki sznurkowe,
- maksinosze, mininosze,
- podkłady obrotowe,
- jezdne podnośniki nosidłowe, krzeselkowe, noszowe,
- podnośniki toaletowe ułatwiające wstawanie,
- podnośniki wspomagające chód,
- wyciągi suwnicowe,
- zintegrowane systemy do higieny osobistej, wózki łazienkowe,
- wanny do kąpieli chorego w łóżku.

### Sposoby przemieszczania pacjenta bez użycia sprzętu:

**Przesuwanie na brzeg łóżka** - to jedna z wielu czynności jakie wykonuje pielęgniarka, umożliwiając pacjentowi zmianę ułożenia ciała. Czynność ta może być wykonana zarówno za pomocą specjalistycznego sprzętu jak i bez posługiwania się nim, jednak zaleca się to tylko u osób mogących współpracować z pielęgniarką lub o niskiej masie ciała. Czynności właściwe tej techniki to:

- 1/ zdejmowanie wierzchniego okrycia,
- 2/wyjęcie udogodnień,
- 3/ułożenie chorego na boku,
- 4/podłożenie pod plecy chorego na wysokości łopatek i pośladków śliskiego podkładu,
- 5/ułożenie pacjenta na podkładzie,
- 6/sprawdzenie zamocowania podkładu przez lekkie pociągnięcie,
- 7/przesuwanie chorego na podkładzie na brzeg łóżka w kierunku do siebie
- 8/sprawdzenie wygody pacjenta,
- 9/zapewnienie bezpieczeństwa w czasie przesuwania.





**Obracanie pacjenta na boki** - może być wykonane jako pojedynczy element lub być związkiem w całym ogniwie czynności. Czynności właściwe tej techniki:

- 1/zdjęcie wierzchniego okrycia,
- 2/wyjęcie udogodnień,
- 3/obrócenie głowy pacjenta w kierunku pielęgniarki,
- 4/ułożenie kończyny górnej bliższej - prosta w stawie łokciowym i podłożona pod pośladek pacjenta wraz z dłonią,
- 5/ułożenie kończyny górnej dalszej, założenie jej na ciało pacjenta jak najdalej w kierunku pielęgniarki,
- 6/ułożenie kończyny dolnej bliższej - wyprostowana w stawie kolanowym,
- 7/ułożenie kończyny dolnej dalszej - zgięta w stawie, podparta na stopie i kolano przechylone w stronę pielęgniarki lub gdy kończyny nie można zgiąć w stawie kolanowym, wyprostowaną kończynę dalszą zakłada się na bliższą krzyżując je,
- 8/ ułożenie chorego na boku,
- 9/zabezpieczenie przed powrotem do pozycji wyjściowej.

**Unoszenie pośladków pacjenta** - czynność ta jest integralną częścią wielu sposobów i czynności. Technika właściwa:

- 1/zdjęcie wierzchniego okrycia,
- 2/usunięcie udogodnień,
- 3/uniesienie pośladków pacjenta:
  - z udziałem chorego- mocno zgina kończyny i stopami opiera się o materac łóżka, na prośbę pielęgniarki podnosi pośladki w górę
  - bez udziału chorego - pielęgniarki stają naprzeciw, jednocześnie zginają nogi pacjenta w stawach kolanowych, jedna z nich podsuwa pod pośladki podkład i na umówiony znak jednocześnie, na podkładzie unoszą pośladki chorego.

**Unoszenie tułowia pacjenta** - czynność tę można wykonać wykorzystując różne techniki lub korzystając z pomocy drugiej pielęgniarki. Czynności właściwe tej techniki:

- 1/zdjęcie wierzchniego okrycia,
- 2/usunięcie udogodnień,
- 3/podłożenie podkładu pod plecy pacjenta tak aby górny koniec podkładu zaczynał się na wysokości szyi,
- 4/uniesienie klatki piersiowej pacjenta do pozycji siedzącej:
  - na podkładzie,
  - podnosząc z pomocą drugiej osoby,
  - za pomocą wezglowia łóżka,
- 5/zabezpieczenie pozycji siedzącej,
- 6/ułożenie na plecach.

**Przesunięcie pacjenta w górę łóżka na poduszki techniką Shoulder Lift** - jest to jedna z bezpieczniejszych technik przenoszenia w przypadku której są wykorzystane proste ruchy przesuwania pacjenta. Czynności właściwe:

- 1/zdjęcie wierzchniego okrycia,
- 2/wyjęcie udogodnień,
- 3/podłożenie pod pośladki chorego podkładu,
- 4/pozycja wysoka na plecach,
- 5/zabezpieczenie pozycji ciała pacjenta przez pielęgniarki opierając jego plecy o swoje bliższe ramiona a kolana bliższe zakładając na łóżko,
- 6/chwycenie się za przedramiona i oparcie na nich ciężaru ciała pacjenta,
- 7/opieranie się na kończynie dolnej i kończynie dalszej od pacjenta,
- 8/przesuwanie chorego w górę łóżka,
- 9/ułożenie pacjenta na poduszkach.

Sposoby przemieszczania chorego z pomocą sprzętu

Posługiwanie się wózkiem inwalidzkim ułatwia pacjentowi w miarę samodzielnej aktywności, w przypadku braku sprzętu specjalistycznego czynność przenoszenia na wózek inwalidzki lub inny mogą wykonać dwie pielęgniarki przenosząc chorego na:

- ramionach,
- ręczniku, podkładzie,
- za pomocą śliskiej deseczki.

Beata Marczak

## Alkoholizm a niedostosowanie społeczne. Psychiatryczne następstwa nadużywania alkoholu.

Studia nad rodziną i adopcją u alkoholików wskazują na dziedziczność alkoholizmu oraz jego związek z innymi klinicznymi zaburzeniami: socjopatią i histerią. Niektóre dzieci z rodzin alkoholowych przejawiają nieadekwatne, prymitywne reakcje historyczne. Dążą do bycia w centrum uwagi, lubią podporządkować sobie innych ludzi, kierować nimi. Mają trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej. Zaburzona jest sfera kontaktów interpersonalnych.

**Nieprzystosowanie towarzyskie** związane jest z niedojrzałością emocjonalną, neurotycznością i brakiem umiejętności współżycia z ludźmi w ogóle. Młodzież z rodzin alkoholowych czuje się winna i inna, nazywa siebie „Ousiderami.” Poczucie osamotnienia i izolacja od kolegów sprzyja powstawaniu niechęci, wyrażającym się w złości, smutku i agresji. Młodzież nieprzystosowana nie potrafi kontrolować i panować nad swymi stanami lękowymi i niepewnością, co daje widoczny efekt w słabych wynikach nauczania. Błędne koło toczy się wokół zdenerwowania, słabych wyników w nauce, niezadowolienia z siebie i załamania. Uczeń nieprzystosowany i neurotyczny nie nadąża za klasą, nie w pełni uczestniczy w życiu klasy, co rodzi w nim sprzeciw i bunt.

**Nieprzystosowanie społeczne** jest groźniejszą kategorią zaburzenia. Gdy modelami stają się postacie przejawiające zachowania aspołeczne i antyspołeczne, dziecko może wchodzić w konflikt z prawem. Ucieczki z domu najczęściej podejmują dorastający chłopcy. Doznana krzywda ze strony rodzica alkoholika, lęk przed nim, chęć zemsty lub skłonienia rodziców do refleksji nad swoim postępowaniem to najczęstsze motywy ucieczek. Niezrozumienie tego swoistego „wołania o pomoc” sprzyja utrwaleniu tego typu zachowań. Zwłaszcza dzieci o nadmiernej aktywności są narażone na alkoholizm i socjopatię. Jonem zaobserwował, że osoby nadużywające alkoholu jako dzieci były buntownicze, impulsywne, charakteryzowały się obniżoną samokontrolą i ujawniały większą potrzebę testowania autorytetu niż ich rówieśnicy. Cechy te były utożsamiane z symptomem hiperaktywności i nieznannej dysfunkcji centralnego układu nerwowego, a to z kolei wiąże się z psychopatią i encefalopatią.

**Psychopatia** stanowi odchylenie od normy w zakresie osobowości. Niekorzystne pod względem społecznym jest zwłaszcza życie uczuciowe, wola charakteru, napęd psycho-

motoryczny (nadpobudliwość, wybuchowość, drażliwość, agresywność, chłód uczuciowy). Stanowią one wyjaśnienie zachowań antyspołecznych młodzieży z rodzin alkoholowych.

**Encefalopatia** stanowi defekt po przebyciu schorzeń tego układu wyrażających się w zaburzeniach charakteru, nadmiernych pobudliwości, wybuchowości, trudności w koncentracji, męczliwości, małej tolerancji na frustrację. Sprawia to trudności w sprostaniu codziennym obowiązkom i nasila konflikty z otoczeniem. Zaburzenia te wspólne z nadużywaniem alkoholu, lęków, socjopatia, histerią, są przyczyną aspołeczności lub izolacji. Dzieci z rodzin alkoholowych sprawiają kłopoty wychowawcze, głównie w zachowaniach agresywnych wobec rówieśników lub nauczycieli, nadmiernej pobudliwości, nieśmiałości. Wielu młodych ludzi w wieku 15-17 lat zaczyna pić alkohol, zażywa narkotyki, ucieka ze szkoły, angażuje się w przemoc i przestępczość. Dokonując analizy 100 życiorysów młodocianych alkoholików tylko 1/4 nie posiada objawów nieprzystosowania szkolnego, u 51% objawy te występowały w szkole podstawowej, a u 24% w szkole ponad podstawowej. Nie opóźnionych w nauce w szkole podstawowej było tylko 4%, a opóźnionych o 2 lata i więcej aż 30%. Wągary stwierdzono u 65% badanych. Objawy nieprzystosowania społecznego wykazało 62% badanych przed ukończeniem 17 roku życia. 3/4 nie pracowało lub pracowało dorywczo.

Objawy nerwowe zaobserwowano u 66% w okresie szkolnym 57% ujawniało impulsywność wybuchowość 75% zwolniono ze służby wojskowej. 71% popełniło samouszkodzenia, 25% usiłowało popełnić samobójstwo. Zachowania agresywne w domu wystąpiły u 75%. Wszyscy oni nietrzeźwi wracali do domu przed 16-tym rokiem życia, a upijali przed 18-tym.

Kilka milionów ludzi w Polsce regularnie nadużywa alkoholu, mimo iż prowadzi to do śmiertelnej choroby oraz dramatycznych sytuacji i degradacji ich osobistego życia, a jednocześnie do cierpienia ich najbliższej rodziny. Niepokoi i zdumiewa fakt, że coraz więcej ludzi w naszym kraju wchodzi na drogę innych uzależnień: od narkotyków, nikotyny, leków psychotropowych. Człowiek uzależniony to ktoś, kto wyrządza krzywdę samemu sobie, a także często innym ludziom. Poza skrajnymi przypadkami nikt świadomie i dobrowolnie nie chce postępować w niszczący sposób, jeśli nie widzi w tym postępowaniu sensu lub zysku. Zadajemy więc pytanie dlaczego dla wielu alkohol jawi się jako coś atrakcyjnego, że ludzie gotowi są podporządkować mu dosłownie wszystko: zdrowie, sumienie, życie osobiste i rodzinę, pracę, dobra materialne, pozycję społeczną. Odpowiedź na to pytanie odsyła do tajemnicy człowieka, a zwłaszcza do pytania o jego naturę oraz egzystencję. Człowiek jest kimś jednym na tej ziemi, kto może skrzywdzić samego siebie. Nie uczyni tego żadne zwierzę. Zwierzęta są prawidłowo zaprogramowane przez instynkty i popędy. Człowiek natomiast, działając w sposób świadomy i wolny, określa jakość swojego życia poprzez filozofię życia, którą się kieruje oraz przez decyzje, które podejmuje. Będąc jednak kimś ograniczonym i niedoskonałym w swej świadomości i wolności, uzyskuje że będzie myślał w sposób błędny i błędnie postępując się własną myślą. Popadnięcie w uzależnienie to jedna z najbardziej radykalnych form i bolesnych degradacji człowieka.

**Psychiatryczne następstwa nadużywania alkoholu:** Oprócz zespołu uzależnienia od alkoholu u części osób (około 5%) dochodzi do powikłań: zespołów abstynencyjnych, majaceń alkoholowych, napadów drgawkowych.

**Majaczenie alkoholowe:** delirium tremens występuje najczęściej 1-3 dni po zakończeniu picia lub jego znacznym ograniczeniu. Często rozpoczyna się napadem podczaszkowym, obok objawowo wegetatywnych występuje zaburzona orientacja w czasie i w miejscu, omamy i iluzje wzrokowe, słuchowe, czucia cielesnego, przeżywania urojeń, w których pacjent bierze aktywny udział, najczęściej broniąc się przed prześladowcami. Stan ten wymaga bezwzględnej hospitalizacji ze względu na wysoką śmiertelność około 20%.

**Paranoja alkoholowa** zespół Otella tzw. Oblęd zazdrości. Najczęściej u mężczyzn około 40 roku życia. Urojenia na tle niewierności współmałżonki. Często agresja, pogroźki, śledzenie. Schorzenie przewlekłe, oporne na leczenie. Ostra halucynacja, chory słyszy głosy, które go oskarżają, często nakazujące popełnienia samobójstwa. Częste omamy uczuciowe np. robaki chodzące po ciele.

**Psychoza korsakowa** po wielu latach intensywnego picia pozostają ciężkie zaburzenia metaboliczne objawiające się zaburzeniami pamięci, dezorientacją w czasie i miejscu, przechodzi w 20% w głębokie ośpienie.

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą śmiertelną. Może jednak być powstrzymane, jeżeli osoba uzależniona podejmuje systematyczną terapię w placówce odwykowej. W województwie śląskim placówki w Lublińcu, Gorzycach, Parzymiechach, Katowicach, Szopienicach, Częstochowie. Poradnie odwykowe umieszczone są na terenie większych miast. Cenną pomoc można znaleźć w środowiskach wzajemnej pomocy, takich jak wspólnota AA - Anonimowych Alkoholików lub Klub Abstynenta.

Niestety mechanizmy tej choroby powodują, że zdecydowana większość osób uzależnionych nie chce się leczyć. Tylko presja zagrożenia lub zewnętrznych okoliczności, może torować alkoholikowi drogę do ocalenia. Jedyny sposób na uratowanie życia alkoholika to abstynencja i nauka życia bez alkoholu. ■

Kurek Marzena

## Gdybym Spotkał Ciebie Znowu Pierwszy Raz...

Gdybym spotkał ciebie znowu pierwszy raz,  
Ale w innym sadzie, w innym lesie -  
Może by inaczej zaszumił nam las  
Wydłużony mgłami na bezkresie....

Może innych kwiatów wśród zieleni bruzd  
Jęłyby się dłonie dreszczem czynne -  
Może by upadły z niedomyślnych ust  
Jakieś inne słowa - jakieś inne...

Może by i słońce zniewoliło nas  
Do spłynięcia duchem w róż kaskadzie,  
Gdybym spotkał ciebie znowu pierwszy raz,  
Ale w innym lesie, w innym sadzie...

Bolesław Leśmian



## Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

L.p.	Nazwa kursu	Planowany termin kursu	Cena	
			Cena z refundacją*	Całościowa cena kursu
<b>KURSY SPECJALISTYCZNE</b>				
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	12.03 -13.05.2010r oraz 21.05-15.07.2010r.	200 zł	600 zł
2.	Resuscytacja krążeniowo - oddechowa Nr 02/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	Planowany termin rozpoczęcia kursu: maj 2010r.	250 zł	500 zł
3.	Szczepienia ochronne Nr 03/08 kurs dla pielęgniarek	09.03-11.05.2010r.	250 zł	360 zł
4.	Podstawy dializoterapii Nr 08/07 kurs dla pielęgniarek	26.02 - 12.05.2010r. 09.04-18.06.2010r.	220 zł	320 zł
<b>KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE</b>				
1.	Zasady dezynfekcji i sterylizacji kurs dla pielęgniarek i położnych	07.04-16.04.2010r.	80 zł	120 zł
2.	Cewnikowanie pęcherza moczowego kurs dla pielęgniarek	27.03 - 28.03.2010r 16.04-17.04.2010r.	40 zł	60 zł

\* Dla członków OIPIp w Częstochowie regularnie opłacających składki przez dwa lata

### Zapraszamy do udziału w szkoleniach:

1. Informatyka i statystyka w praktyce pielęgniarki/położnej; koszt kursu - 270zł
2. Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia; termin szkolenia: 06.04.2010 godz. 9.00
3. „Nie dźwigaj - kręgosłup masz tylko jeden” termin szkolenia: 05.05.2010r. godz. 9.00
4. Szkolenie dla pielęgniarek i położnych z zakresu prawa pracy; termin szkolenia: 21.04.2010r. godz. 9.00
5. Szkolenie dla pielęgniarek i położnych z zakresu komunikacji interpersonalnej, mobbingu i dyskryminacji oraz radzenia sobie ze stresem; termin szkolenia: 14.04.2010r., 12.05.2010r., 09.06.2010r.

## GODZINY PRACY BIURA OIPIp

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 - 17.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

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

Kierownik Ośrodka Szkoleniowego: pn 8.00-13.00, śr 8.00-15.00, cz-pt 8.00-17.00





## IV Ogólnopolski Zjazd Położniczo-Neonatologiczno-Pediatryczny

### "Zdrowie dziecka od okresu prenatalnego do niemowlęcego"

Szczyrk, 18-21 kwietnia 2010 r.

#### 18 kwietnia (niedziela) 2010

**16.00** kawa i poczęstunek na powitanie i otwarcie  
**16.30** otwarcie obrad, powitanie przez Patrona Honorowego  
**16.40-17.40** „Ograniczenie bólu noworodka w oddziałach neonatologicznych” Prof. dr hab. n. med. RYSZARD LAUTERBACH  
 Kierownik Kliniki Neonatologii CMUJ  
**17.50-18.40** „Diagnostyka położniczych przyczyn uszkodzeń noworodka”, Prof. Dr hab. n. med. JERZY SIKORA, Kierownik Kliniki Ginekologii i Położnictwa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**19.30** grill

#### 19 kwietnia (poniedziałek) 2010

**08.00-09.00** śniadanie  
**09.20- 10.15** „Zespół nagłej śmierci niemowląt-aktualne dane i zalecenia” Dr hab. med. ANDRZEJ PIOTROWSKI, prof. UM, Kierownik Oddziału Intensywnej terapii i Anestezjologii, II Katedra Pediatrii UM w Łodzi  
**10.15-10.30** wystąpienie sponsorskie  
**10.30-11.00** „Czy można wykonać punkcję lędźwiową bez zgody pacjenta, w przypadku podejrzenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, oraz 10 innych trudnych pytań dotyczących praw pacjenta na oddziałach położniczych i neonatologicznych” mgr RADOSŁAW TYMIŃSKI prawnik  
**11.00-11.30** przerwa kawowa  
**11.30-12.30** cd wykładu mgr Radosława Tymińskiego  
**12.30-12.45** wystąpienie sponsorskie  
**13.00-14.00** obiad

**14.30-15.15** „Opieka ambulatoryjna nad dzieckiem z małą masą ciała” Dr n med IZABELA MICHAŁUS Klinika Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości UM w Łodzi  
**15.15.-15.45** "Szczepienia ochronne - dlaczego warto przekonywać do szczepień" Dr n. med. Hanna Czajka  
**15.45-16.00** wystąpienie sponsorskie

**16.00-16.45** „Współczesna rola pielęgniarki/położnej rodziny w pracy z rodziną przygotowującą się na przyjęcie dziecka i po porodzie”, mgr IZABELA CWIERTNIA – konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, przewodnicząca kolegium pielęgniarek i położnych rodzinnych  
**16.45-17.00** wystąpienie sponsorskie  
**17.00-19.00** warsztaty tematyczne organizowane przez sponsorów

**20.00** bankiet i uroczysta kolacja z udziałem zespołu muzycznego

#### 20 kwietnia (wtorek) 2010

**08.00-09.00** śniadanie  
**09.30-10.45** „Środowisko przyjazne dla rozwoju wcześniaka – czego rodzice powinni dowiedzieć się od położnej” mgr BOŻENA KIERYŁ terapeuta rozwoju psychomotorycznego, PCE  
**10.45-11.00** prezentacja sponsorska  
**11.00-11.30** przerwa kawowa  
**11.30-12.30** „Aktywności seksualna po porodzie i wpływ obecności męża przy porodzie na seksualność pary” mgr AGNIESZKA IZDEBSKA-seksuolog  
**12.30-12.45** prezentacja sponsorska  
**12.45-14.00** „Baby blues a depresja poporodowa – sposoby identyfikacji i pomocy rodzicom z małymi dziećmi”

mgr MARLENA TRĄBIŃSKA-HADUCH – psycholog, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa

**14.30-15.30** obiad

**16.00-18.00** warsztaty nt psychologicznych problemów pary rodziców – prowadzą Marlena Trąbińska-Haduch i Agnieszka Izdebska (dla chętnych)

**16.00-18.00** warsztaty tematyczne organizowane przez sponsorów

**19.30** kolacja

#### 21 kwietnia (środa) 2010

**8.00-9.00** śniadanie

wyjazd uczestników

### Informacje Organizacyjne

Miejsce szkolenia: Szczyrk  
 Hotel "Orle Gniazdo" ul. Wrzosowa 28a  
 Recepcja hotelu przyjmuje uczestników od: godz. 13.00  
 Zajęcie rozpoczynają się: 18 kwietnia o godz. 16.30  
 Zakończenie zjazdu: 21 kwietnia ok. godz. 10.00

### Oплата szkoleniowa:

(obejmuje: udział, materiały, przerwy kawowe)

dla pielęgniarek i położnych 300zł  
 dla lekarzy i innych zawodów 400zł

Cena zakwaterowania i wyżywienia za cały pobyt:

w segmencie AB 380 zł  
 w segmencie C 500 zł  
 dopłata do pokoju jednoosobowego w segmencie C 120 zł

Wypełnioną Deklarację Zgłoszeniową należy przelać:

- pocztą na adres: PCE, 00-836 Warszawa, ul. Żelazna 41 lok. 6 lub
- faksem na nr tel.: (0-22) 890 20 01, 890 20 02 lub
- pocztą elektroniczną na adres: pce@pce.com.pl lub
- przez stronę www.pce.com.pl

PŁATNOŚĆ ZA SZKOLENIE NALEŻY UIŚCIĆ PRZELEWEM:

do 20 marca 2010r NA KONTO:

POLSKIE CENTRUM EDUKACJI MILLENNIUM  
 BIG BANK S.A. Warszawa

**3211602202000000027317659**

Na przelewie prosimy umieścić nazwisko uczestnika oraz termin szkolenia.



# Sprawozdanie z Konferencji szkoleniowej zorganizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych przy współpracy z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia

Sesja II - „Jak w praktyce ustalamy normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?”

Odpowiedzi na to pytanie starało się udzielić na podstawie pracy własnej około 12 osób. Kierownik Katedry i Zakładu Zarządzania w pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa dla województwa lubelskiego prof. nadzw. AM dr hab.n.med. Anna



Ksykiewicz Dorota. Zadając sobie pytanie „Czy ustalać normy?” przekazała, że tak, ponieważ „zasoby ludzkie są najcenniejszym kapitałem każdej organizacji”(Amstrong), a marnotrawstwo wiedzy i umiejętności to największe straty organizacji. Istotną sprawą jest to, że zarówno niedobór jak i nadmiar kadr w stosunku do potrzeb organizacji powodują straty. A jak ustalać normy zatrudnienia? Pani prof. Anna Ksykiewicz Dorota przypomina nam, że od kilkudziesięciu lat znana jest koncepcja wyznaczania norm na podstawie metod klasyfikacji (Patient Classification System-PCS). Do chwili obecnej w krajowym systemie opieki zdrowotnej nie ma uniwersalnych norm czasu pielęgnacji bezpośredniej dla zróżnicowanych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Kolejnymi wykładowcami między innymi byli: konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii dr hab. n. med. Danuta Dyk, prezes

Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek Barbara Dąbrowska; pielęgniarki przełożone oraz naczelnice pielęgniarki z różnych placówek w Polsce. Ogółem w konferencji uczestniczyło 316 osób.

W konferencji uczestniczyły również przedstawicielki Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z Częstochowy z Przewodniczącą Haliną Synakiewicz na czele. Obecne były zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie Jadwiga Tomalska, pielęgniarka oddziałowa oddziału neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Barbara Dubek. Czynny udział w spotkaniu brały naczelnice pielęgniarki z SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego - Joanna Dziedzic oraz przełożona pielęgniarek ze Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłobucku Aniela Stopa. Prezentując wykład „Zapotrzebowanie na opiekę a planowanie kadr pielęgniarskich na przykładzie wybranych szpitali na obszarze działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.”

Zaprezentowały swoje placówki oraz podzieliły się informacjami jak w praktyce wygląda realizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 grudnia 1999 roku. Na przykładzie obliczania minimalnych norm zatrudnienia można stwierdzić, że w przypadku oddziałów zabiegowych wyliczona ilość personelu byłaby niewystarczająca.

Dlatego normy obsługi, opracowane zgodnie z realiami ekonomicznymi, trzeba ustalać na podstawie zakresu niezbędnej opieki pielęgniarstwa. Należy określać ją na podstawie zapotrzebowania pacjentów na opiekę pielęgniarstwa (minimalną, umiarkowaną, wzmożoną) Zdefiniowały, odpowiednią obsadę pielęgniarstwa: rozumianą jako sytuację, gdy świadczona jest wysokiej jakości opieka zdrowotna w bezpiecznych i komfortowych warunkach pracy oraz osiągane są pozytywne rezultaty w leczeniu pacjentów (Stowarzyszenie Pielęgniarek Północna Karolina, NCNA 2005)



Sesja III - „Czy normowanie obsad wpływa na jakość opieki pielęgniarstwa?”

Informacji na ten temat dostarczyły między innymi: przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego nauczyciel akademicki Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi Dorota Kilańska oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa dla województwa zachodniopomorskiego naczelnice pielęgniarki SP WSZ w Szczecinie Maria Smalec. Przekazała, że normowanie czasu pracy oparte powinno być nie na



# Sprawozdanie z Konferencji szkoleniowej zorganizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych przy współpracy z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia



przecuciu czy domniemaniu, lecz na mocnych fundamentach naukowych. Jego wdrożenie świadczy o wysokim stanie świadomości i refleksji, jaka tym działaniom towarzyszy: wpływa na bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego eliminuje lub ogranicza ryzyko roszczeń odszkodowawczych ze strony pacjentów ogranicza ryzyko pociągnięcia do odpowiedzialności cywilnej lub karnej pracowników szpitala, wzmacnia zaufanie społeczne.

Sesja IV - „Czy i kto ponosi odpowiedzialność za realizowane świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów?”

Na to pytanie odpowiedziała Pani Iwona Choromańska Radca prawny z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Poinformowała, że kierownik publicznego zakładu opieki

zdrowotnej jest pracodawcą wobec wszystkich pracowników i ponosi wszelką odpowiedzialność za naruszanie przepisów prawa pracy. Jako pracodawca kierownik ZOZ ponosi odpowiedzialność za naruszenie przepisów lub zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Odpowiedzialność kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej dotyczy szeroko rozumianej odpowiedzialności na wielu płaszczyznach: finanse i gospodarka mieniem zakładu, organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, przestrzeganie przepisów prawa pracy.

Beata Ochocka Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego oświadczyła, że: o bezpieczeństwie chorych decydują:

- Dobre prawo
- Dobre finanse
- Dobre warunki pracy
- Świadomość, szkolenia
- Standardy, procedury
- Dobre nawyki, audyty,
- Weryfikacja norm zatrudnienia

a o zagrożeniu między innymi :

- Mała ilość personelu,
- Pośpiech,
- Natłok zleceń sprzyja błędom i zaniedbaniom

Na zakończenie Organizator Konferencji podziękował wszystkim obecnym za tak liczne przybycie i za czynny udział w konferencji szkoleniowej. Nie można się temu dziwić ponieważ, planowanie obsady kadry pielęgniarskiej w szpitalach jest przedmiotem zainteresowania resortu zdrowia i kadry zarządzającej od kilkunastu lat. Wszyscy wspólnie musimy znaleźć rozsądne rozwiązanie, które pozwoli osiągnąć takie normy by :



**Odpowiednia obsada pielęgniarska oznaczała stosowną liczbę dostępnego przez cały czas personelu o odpowiednio zróżnicowanych poziomach umiejętności, który będzie w stanie zagwarantować zaspokajanie wszystkich potrzeb pacjentów oraz utrzymywanie warunków pracy bez istnienia zagrożenia pracy. (ICN 2006/PTP 2006)**

mgr Joanna Dziedzic  
Naczelna Pielęgniarka  
SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony  
w Częstochowie