

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



„Uratować znaczy żyć”



IV Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej
25 września 2012r.

Październik 2012r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



25 września 2012r. odbył się IV Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej „Uratować znaczy żyć” - na terenie Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej -. Organizatorem tegoż przedsięwzięcia była Szkoła Podstawowa nr 25 im. Stanisława Staszica w Częstochowie, współorganizatorami: Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Częstochowie, Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie, Komenda Miejska Policji w Częstochowie, Komenda Straży Pożarnej w Częstochowie oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Honorowy patronat nad w/w

impresją objęła Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy.

Celem konkursu było:

- Rozpowszechnianie wiedzy i umiejętności z zakresu udzielania I pomocy przedmedycznej wśród dzieci w wieku szkolnym z klas I – VI i doskonalenia tych umiejętności oraz przestrzegania zasad ruchu drogowego;
- Kształtowanie czynnych postaw prospołecznych wśród dzieci, w tym odpowiedzialności za drugiego człowieka, niesienia pomocy w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia poszkodowanym i chorym;
- Popularyzacja i propagowanie tematyki związanej z ochroną zdrowia oraz bezpieczeństwem komunikacyjnym;
- Wdrażanie do aktywności, zdrowej rywalizacji i współzawodnictwa.

Konkurs adresowany był do uczniów klas I – VI. Rozgrywki odbywały się w dwóch kategoriach wiekowych:

- klasy I – III;

- klasy IV – VI, a każda szkoła typowała trzyosobową drużynę.

Do rywalizacji przystąpiło 90. uczestników z następujących szkół: SP 2 z Częstochowy, SP 8 z Częstochowy, SP 11 z Częstochowy SP 12 z Częstochowy, SP 24 z Częstochowy, SP 25 z Częstochowy, SP 27 z Częstochowy, SP 31 z Częstochowy, SP 39 z Częstochowy, SP 42 z Częstochowy, SP 46 z Częstochowy, SP 50 z Częstochowy, SP 51 z Częstochowy, Prywatna Szkoła Podstawowa „SOKRATES” oraz SP z Rędzin i SP z Poraja.

Wyniki finału:

- Kategoria IV–VI:
I miejsce: SP 50 w Częstochowie;
II miejsce: SP 42 w Częstochowie;
III miejsce SP 2 w Częstochowie.
- Kategoria I – III:
I miejsce: SP 25 w Częstochowie;
II miejsce: SP 50 w Częstochowie;
III miejsce: SP 2 w Częstochowie.

Zwycięzcy otrzymali medale i nagrody rzeczowe (sprzęt RTV). Dodatkową atrakcją imprezy była prezentacja sprzętu ratowniczego oraz możliwość skorzystania z tzw. miasteczka ruchu drogowego.

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 25
mgr Ewa Dworzańska



W NUMERZE:

Uchwały Prezydium i OR

Kalendarium

Minister Zdrowia

Prawo

Pielęgniarki w Parlamencie Europejskim

Refleksje na temat kodeksu etyki zawodowej

Prace dyplomowe

Szkolenia

Informacje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

Adres Redakcji:

UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czyst.pl

sekretariat@oipip.czyst.pl

www.oipip.czyst.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 Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 26 września 2012 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 2,800.00 zł dla czterech pielęgniarek za szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo psychiatryczne”,
 - 700.00 zł dla jednej pielęgniarki za szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo opieki paliatywnej”,
 - 3,500.00 zł dla pięciu pielęgniarek za studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo.
- Nie przyznano jednej pielęgniarsce pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych z powodu niezgodności z regulaminem.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu pięciu pielęgniarkom wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony. ■

Kalendarium



KALENDARIUM PAŹDZIERNIK 2012 roku

- 25-26.09.2012r.** W Katowicach odbyła się Konferencja Naukowa nt.: „Respektowanie praw dziecka – szansa czy obowiązek?”. Udział w konferencji wzięła mgr Elżbieta Wachowicz.
- 28.09.2012r.** W Katowicach odbyło się szkolenie z zakresu „Żywnienie enteralne i parenteralne”. W imieniu Przewodniczącej ORPiP udział w szkoleniu wzięła mgr Renata Sówka.
- 28.09.2012r.** Ośrodek szkoleniowy działający przy OIPIP w Częstochowie rozpoczął trzy szkolenia specjalizacyjne z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego, zachowawczego i neonatologicznego. Specjalizacja neonatologiczna prowadzona jest ze środków MZ.
- 05.10.2012r.** W Warszawie odbyła się międzynarodowa manifestacja organizowana przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. W demonstracji wzięło udział kilka tysięcy pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych oraz innych praco-

wników, także spoza sektora ochrony zdrowia. Pikieta miała charakter europejski. Swoją udział bowiem wzięli przedstawiciele związków zawodowych z Francji, Belgii, Austrii, Portugalii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii.

- 06.10.2012r.** W Warszawie w Centrum Konferencyjno-Szkoleniowym Fundacja Nowe Horyzonty odbyła się Konferencja „Wszyscy jesteśmy pacjentami, ciąg dalszy ...”
- 08.10.2012r.** W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. Białskiej odbył się konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.
- 08.10.2012r.** W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. Białskiej odbyło się Zebranie Koła Terenowego PTP. W zebraniu udział wzięła Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie.
- 10.10.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Zespołu ds. pielęgniarstwa ratunkowego.
- 11.10.2012r.** W Katowicach odbyła się Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa nt.: „Chirurgia małoinwazyjna- nowe wyzwania w pracy pielęgniarek i położnych operacyjnych”. Udział w szkoleniu wzięła mgr Beata Kapkowska.
- 13.01.2012r.** Przewodnicząca OR uczestniczyła w XXI Inauguracji Roku Akademickiego 2012/2013 w Akademii Polonijnej w Częstochowie.
- 23.10.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji rozpatrzyli 7 wniosków.
- 23.10.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych, pozytywnie rozpatrzono jeden złożony wniosek.
- 23.10.2012r.** Przewodnicząca OR wzięła udział w konferencji „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego”.
- 24.10.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 26.10.2012r.** W Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu odbył się konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia. ■



19.09.2012 Warszawa

MINISTER ZDROWIA

Pani
Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu RP

Szanowna Pani Marszałek

W związku z interpelacją Pani Poseł Jadwigi Wiśniewskiej otrzymaną przy piśmie z dnia 28 sierpnia 2012 r. (SPS-023-8021/12), dotyczącą zachowania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej dla pielęgniarek jako odrębnej dziedziny w projektowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, uprzejmie informuję co następuje:

Projekt ww. rozporządzenia, został skierowany do uzgodnień zewnętrznych w dniu 31 lipca br., natomiast termin składania uwag upłynął w dniu 27 sierpnia br.

Projektowane rozporządzenie zakłada włączenie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej jako modułu do szkolenia w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego oraz do szkolenia w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek.

Intencją projektowanych zmian było zmniejszenie liczby dziedzin pielęgniarstwa, łącząc zbliżone tematycznie dziedziny pielęgniarstwa, co przygotuje pielęgniarkę/położną do wykonywania świadczeń zdrowotnych dla szerszej grupy pacjentów, dając większą możliwość zmiany obszaru zatrudnienia z zachowaniem przydatności zdobytego tytułu specjalisty w danej dziedzinie.

W najbliższym czasie będą rozpatrywane uwagi zgłoszone przez środowisko zawodowe, w tym postulaty i opinie dotyczące zachowania jako odrębnej dziedziny szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie opieki paliatywnej dla pielęgniarek.

Po przeprowadzeniu analizy zgłoszonych uwag oraz po przeprowadzeniu ewentualnej Konferencji uzgodnieniowej z podmiotami zewnętrznymi zostanie podjęta decyzja w sprawie ostatecznego brzmienia treści przedmiotowego projektu. ■

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

Przełomowe stanowisko ministra zdrowia dla zawodu pielęgniarki: "Jedna pielęgniarka lub położna realizująca zadania na danej zmianie dziennej lub nocnej w oddziale/zakładzie nie może zapewnić wszystkim pacjentom opieki pielęgniarstwiej, a tym samym podmiot leczniczy nie może zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom".

Szanowna Pani Marszałek! W związku z interpelacją pana posła Kazimierza Moskala, otrzymaną przy piśmie z dnia 30 kwietnia 2012 r., znak: SPS-023-4235/12, w sprawie praktyki ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w oddziałach szpitalnych i innych stacjonarnych

podmiotach leczniczych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Zgadzam się ze stwierdzeniem zawartym w interpelacji pana posła Kazimierza Moskala, że jakość świadczeń pielęgniarstwiej jest jednym z podstawowych kryteriów oceny działalności podmiotu leczniczego. Warunkiem niezbędnym i koniecznym do osiągnięcia rezultatów w działaniach zmierzających do zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych jest odpowiednia struktura i liczba kadr medycznych, szczególnie w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Jedna pielęgniarka lub położna realizująca zadania na danej zmianie dziennej lub nocnej w oddziale/zakładzie nie może zapewnić wszystkim pacjentom opieki pielęgniarstwiej, a tym samym podmiot leczniczy nie może zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom, do którego zobowiązał się, zawierając umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

W odniesieniu do pierwszego pytania, czy znany jest problem ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na danej zmianie w szpitalach i w innych stacjonarnych podmiotach leczniczych, informuję, że dotychczas nie było obowiązku informowania ministra zdrowia o fakcie ustalenia norm, natomiast zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn.zm.) minister właściwy do spraw zdrowia, w odniesieniu do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, dokonuje corocznej oceny realizacji obowiązku ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Minister zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli w tym zakresie wojewodom, konsultantom krajowym, jednostkom podległym lub nadzorowanym, a także organom samorządów zawodów medycznych, medycznemu towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym lub specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny (art. 119 ww. ustawy o działalności leczniczej).

Odnosząc się do kwestii związanych z ustalaniem i przestrzeganiem norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, przedstawionych w pytaniu 2 i 3 interpelacji pana posła Kazimierza Moskala, uprzejmie informuję, że w obowiązującym rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314) określono zasady ustalania norm przy uwzględnieniu liczby i rodzaju udzielanych świadczeń, średniego czasu ich wykonywania i efektywnego czasu pracy pielęgniarki, położnej w danej komórce organizacyjnej, liczby łóżek, wyposażenia w sprzęt i aparaturę, a także stanu zatrudnienia i organizacji pracy w zakładzie. Regulacje prawne dotyczące przepisów przywołanego rozporządzenia nie zobowiązywały ministra zdrowia do kontroli realizacji sposobu ustalania norm.

Natomiast przepisy zawarte w § 4a rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zobowiązują świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia. Liczba i kwalifikacje pracowników niezbędnych dla zapewnienia opieki są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem:

- 1) profilu i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych;
- 2) liczby i bieżącego wykorzystania łóżek;
- 3) wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych jest zobowiązany do spełnienia wymagań zawartych w rozporządzeniu lub zapewnienia opieki pielęgniarskiej lub położnych, z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

Ponadto niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81, poz. 484), każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia prezesa NFZ). Zapisy szczegółowych materiałów informacyjnych stanowią integralną część zawieranej z NFZ umowy. W materiałach tych zawarte są także warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym także pielęgniarek i położnych.

Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia. ■

Aleksander Sopiński

- podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
Opublikowano w sejmie w dniu 14 czerwca 2012 roku

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 20 sierpnia 2012 r.

w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych

Na podstawie art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 74, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa szczegółowe wymagania w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych w szkołach pielęgniarskich i szkołach położnych, o których mowa w art. 52 ust. 1 i art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanych dalej „uczelnią”, dotyczące:

- 1) sposobu realizacji programu kształcenia;
- 2) kadry prowadzącej kształcenie;
- 3) bazy dydaktycznej, w tym służącej kształceniu klinicznemu;
- 4) posiadania wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia.

§ 2.

Uczelnia spełnia następujące wymagania dotyczące sposobu realizacji programu kształcenia:

- 1) proces kształcenia jest ukierunkowany na uzyskanie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych niezbędnych do wykonywania zawodu odpowiednio pielęgniarki lub położnej;

- 2) proces kształcenia sprzyja rozwijaniu umiejętności samokształcenia;
- 3) program kształcenia umożliwi pogłębienie wiedzy przydatnej do wykonywania zawodu odpowiednio pielęgniarki lub położnej, w szczególności przez organizację zajęć fakultatywnych i wykładów monograficznych.

§ 3.

Uczelnia spełnia następujące wymagania dotyczące kadry prowadzącej kształcenie:

- 1) uczelnia dysponuje kadrą zapewniającą poziom kształcenia określony w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3 pkt 1, 2 i 5 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572 i poz. 742);
- 2) nauczanie przedmiotów z pielęgniarstwa i położnictwa oraz praktyki zawodowe prowadzą nauczyciele akademicki, posiadający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz minimum roczną praktykę zawodową, zgodną z nauczaniem przedmiotem;
- 3) nauczyciele prowadzący zajęcia teoretyczne współpracują z nauczycielami prowadzącymi zajęcia praktyczne w zakresie kształtowania praktycznych umiejętności studentów;
- 4) uczelnia stwarza nauczycielom akademickim możliwość stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez kształcenie kierunkowe odpowiednio w zakresie pielęgniarstwa, położnictwa lub nauk medycznych;
- 5) uczelnia stwarza nauczycielom akademickim warunki do łączenia pracy dydaktycznej z prowadzeniem badań naukowych.

§ 4.

Uczelnia spełnia następujące wymagania dotyczące bazy dydaktycznej:

- 1) uczelnia zapewnia strukturę organizacyjną umożliwiającą sprawną realizację procesu dydaktycznego;
- 2) uczelnia posiada bazę materialną i dydaktyczną o strukturze dostosowanej do liczby studentów, w tym:
 - a) sale wykładowe,
 - b) sale ćwiczeń,
 - c) pracownie specjalistyczne, w tym anatomii, fizjologii i biochemii,
 - d) pracownie umiejętności pielęgniarskich,
 - e) pracownie umiejętności położniczych,
 - f) pracownie informatyczne,
 - g) pracownie nauki języków obcych,
 - h) bibliotekę i czytelnię wyposażone w aktualne piśmiennictwo w zakresie nauczanych dyscyplin, z dostępem do Internetu;
- 3) uczelnia zapewnia odpowiednio do liczby studentów:
 - a) zaplecze do realizacji ćwiczeń praktycznej nauki zawodu i zajęć praktycznych,
 - b) dostęp do obiektów sportowych, a zwłaszcza do sali gimnastycznej,
 - c) bazę socjalną;
 - 4) przy doborze podmiotów wykonujących działalność leczniczą uczelnia kieruje się możliwością osiągnięcia zamierzonych celów dydaktycznych oraz zapewnienia wysokiej jakości zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, uwzględniając w szczególności:
 - a) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - b) liczbę i kwalifikacje kadry pielęgniarskiej i położniczej,
 - c) urządzenie i wyposażenie podmiotu,
 - d) wyposażenie stanowisk pracy w sprzęt i materiały medyczne, niezbędne do kształtowania umiejętności praktycznych oraz ochrony przed zakażeniem, urazem i wypadkiem,
 - e) prowadzenie działalności naukowo-badawczej,



- f) wdrażane przez podmiot programy zapewnienia jakości,
- g) organizację warunków nauczania;
- 5) zajęcia praktyczne poza uczelnią odbywają się na podstawie umowy zawartej pomiędzy uczelnią a podmiotem wykonującym działalność leczniczą, realizującym zajęcia praktyczne.

§ 5.

Uczelnia spełnia następujące wymagania dotyczące wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia:

- 1) w uczelni powołuje się komisję do wewnętrznej oceny jakości kształcenia;
- 2) ocena jakości kształcenia jest dokonywana na podstawie kryteriów określonych przez komisję, o której mowa w pkt 1;
- 3) przeprowadzona ocena jakości kształcenia podlega analizie, a jej wyniki są upowszechniane i uwzględniane w doskonaleniu procesu kształcenia.

§ 6.

Działające na podstawie dotychczasowych przepisów komisje do wewnętrznej oceny jakości kształcenia stają się komisjami do wewnętrznej oceny jakości kształcenia w rozumieniu niniejszego rozporządzenia.

§ 7.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. ■

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:
MINISTER NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO



Przedruk: Gazeta Prawna, 10.09.2012, nr 175

Kilkudniowe dyżury pielęgniarek i lekarzy w szpitalach to norma

Dyrektorzy placówek zdrowotnych świadomie naginają przepisy o dopuszczalnym czasie pracy, aby zapewnić swoim pacjentom lepszą dostępność do świadczeń medycznych. Jutro Rada Ochrony Pracy zajmie się przestrzeganiem prawa pracy w służbie zdrowia. Od dwóch lat Państwowa Inspekcja Pracy (PIP) prowadzi w szpitalach i innych placówkach ochrony zdrowia specjalne kontrole. Z raportu inspekcji wynika, że stan przestrzegania przepisów w podmiotach leczniczych nadal nie jest zadowalający.

– Kontrole potwierdziły zjawisko zaobserwowane już w roku ubiegłym. W podmiotach leczniczych oferujących świadczenia zdrowotne pracodawcy, nadal chcąc sprostać potrzebie zapewnienia całodobowej opieki, stosują rozwiązania, które w praktyce są próbą omijania przepisów o czasie pracy – mówi Teresa Cabała, koordynująca kontrole w PIP w służbie zdrowia.

Dla przykładu te same osoby świadczą prace tego samego rodzaju i w tym samym miejscu pracy bez zachowania wymaganego odpoczynku, ale na podstawie kilku stosunków prawnych. Lekarze i pielęgniarki zatrudnieni na umowę o pracę dodatkowo wykonywali zadania dla macierzystego szpitala, ale już opierając się na umowie z indywidualną lub specjalistyczną praktyką lekarską (pielęgniarską) lub też na podstawie kontraktu zawartego z firmą zewnętrzną (niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej).

– W praktyce powoduje to, że pracownicy medyczni, czyli lekarze, pielęgniarki, czy technicy RTG, kontynuują pracę bez wymaganego odpoczynku. Zważywszy na jej charakter, jest to niedopuszczalne – dodaje Teresa Cabała.

Podkreśla, że dyrekcje szpitali są świadome i godzą się na to, by pacjentami zajmowały się osoby, które nie miały odpoczynku od kilkudziesięciu godzin.

Niektóre placówki nie próbują nawet maskować długotrwałych dyżurów w pracy podpisywaniem umów cywilnoprawnych czy kontraktów ze swoimi pracownikami. W jednym z kontrolowanych szpitali lekarz tylko w ramach etatu pracował 103 godziny bez odpoczynku.

Nagminne są wielodobowe dyżury lekarzy czy pielęgniarek świadczących pracę wyłącznie na podstawie kontraktów. Jedną dobę osoba taka spędza na oddziale ratunkowym, w czasie kolejnej jeździ w pogotowiu, a kolejne 24 godziny spędza na oddziale. W takim przypadku inspekcja jest bezradna, bo lekarz czy pielęgniarka jako firma może pracować, ile zechce.

Niepokojące informacje wynikające z kontroli dotyczą także rezygnacji z umów o pracę i podpisywania wspomnianych kontraktów. Część szpitali próbuje skłonić, a czasami wręcz wymusić takie zmiany. Na założenie własnej firmy decyduje się najczęściej młody personel szpitali.

Nieprawidłowości ujawnione w placówkach służby zdrowia dotyczyły także rozliczania pracy w nadgodzinach. W 19 z 233 skontrolowanych podmiotów przekroczono dopuszczalny limit godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym (tj. 150 godzin lub innej liczby godzin ustalonej zgodnie z art. 151 par. 1 kodeksu pracy). Inspektorzy stwierdzili, że 82 pracowników przekroczyło dopuszczalny limit godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym aż o 24 026 godzin.

W jednym z kontrolowanych podmiotów ujawnili też, że pielęgniarki, dla których limit godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym ustalono na 150 godzin, przekroczyły go o 483, 592, a nawet 866 godzin. ■

Tomasz Zalewski

PIP kontroluje służbę zdrowia

Przyczyny łamania przepisów w szpitalach

- brak właściwego nadzoru nad osobami, których obowiązkiem jest m.in. planowanie i rozliczanie czasu pracy podległego personelu
- brak woli stosowania przez pracodawców przepisów prawa
- nasilające się braki kadrowe pracowników medycznych w grupach zawodowych lekarzy i pielęgniarek
- względy ekonomiczne, tj. dążenie do obniżania kosztów działalności zakładu, w tym oszczędzanie na kosztach pracy poprzez zmniejszanie zatrudnienia
- niezajomość obowiązujących przepisów (dotyczy pracowników zajmujących się sprawami kadrowo-placowymi)

1458 KONTROLI
w placówkach służby zdrowia przeprowadziła inspekcja w 2011 r.

1027 WYKROCZEŃ
w placówkach służby zdrowia ujawniła inspekcja w 2011 r.

1061 PLACÓWEK
skontrolowali inspektorzy

185,9 TYS. ZŁ
wyniosła łączna kwota mandatów

Świadczenia pielęgnacyjne trudniej dostępne

Praca

Od przyszłego roku zaostrzone zostaną warunki otrzymania pomocy z tytułu opieki nad niesamodzielnym członkiem rodziny. Ma to zapobiegać uzyskiwaniu pieniędzy przez fikcyjnych opiekunów.

Zmianę przepisów, która to umożliwi, zawiera przyjmowany dziś przez rząd projekt nowelizacji ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U. z 2006 r. nr 139, poz. 992 z późn. zm.), wprowadzający istotne modyfikacje w zakresie uprawnienia do świadczenia pielęgnacyjnego. Obecnie przysługuje ono matce, ojcu, opiekunowi faktycznemu oraz innej osobie, na której ciąży obowiązek alimentacyjny, pod warunkiem że rezygnują z pracy, aby zajmować się niepełnosprawnym członkiem rodziny.

Rząd postanowił jednak wprowadzić zmiany w zasadach jego otrzymywania, bo w ciągu ostatnich dwóch lat liczba otrzymujących świadczenia, a co za tym idzie wydatki budżetu na ich wypłatę zaczęły gwałtownie rosnąć. Co więcej, część tych osób nie powinna otrzymywać wsparcia, bo ich opieka jest fikcyjna, a ze względu na nieostre przepisy gminy nie mogą im odmówić przyznania pieniędzy.

– Niektórzy członkowie rodziny traktują wręcz świadczenie pielęgnacyjne jako zastępcze źródło dochodu, w sytuacji gdy nie mają pracy. Następuje więc szukanie członka rodziny, np. niepełnosprawnej babci, nad którą deklarowana opieka umożliwia uzyskanie pieniędzy – tłumaczy Elwira Kochanowska-Pięciak, wicedyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rzeszowie.

Nowelizacja zakłada więc, że prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, wynoszącego 620 zł miesięcznie i niezależnego od wysokości dochodów, będą mieli rodzice, opiekunowie faktyczni oraz rodzice zastępczy spokrewnieni z dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności (lub jej stopniem), o ile powstała ona do ukończenia 18 lat oraz w trakcie nauki, przy czym nie później niż do ukończenia 25 lat.

– To dobre rozwiązanie, nawiązujące do tego obowiązującego wcześniej, gdy świadczenie przysługiwało wyłącznie rodzicom – uważa Elwira Kochanowska-Pięciak.

Natomiast pozostałe osoby, które są obciążone obowiązkiem alimentacyjnym względem niepełnosprawnego członka rodziny, np. wnuki zajmujące się dziadkami i dziećmi rodzicami, będą mogły ubiegać się o zupełnie nowe świadczenie – specjalny zasiłek opiekuńczy. Będzie on wynosił 520 zł miesięcznie, a prawo do niego będzie uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego wynoszącego 623 zł. Pod uwagę będzie brany łącznie dochód rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny niepełnosprawnego.

Dodatkowo nowela, która ma wejść w życie 1 stycznia 2013 r., przewiduje przepisy przejściowe dla wszystkich osób obecnie uprawnionych do świadczenia. Okres przejściowy będzie trwał do 30 czerwca 2013 roku. Po tym dniu decyzje przyznające pomoc wygasną z mocy prawa, a opiekunowie będą musieli ponownie starać się o pomoc, już według nowych przepisów. ■

MICHALINA TOPOLEWSKA
michalina.topolewska@infor.pl

Etap legislacyjny
Przyjęcie przez rząd

Podniesiony wiek emerytalny trafił do trybunału konstytucyjnego

Wczoraj do Trybunału Konstytucyjnego trafił wniosek NSZZ „Solidarność” w sprawie zbadania zgodności z konstytucją niektórych przepisów ustawy z 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 637). Nie ma żadnych powodów, aby kobiety i mężczyźni pracowali do 67. roku życia. Tak uważają związkowcy. Ich zdaniem wprowadzenie takiego przymusu łamie prawo.

Zdaniem związkowców podwyższenie wieku emerytalnego jest niezgodne z art. 26 ust. 2 Konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej minimalnych norm zabezpieczenia społecznego przyjętej w Genewie 28 czerwca 1952 r. (Dz.U. z 2005 roku nr 93, poz. 775). Zgodnie z tym dokumentem ratyfikowanym przez Polskę w 2004 roku wiek uprawniający do świadczeń na starość nie powinien przekraczać 65 lat. Co prawda jest możliwe jego podniesienie, ale w takim przypadku konieczne jest stworzenie możliwości zatrudnienia. A takiej sytuacji w Polsce nie ma. Do tego długość życia w zdrowiu Polaków w latach 2005 – 2010 spadła w przypadku mężczyzn z 8,4 lat do 6,7 lat, a kobiet z 10,2 lat do 7,5 lat.

„Solidarność” wskazuje również na brak konsekwencji ustawodawcy. Z jednej strony zrównuje wiek uprawniający do przejścia na emeryturę dopiero po ukończeniu 67. roku życia, a jednocześnie wprowadza jego różnicowanie ze względu na płeć w przypadku osób starających się o emerytury częściowe. Kobiety mogą ubiegać się o takie świadczenia, mając 62 lata, a mężczyźni – 65 lat.

– Nie ma logicznego uzasadnienia wprowadzenia różnych warunków nabycia prawa do emerytur częściowych – przekonuje Marcin Zieleniecki z Zespołu Prawnego Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”.

Profesor Marek Chmaj, konstytucjonalista, wyjaśnia, że orzecznictwo trybunału dotyczące emerytur jest bardzo obszerne. Wynika z niego, że zasada równości zakłada, że osoby znajdujące się w takiej samej sytuacji należy traktować tak samo. Natomiast osoby będące w odmiennej sytuacji powinny być traktowane inaczej.

– Jednak nie można zarzucić niezgodności z konstytucją różnicowania wieku uprawniającego do skorzystania z częściowej emerytury. W tym bowiem przypadku ustawodawca dał prawo wyboru wcześniejszego odejścia z pracy kobietom, których warunki pracy mogą się różnić od tych, w jakich pracują mężczyźni. Inna jest bowiem ich rola społeczna – komentuje prof. Marek Chmaj.

Wydłużenie wieku emerytalnego zamierza zaskarżyć również PiS. W sierpniu taki wniosek już złożył OPZZ. Jego członkowie zaskarżyli m.in. przepisy zmuszające do dłuższej pracy osoby urodzone przed 1 stycznia 1949 r. Zdaniem OPZZ takie rozwiązanie łamie konstytucję. Jest wyjątkowo niekorzystne dla osób, które już ukończyły 60. rok życia i oczekują na nabycie uprawnień emerytalnych. Ubezpieczeni bowiem przed wejściem w życie nowelizacji ustawy już w styczniu 2013 roku mogliby uzyskać świadczenie z ZUS. Zgodnie z nowymi przepisami będą musieli pracować dłużej od jednego miesiąca do czterech. ■

Bożena Wiktorowska

Polskie pielęgniarki z wizytą w Parlamencie Europejskim w Brukseli

W dniach 15-19 września 2012 roku odbyła się wycieczka w ramach, której uczestnicy (50 osobowa grupa pielęgniarek z różnych stron Polski: Częstochowy, Łodzi, Bydgoszczy, Katowic, Warszawy, Olsztyna, Skierniewic) odbyli wizytę seminaryjną w Parlamencie Europejskim w Brukseli. Pielęgniarki z Częstochowy reprezentowały: Renata Sówka i Irena Sikora –Mysiek, pielęgniarki z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie. Ich udział w wizycie seminaryjnej był formą nagrody.

Uczestnicy zwiedzili Brukselę i Parlament Europejski, spotkali się także z europosełką Małgorzatą Hanzlik.

Pani Poseł przybliżyła grupie swoje działania w zakresie uznania kwalifikacji polskim pielęgniarkom, głosowanie w Komisjach Europejskich w powyższej sprawie odbędzie się na początku grudnia tego roku.

Przekazałyśmy także oczekiwania środowiska 6 mln pielęgniarek w UE w związku z rewizją (zmianami) Dyrektywy 36/2005/WE „4600 godzin edukacji, 12 lat wykształcenia ogólnego, a następnie kształcenie zawodowe, 33% kształcenia teoretycznego, 50% kształcenia klinicznego, zmiany w załączniku nr V (zamiast przedmiotów - kompetencje)”.

Z inicjatywy EFN (Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek), w tym samym czasie odbywało się ważne spotkanie dotyczące ww. Dyrektywy, w którym uczestniczyła Pani Dorota Kiliańska.

Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek (European Federation of Nurses Association) jest Federacją autonomiczną i niezależną od innych międzynarodowych organizacji i będzie kontynuować bliską współpracę z Międzynarodową Radą Pielęgniarek.

Zadaniem Federacji jest zwiększanie znaczenia pielęgniarstwa w Unii Europejskiej. Federacja jest uznana przez Komisję Unii Europejskiej za oficjalne przedstawicielstwo pielęgniarek, ma swoją stałą siedzibę w Brukseli. Przedstawiciel Federacji jest stałym konsultantem w Radzie Europy. Jest kontynuatorką Stałego Komitetu Pielęgniarek Unii Europejskiej (Standing Committee of Nurses of the European Union PCN), który powstał w 1971 roku.

Zgodnie z nową konstytucją uchwaloną w 2002 roku cele

Europejskiej Federacji przedstawiają się następująco:

1. studiować i podejmować działania na rzecz zdrowia populacji państw Unii Europejskiej i całej Europy oraz pielęgniarstwa jako zawodu
2. dostarczać uaktualnianych informacji o pielęgniarstwie jako profesji członków Unii Europejskiej i całej Europy, oraz powiadamiać europejskie instytucje i krajowe stowarzyszenia o takiej informacji
3. prezentować opinie i rekomendować wszystkie sprawy poprzez swoje kompetencje w instytucjach Unii Europejskiej i całej Europy, podejmować i rozważać wszelkie działania uznawane za właściwe dla zapewnienia ich realizacji zgodnie z planem
4. kontaktować się i współpracować z innymi organizacjami reprezentującymi pracowników opieki zdrowotnej w Europie
5. zapewnić, że pielęgniarki i pielęgniarstwo są w centrum formułowania polityki społecznej i zdrowotnej, co będzie miało swoje odniesienie w Unii Europejskiej i Europie
6. wspierać i ułatwiać równy dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej i Europie
7. zwiększać swoją reprezentację w Unii Europejskiej i Europie, rozwijać swoją rolę bycia organizacją "pomostem" między stowarzyszeniami pielęgniarek a podejmującymi decyzje w Europie

Istotne jest aby pielęgniarki Europy mówiły jednym głosem. Nasi przedstawiciele w Parlamencie Europejskim dbają o to, aby nie dopuścić do obniżenia poziomu wykształcenia, niebezpiecznego dla jakości opieki. Konieczne jest, aby naszym klientom/pacjentom zapewnić, że opieka, świadczenia pielęgniarskie, którą realizuje pielęgniarka, będzie sprawowana przez personel posiadający odpowiednie kompetencje i przygotowanie zawodowe.

Wizyta w Brukseli spełniła nasze oczekiwania, pozwoliła nam na przeżycie wiele przyjemnych chwil oraz rozbudziła nadzieje w oczekiwany, intensywniejszy rozwój pielęgniarstwa również w Polsce. ■

Sprawozdanie z wizyty przygotowała:
Renata Sówka – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Częstochowie





REFLEKSJE NA TEMAT KODEKSU ETYKI ZAWODOWEJ

Refleksje na temat kodeksu etyki

- Pielęgniarstwo, u progu trzeciego tysiąclecia, jest zawodem interesującym i samodzielnym o określonej autonomii.
- Jest także uznaną dyscypliną naukową ze wszystkimi przysługującymi jej prawami.
- Ze względu na samodzielność zawodową istotne znaczenie ma znajomość aktów prawnych regulujących wykonywanie tejże praktyki.
- Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek w polskim systemie prawnym określona jest m.in. w Ustawie o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych, pośrednio wynika też z Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej.
- Niezależnie od istniejących regulacji prawnych ma również odzwierciedlenie na gruncie Kodeksu Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej.

Etyka zawodowa - jest zespołem norm i dyrektyw, wynikających z tradycji zawodu, z ducha kultury narodowej, z podstawowych wskazań etycznych przyjętych w danym społeczeństwie, a zastosowanych do wykonywania danego zawodu.

PRZYRZECZENIE

„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki /położnej i uroczym przyrzekam:

- Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.
- Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
- Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
- Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
- Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
- Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
- Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej składa się z:

- 1) części ogólnej – mówiącej o działalności zawodowej pielęgniarek, rozwoju osobistym oraz o samorządowych organizacjach zawodowych,
- 2) części szczegółowej – zawierającej powinności pielęgniarki wobec ludzi wymagających pomocy, w stosunku do praktyki zawodowej, do współpracowników oraz własnego zawodu.

Kodeks etyki zawodowej zawiera następujące zasady:

- * szacunek dla godności osoby ludzkiej
- * prawo pacjenta do intymności

- * ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta
- * odpowiedzialność za działania w zakresie pielęgniarstwa
- * podnoszenie kwalifikacji zawodowych
- * rozwój wiedzy zawodowej
- * współpraca z innymi w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych

Kodeks etyki – część ogólna

- Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.
- Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.
- Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.
- Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.
- Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.
- Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.
- Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniającej działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

Kodeks etyki zawodowej

Jego celem jest:

- * pobudzenie społeczności pielęgniarskiej do etycznego postępowania,
- * uwrażliwianie pielęgniarek na moralne aspekty ich pracy zawodowej,
- * udzielanie wskazówek, rad w rozwiązywaniu konfliktów zawodowych,
- * narzucanie określonych zasad, przez co wzmacnia się jej integrację i zabezpiecza etyczne standardy jej praktyki,
- * wskazywanie społeczeństwu czego można oczekiwać od pielęgniarek.

Funkcje kodeksu deontologicznego

1. Dyrektywna- dla członków danego zawodu poprzez określenie istoty i celu ich działalności oraz zasad ich postępowania i zobowiązań w odniesieniu do osób i grup, będących osobowym przedmiotem ich działań.
2. Kontrolno- oceniająca- umożliwia ocenianie zadań zawodowych z etycznego punktu widzenia.
3. Społeczno- wychowawcza- ukierunkowuje działalność wychowawczą pielęgniarek.
4. Ochrony autonomii zawodu- zbędna staje się ingerencja państwowego ustawodawstwa w zagadnienia medyczne.



Refleksje na temat kodeksu etyki

- Uczenie się o kodeksach etycznych, standardach etycznego postępowania w praktyce pielęgniarskiej, koncepcjach etycznych, kształtowaniu wartości, pomagają pielęgniarce:
 - * rozwijać osobiste zdolności bycia moralną,
 - * rozwiązywać dylematy etyczne.
- Ludzie nie wierzą w deklaracje polityków, uczciwość instytucji i rzetelność urzędników, nie mają wreszcie zaufania do samych siebie.
- Należy zadać sobie pytanie: Czy w zawrotnym tempie naszego życia, wśród wielu trudności i przeszkód, jakie ono nam niesie, pielęgniarki i położne powinny znaleźć czas na rozważania dotyczące Kodeksu Etyki Zawodowej?
- Uważam, że nie wystarczy wiedzieć, że nasz zawód ma swój kodeks etyki, za mało również, by od czasu do czasu przeczytać jego zapisy, trzeba go przyjąć jako osobisty drogowskaz i prezentować te zapisy swoją postawą.
- Niestety, kodeks nie mówi pielęgniarce, co powinna zrobić w konkretnej sytuacji.
- Korzystając z własnej wiedzy etycznej i umiejętności posłużenia się nią, musi sama podjąć odpowiednią decyzję.
- Od pielęgniarki oczekuje się nie tylko poważnego i pogodnego spojrzenia na życie, ale i zinternalizowanych wartości (rzeczywiście uznawanych), norm moralnych oraz poczucia odpowiedzialności za swoje postępowanie.
- Pielęgniarstwo to nie tylko zawód, ale także powołanie, wymagające od jej przedstawicieli przyjęcia i prezentowania specyficznej postawy zawodowej.
- Jan Paweł II (jeszcze jako Kardynał Karol Wojtyła) pisząc o powołaniu podkreślał „... że u podstaw każdego powołania leży miłość człowieka, a z miłości rodzą się takie wartości jak: odpowiedzialność, sprawiedliwość, cierpliwość, ofiarność i nie szukanie uznania”

Refleksje na temat kodeksu

- Przypisując pielęgniarstwu rangę powołania, podkreśla się jego wielką godność.
- Coraz większe są oczekiwania i wymagania społeczeństwa odnoszące się zarówno do kompetencji, jak i postępowania zgodnego z normami etycznymi.
- Postępując zgodnie z normami zawodowymi w konkretnych sytuacjach, w istotny sposób wpływamy na kształtowanie opinii publicznej o zawodzie.
- Etyczne postępowanie zależy od:
 - * zdolności ludzi do rozpoznawania zaistniałych w danej sytuacji problemów moralnych,
 - * od umiejętności podejmowania odpowiednich etycznych działań,
 - * od osobistego zaangażowania i chęci osiągnięcia satysfakcji moralnej.
- Podstawowym celem etyki zawodowej jest sprzyjanie dobremu wykonywaniu zawodu, wzbudzanie zaufania społecznego, wzmocnianie poczucia obowiązku. „Pielęgniarstwo jako nauka humanistyczna umożliwia łączenie i integrowanie nauki z pięknem, sztuką, etyką i estetyką w pielęgniarskich procesach opiekuńczej troskliwości, która występuje w relacjach człowiek-człowiek.” (Poznańska S, Płaszewska –Żywko L.-Wybrane modele pielęgowania)
- „W rozwoju pielęgniarstwa jako nauki staje się więc konieczne stosowanie metod umożliwiających poznanie wewnętrznych doświadczeń człowieka, a nie tylko świata podlegającego obserwacji zewnętrznej”. (Poznańska S, Płaszewska –Żywko L.-Wybrane modele pielęgowania)

- Nasz zawód szczególnie sprzyja własnemu rozwojowi, zarówno przez zdobywanie wiedzy o człowieku w kontakcie z innymi ludźmi, zwłaszcza cierpiącymi, poprzez obcowanie z ich słabością, strachem, często beznadziejnością, jak też przez ciągle dokonywanie wyboru, który nieodłącznie towarzyszy każdemu naszemu działaniu.
- Świadomy wybór wartości, sposobu działania i postawy wobec cierpiących zapewniają dobre wykonywanie naszego zawodu.
- Pielęgniarka powinna być przede wszystkim dobrym człowiekiem, który niezależnie od pełnionej roli społeczno-zawodowej i różnorodnych sytuacji w środowisku pracy będzie przejawiał i urzeczywistniał swoje człowieczeństwo.
- Jeśli chcemy spodziewać się szacunku społecznego, to musimy wiedzieć i pamiętać o tym, że jest on zależny od wartości, jakie reprezentujemy, od zasad moralnych, jakie uznajemy w codziennej pracy.
- Pielęgniarstwo stanowi zawód szczególny, być przy osobie, która walczy z chorobą, cierpieniem i niejednokrotnie traci nadzieję na zwycięstwo, jest chyba jedną z najtrudniejszych umiejętności. Myślę, że każda z nas po ukończeniu nauki staje przed wyborem własnej drogi zawodowej.
- Chcemy być dobrymi pielęgniarkami, ale tylko być – to mało. Trzeba jeszcze decyzji: jak być, a więc jak nadać sens własnemu byciu. „Być (...) świadomością osoby nieświadomej, miłością życia dla samobójcy, nogą osoby jej pozbawionej, oczyma ślepego, środkiem poruszania dla dziecka, wiedzą i ufnością dla matki i ustami dla tych, którzy są za słabi, aby mówić...” (Virginia Henderson).
- Wstępując do zawodu, podejmujemy zobowiązania, by rzetelnie wykorzystać wiedzę, wzbogacać ją nieustannie oraz przestrzegać wartości i określonych zobowiązań moralnych.
- Nadrzędną wartością dla pielęgniarki powinien być przede wszystkim szacunek dla godności osoby ludzkiej. Potwierdzają to słowa Jana Pawła II, które warto traktować jako przesłanie dla naszego zawodu:

„Każdy ... był ludzki posiada godność, która niezależnie od tego, że osoba istnieje zawsze w konkretnym kontekście społecznym i historycznym – nigdy nie może być umiejscawiana, okaleczana lub zniszczona, lecz przeciwnie powinna być uszanowana i chroniona (...) Wszelako zawsze i wszędzie człowiek jest zawsze człowiekiem w pełni swojego ludzkiego wymiaru”.

- Troska o zachowanie godności jest troską o własny poziom życia duchowego, moralnego i społecznego.
- Godząc w godność innej osoby, godzi się w godność samego siebie.
- Podstawowe cele i wartości zawodu pielęgniarki określa Kodeks Etyki Zawodowej, którego postanowienia i interpretacje stanowią wytyczne dla zachowań związanych z jego wykonywaniem.
- Podejmowanie decyzji etycznych wobec chorego i członków zespołu terapeutycznego zobowiązuje do znajomości zasad moralnych zawartych w etyce ogólnej i kodeksie etyki pielęgniarskiej.
- A zatem - stawanie się pielęgniarką nie jest tylko sprawą nabycia określonych umiejętności i przyswajania form zachowania właściwych dla określonych sytuacji zawodowych.
- Jest także sprawą poznania przez nią wartości moralnych zawodu w taki sposób, który wywrze głęboki wpływ na jej intelekt, osobowość i styl życia.



- Do szczególnie ważnych zasad etycznych w praktyce pielęgniarstwa zaliczyć należy: dobroć, niezależność, sprawiedliwość, prawdomówność, etykę troski.
- Są to zasady rządzące codzienną praktyką pracy z pacjentem.
- Nasza działalność zawodowa obejmuje cztery ważne aspekty, takie jak: promocja zdrowia, zapobieganie chorobie, przywracanie zdrowia, łagodzenie cierpienia.
- Realizujemy te powinności, pomimo wielu trudności i przeszkód, jakie niesie codzienne życie, przemęczenie, zbyt wielka liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, złe warunki pracy, nadmierne obciążenie fizyczne i psychiczne.
- Musimy pamiętać, że żyjemy w czasach, w których pomiędzy chorego człowieka a nas wkraczają supertechnologie.
- Najdoskonalsza aparatura nie zastąpi uśmiechu, uścisku dłoni, życzliwej rozmowy. „To, co wychodzi z naszych ust, jest pewnego rodzaju magią słowa” (ks. prof. Tischner).
- Przecież to pielęgniarki jako pierwsze nawiązują kontakt z pacjentem od chwili jego przyścia na oddział do czasu jego wypisania. „po prostu bycie z drugim człowiekiem, nie tylko stanie obok, ale autentyczne odbieranie na tych samych falach, by go zrozumieć”.
- Bardzo ważne jest, by między chorym, a pielęgniarką nawiązała się nić wzajemnego zaufania i szacunku.
- Każda z nas ma własną hierarchię wartości ukształtowaną przez wiele czynników, np. religię, kulturę czy doświadczenie życiowe. Chorzy również mają własne systemy wartości, które bardzo często różnią się od naszych.
- Dokonując jakiegokolwiek wyboru związanego z zawodem, zawsze staramy się rozważyć nie tylko swój punkt widzenia, ale także sytuację chorego, pielęgniarki jego rodziny i innych członków zespołu terapeutycznego.
- Pracując, nieraz na swojej drodze napotykamy dylematy etyczne, czasem jest to pozornie błahy problem, a innym razem dokonanie właściwego wyboru wydaje się trudne, prawie niemożliwe.

Często rodzą się pytania po skończonym dyżurze:

- Czy postąpiłam słusznie?
- Może powinnam zachować się inaczej?
- Może kogoś skrzywdziłam?

„Etyka jest jedna, sytuacji w życiu zawodowym i prywatnym bardzo wiele i w tej mnogości postaw, oczekiwań czy praw różnych osób i grup społecznych nie może się zatracić. Zasadniczą ideą zawodu medycznego, zawodu pielęgniarstwa i położnej jest dobro człowieka, które stanowi wartość najważniejszą”. (dr G. Rogala-Pawelczyk)

W odpowiedzi na te słowa pojawiają się kolejne pytania:

- W jaki sposób przygotować pielęgniarki do wykonywania tak trudnych zadań, aby uzyskały one sprawności duchowe pozwalające im na znoszenie bólu jako ciężaru nie przekraczającego ludzkich możliwości?
- Czy współczesne pielęgniarstwo, osłabione nieskutecznymi reformami, poniżone ekonomicznie, jest w stanie poderwać się do lotu, w którym oprócz profesjonalizmu potrzebne będzie jeszcze serce?
- Skoro wymagania etyczne wobec pielęgniarek są tak ogromne, czy etyczne jest zatem skazywanie ich na warunki pracy i płacy, które charakteryzuje niedocenianie i pogłębiająca się pauperyzacja (tj. obniżanie stopy życiowej naszej grupy, zubożanie)
- Należy ufać, że mimo obecnych trudności pielęgniarki

wybiorą tę drogę, gdyż cała ewolucja ludzkiej świadomości zmierza nie tylko do rozszerzenia granic umysłu, ale również i serca.

- Pielęgniarki na całym świecie są zachęcane do myślenia i podejmowania działań na rzecz etycznej praktyki pielęgniarstwa.
- Myślenie o przyszłości etycznej świata wymaga:
 - * wizji pielęgniarstwa
 - * moralnej wyobraźni
 - * krytycznego myślenia
 - * intuicji
- Podjęcie działań na rzecz etycznej praktyki pozwoli pielęgniarkom żywić nadzieję na osiągnięcie w przyszłości doskonałych wyników w pielęgniarstwie, wypracowaniu wysokiej jakości w pielęgniarstwie opiece nad pacjentem oraz poprawę warunków pracy i płacy.

Na koniec tych rozważań nasuwają się jeszcze pytania:

- Dokąd zmierza pielęgniarstwo?
- Co pielęgniarki powinny robić?

Odpowiedź jest jedna: pracować, czynić to co należy do jej zakresu zadań i powinności, aby powierzone obowiązki wykonać jak najlepiej, dążąc do doskonałości.

Wykonywać wszystko co trzeba robić w ramach chronienia istotnych moralnych korzyści dla ludzi tj. ich prawdziwego dobrostanu, dobrego samopoczucia w zakresie zapobiegania ich cierpieniom z powodu niepotrzebnych krzywd.

Robić wszystko co konieczne do osiągnięcia satysfakcjonujących rozwiązań moralnych, które zniwelują różnice:

- * w opiece nad chorym
- * ich rodzin
- * współpracowników,
- * zarządzających
- * pracowników administracyjnych w systemie ochrony zdrowia.

- Pielęgniarki nie mogą być biernymi moralnie świadkami cierpienia innych osób (np. pacjentów, ich rodzin, współpracowników, samych siebie).
- Pielęgniarki są zobowiązane zajmować stanowisko i podejmować moralne działania wówczas, kiedy inni są do tego niezdolni.

„Dla pielęgniarki postąpić inaczej oznacza nie tyle zdradę wobec zawodu oraz ludzi, którym służy, ale także zdradę wobec samych siebie.”

(Sara T. Fry, M.J. Johnstone- Etyka w praktyce pielęgniarstwa)

Drogie koleżanki życzę Wam abyście umiały bronić swoich prawd, przywilejów, wszystkiego co jest prawdą i mówić życiu „TAK”. Przyjmować wszystkie idee, które leczą, błogosławią, inspirują, wznoszą wyżej. Mówić „NIE” wszystkiemu co fałszywe, co ciągnie Was w dół, co jest kłamstwem i nie akceptować tego pod żadnym pozorem. ■

Renata Sówka

Żywnienie zaburzenia odżywiania

Roczne studia pomostowe dla pielęgniarek pozwalają na uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa. Roczny system kształcenia pozwala pielęgniarce na zdobycie i poszerzenie wiedzy z zakresu pielęgnowania oraz postępowania z pacjentami w różnych jednostkach chorobowych. Na szczególną uwagę zasługują pacjenci z różnego rodzaju problemami dotyczącymi zaburzeń w odżywianiu.

Zaburzenia w odżywianiu są częstym zjawiskiem w naszym społeczeństwie. Jest to nie tylko objaw towarzyszący wielu chorobom, ale także zaburzenie, które może występować jako osobna jednostka chorobowa. Zaburzenia w odżywianiu stanowią element sprawczy wielu dolegliwości i chorób, dążenie do idealnej wagi i figury jest ogólnie znaną tendencją na całym świecie. Posiadanie idealnych „wymiarów” stało się swego rodzaju epidemią. Pomimo coraz większej świadomości społecznej dotyczącej tego zagadnienia wskaźnik ludzi dotkniętych różnego rodzaju zaburzeniami w odżywianiu w tym anoreksją i bulimią zatrważająco rośnie.

Współczesne zaburzenia w odżywianiu klasyfikuje się do grona chorób cywilizacyjnych, coraz częściej spotkać można się ze stanowiskiem prezentowanym przez młodych ludzi i osoby dorosłe, iż szczupła sylwetka gwarantuje szczęście i powodzenie w życiu. Dążenie do idealnego według nich wyglądu odbywa się kosztem zdrowia fizycznego i psychicznego. Zaburzenia w odżywianiu są zagadnieniem, które we współczesnym świecie skupia uwagę badaczy z wielu dziedzin nauki takich jak: medycyna, psychologia, socjologia czy pedagogika. Pojęcie zaburzenia w odżywianiu stanowi tak bardzo szeroką dziedzinę, iż już samo w sobie wymaga ono jasnego sprecyzowania i zdefiniowania, ustalenia źródeł i przyczyn występowania tego zjawiska na tak szeroką skalę, oraz uświadomienie sobie zagrożeń, jakie ono ze sobą niesie. W badaniu tego zjawiska pomocna jest analiza wpływu czynników, które mogą odgrywać swoją rolę w powstawaniu zaburzeń na tle odżywiania. Do czynników tych można zliczyć: presję społeczną, poczucie kontroli tutaj rozumiane jako poczucie władzy nad własnym ciałem, uwarunkowania rodzinne, depresja gdzie jedzenie staje się sposobem radzenia sobie z przygnębieniem, niskie poczucie własnej wartości, uwarunkowania genetyczne. Procesy takie jak: wzrost uprzemysłowienia, postęp techniczny, rozluźnienie kontaktów między członkami rodzin w tym ograniczenie wpływów wychowawczych rodziców na dzieci oraz wzrost wymagań społecznych w różnych dziedzinach życia mogą wywoływać u jednostek nie będących w stanie z różnych powodów sprostać tym wymaganiom różnorodne zaburzenia w zachowaniu dotyczącym prawidłowego odżywiania. Nadmierne objadanie się, nieracjonalne odżywianie się bądź głodzenie może stanowić swoisty przejaw zaburzeń w zachowaniu na tle odżywiania. Problematyka zaburzeń odżywiania jest także niezwykle ważna społecznie ze względu na przyszłość osób, które są dotknięte różnego rodzaju chorobami związanymi z zaburzoną odżywianiem. W wielu przypadkach ludzie z problemami żywieniowymi nie zauważają bezpośredniego związku między swoimi zachowaniami a zdrowiem psychicznym i fizycznym. Skutki zachowań ryzykownych dla zdrowia tutaj rozumiane jako zaburzenia w odżywianiu mogą ujawniać się dopiero po wielu latach. Konieczna jest świadomość tego, iż zaburzenia w odżywianiu stanowią całą gamę chorób, do których możemy zaliczyć: anoreksję i bulimię zwane jako zaburzenia specyficzne w odżywianiu, oraz niespecyficzne zaburzenia w odżywianiu, do których należą: otyłość, zespół

jedzenia nocnego, zespół objadania się, anarchia żywieniowa. W wielu krajach to właśnie te choroby są najczęstszym, związanym z odżywianiem problemem zdrowotnym. Pomimo iż powszechnie wiadomo, jakie te choroby stanowią poważne zagrożenie dla życia i zdrowia i jak są one trudne do leczenia, osób cierpiących na te przypadłości wciąż przybywa. Żywnienie jest jednym z podstawowych czynników odgrywających rolę w kształtowaniu zdrowia społeczeństwa, wiele współczesnych chorób uznawanych za choroby społeczne ma swoje źródło w błędach żywieniowych. Wzrost standardów życia, miejscowe kulturowe nawyki żywieniowe, zwiększające się tempo życia i związany z tym brak czasu, przemiany społeczne oraz niedostateczna popularyzacja zasad prawidłowego żywienia przyczyniają się do powstawania zaburzeń na tle odżywiania.

W poniższej pracy przedstawiono aktualny stan wiedzy na temat etiologii, obrazu klinicznego oraz roli pielęgniarki w procesie leczenia zaburzeń na tle odżywiania. Zaburzenia odżywiania pomimo postępu medycyny wciąż uznaje się w krajach uprzemysłowionych za jedno z najgroźniejszych przewlekłych schorzeń u dziewcząt i młodych kobiet. Pomimo postępu wiedzy medycznej etiologia zaburzeń w odżywianiu pozostaje ciągle niejasna. Zaburzenia odżywiania się stanowią szczególną kategorię chorób, których rozwój wiąże się między innymi z mechanizmami psychologicznymi, natomiast obraz kliniczny uwzględniać powinien objawy ze wszystkich układów organizmu ludzkiego. Ze względu na szeroką skalę objawów w zaburzeniach odżywiania konieczne jest podejście holistyczne do pacjenta, które powinno być połączone z opieką specjalistyczną ze strony: internisty, endokrynologa, dietetyka, psychologa, psychiatry, terapeutów i pielęgniarek. Zaburzenia odżywiania należą do tych charakterystycznych schorzeń, które dotyczą ludzi we wszystkich grupach wiekowych, etnicznych i społecznych. Zaburzenia w odżywianiu dużo częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn. 90% ludzi ze stwierdzonymi zaburzeniami w odżywianiu stanowią kobiety. Wszystkie zaburzenia w odżywianiu bez odpowiedniej terapii i leczenia mogą prowadzić do poważnej choroby psychosomatycznej a nawet śmierci, ludzie, którzy w różny sposób przejawiają takie zaburzenia narażeni są na powstawanie depresji, odczuwają lęk oraz mogą szukać zapomnienia od dręczących ich problemów w alkoholu czy narkotykach. Ważną rolę w leczeniu zaburzeń w odżywianiu odgrywają lekarze psychiatry oraz pielęgniarki, które pełnią rolę wspomagającą i edukacyjną w procesie leczenia i długiego procesu zdrowienia osób dotkniętych zaburzeniami w odżywianiu.

Prezentowana praca porusza problemy związane z występowaniem schorzeń dotyczących zaburzeń w odżywianiu, przyczyn, istoty i skutków tego zjawiska oraz wpływem i rolą pielęgniarki w procesie leczenia i zdrowienia osób cierpiących na różne schorzenia klasyfikowane do grona chorób psychicznych pojawiających się na tle zaburzeń odżywiania.

Cel prezentowanej poniżej pracy to wykazanie na podstawie dostępnego materiału źródłowego:

1. skali zjawiska, jakim są zaburzenia w odżywianiu,
2. niebezpieczeństw zdrowotnych, jakie te zaburzenia stanowią dla osób dotkniętych różnymi chorobami pojawiającymi się na tle zaburzeń w odżywianiu,
3. roli pielęgniarki w procesie leczenia i zdrowienia pacjentów z anoreksją i bulimią,

Założeniem pracy jest to, iż prawidłowa i zgodna ze standardami opieka pielęgniarska ma znaczące miejsce w leczeniu schorzeń klasyfikowanych do chorób pojawiających się na tle zaburzeń w odżywianiu w tym anoreksji i bulimii. Wszystkie choroby zaliczane do grupy schorzeń pojawiających się na tle zaburzeń w odżywianiu wymagają leczenia, gdyż zaniechanie



tego procesu może prowadzić do śmierci osoby chorej. Zaburzenia odżywiania zwłaszcza takie choroby jak: anoreksja i bulimia posiadają złożoną patogenezę a ich leczenie jest niezwykle trudne i nie zawsze przynosi pożądane rezultaty. W leczeniu anoreksji i bulimii konieczne jest tworzenie intensywnego i wieloaspektowego programu terapeutycznego. W procesie zdrowienia osób dotkniętych anoreksją i bulimią bierze udział cały zespół lekarzy specjalistów oraz pielęgniarki. Na program terapeutyczny, w którym ważną rolę odgrywa pielęgniarka powinny wchodzić takie czynniki jak:

1. dostarczenie informacji oraz funkcja edukacyjna jaką pielęgniarka pełni wobec pacjenta i jego rodziny
2. stworzenie terapeutycznego przymierza pacjenta z lekarzem i pielęgniarką
3. angażowanie chorego i najbliższą rodzinę w proces leczenia
4. obliczanie odpowiedniej wagi ciała i kontrolowanie przyrostu masy ciała
5. pomoc w przywróceniu prawidłowych nawyków żywieniowych
6. pomoc w zaaklimatyzowaniu się do nowych warunków w przypadku hospitalizacji
7. udział w fizykoterapii i gimnastyce
8. udział w farmakoterapii
9. pomoc do wdrożenia się do pracy w grupie.

Rola pielęgniarki w procesie leczenia i pielęgnowania pacjentów dotkniętych anoreksją i bulimią w początkowym okresie choroby koncentruje się głównie na funkcji informacyjnej i edukacyjnej. Tłumaczenie i edukacja są podstawowymi składowymi częściami leczenia zaburzeń odżywiania. Zarówno osoby chore jak i ich rodziny potrzebują jasnych i zwięzłych twierdzeń dotyczących diagnozy ich choroby. Zadaniem pielęgniarki i lekarza jest takie poinformowanie pacjenta o jego chorobie, aby mógł on poczuć się odpowiedzialny za próbę radzenia sobie z zaburzeniami w odżywianiu i podjął leczenie. Lekarz i pielęgniarka muszą poświęcić choremu tyle czasu, aby mógł on znaleźć odpowiedzi na wszystkie swoje pytania.

W procesie leczenia specyficznych zaburzeń w odżywianiu takich jak: anoreksja i bulimia pojawia się problem hospitalizacji. Hospitalizacja wskazana jest głównie w przypadku młodych osób dotkniętych tymi schorzeniami a także w przypadku takiego stanu zdrowia osoby chorej, który zagraża jego życiu. Decyzja o hospitalizacji powinna być podjęta jak najwcześniej. Czynniki, które decydują o przyjęciu chorego do oddziału to: odwodnienie, zaburzenia krążenia, niskie ciśnienie tętnicze krwi, stosunek wagi ciała do wzrostu mniejszy niż 75%, zaburzenia elektrolitowe, uporczywe wymioty lub wymioty krwią, nasiloną depresję, próby lub myśli samobójcze oraz inne poważne zaburzenia psychiatryczne.

Pielęgniarka jest pierwszą osobą obok lekarza, z jaką pacjent się styka będąc przyjętym do oddziału w celu hospitalizacji. Pielęgniarka powinna posiadać na tyle wysoką wiedzę z problematyki zagadnień zaburzeń w odżywianiu, aby móc swobodnie porozmawiać z chorym o jego problemie oraz wytworzyć taką atmosferę, aby stres chorego z powodu pobytu w szpitalu ograniczony został do minimum. Pielęgniarka zbierając wywiad od chorego musi znać na tyle dobrze jednostki chorobowe wchodzące w skład schorzeń o podłożu, których leżą zaburzenia odżywiania, aby mogła postawić trafną diagnozę pielęgniarską. Podczas całego pobytu pacjenta w szpitalu pielęgniarka nieustannie monitoruje stan fizyczny i psychiczny pacjenta. Proces pielęgnowania chorego z anoreksją i bulimią powinien dotyczyć zarówno sfery psychicznej pacjenta, jak również powinien być prowadzony pod kątem konkretnych objawów fizycznych. Bardzo ważne

jest, aby pielęgniarka nawiązała odpowiedni kontakt z chorym oparty na atmosferze wzajemnego zrozumienia i szacunku. W procesie pielęgnowania prowadzonym przez pielęgniarkę u pacjenta z zaburzeniami odżywiania pielęgniarka powinna skupić swoją uwagę na następujących kryteriach:

1. Zastosować poznawczą i behawioralną teorię leczenia w celu wzmocnienia pozytywnych a odrzucenia negatywnych czynników takich jak: obciążenie chorego odpowiedzialnością za przyrost jego masy ciała, pacjent otrzymuje pewne požądane przez niego przywileje w zamian za postępy w przybieraniu na wadze, traci je wraz ze spadkiem masy ciała
2. Zwiększyć poczucie własnej wartości pacjenta poprzez podejście akceptacji, pomóc pacjentowi w dostrzeżeniu w nim pozytywnych cech
3. Wykazać się dogłębną wiedzą z zakresu zaburzeń w odżywianiu, im więcej pacjent otrzyma informacji na temat swojego schorzenia od pielęgniarki tym mniej będzie zaprzeczał istnieniu problemu
4. Sprawować funkcję monitorującą i kontrolującą: sprawdzać wagę pacjenta, co najmniej trzy razy w tygodniu z zachowaniem pewnych zasad tak, aby pacjent nie mógł symulować przyrostu masy ciała, upewnić się należy czy pacjent nie ma żadnych ciężkich przedmiotów w kieszeniach
5. Stosować dietę wysokobiałkową i stopniowo włączać dietę o zwiększonej kaloryczności z dużą ilością węglowodanów. Posiłki podawać należy często, ale w małych ilościach
6. Pielęgniarka musi ustalić pewne limity i zasady postępowania tak, aby uniknąć ze strony chorego zachowań manipulacyjnych. Ustalone zasady mogą dotyczyć na przykład: ograniczenia korzystania z łazienki do dwóch godzin po posiłku, towarzyszyć choremu podczas wizyt w łazience, aby być pewnym, iż nie będzie on prowokował wymiotów, zostać z pacjentem podczas posiłków, nie akceptować wymówek mających na celu nie spożycie posiłku.
7. Pomóc pacjentowi zidentyfikować i wyrazić własne uczucia. Osoby z zaburzeniami odżywiania boją się wyrażania silnych emocji, nieświadomie wyrażają je poprzez prowokowanie wymiotów, potrzebę odczuwania głodu.
8. Pomóc pacjentowi zidentyfikować i wyrazić inne problemy takie jak na przykład ubranie czy fryzura. Zazwyczaj osoby chore na anoreksję mają zaburzony sposób postrzegania własnego ciała nie postrzegają go inaczej niż przez pryzmat zniekształcenia i dużych rozmiarów ciała.
9. Zapoznać pacjenta z innymi chorymi o na przykład podobnych zainteresowania. Może to pomóc w zmniejszeniu lęku, dać uwagę dla twórczej energii, podnieść samoocenę i odwrócić uwagę chorego od jedzenia i wagi.
10. Unikać konfrontacji i angażowania się w długie dyskusje
11. Ignorować manipulacje

Ważne jest, aby wszystkie pielęgniarki miały dostateczną wiedzę na temat zaburzeń odżywiania oraz na temat specyfiki opieki nad chorym z bulimią czy anoreksją. Pielęgniarka przyjmując chorego do oddziału bierze odpowiedzialność zarówno za chorego jak i za jego rzeczy osobiste. Odpowiednie przepisy prawa regulują zasady przyjmowania chorych do oddziałów psychiatrycznych. Pielęgniarka przyjmująca chorego do oddziału powinna mieć doświadczenie w zbieraniu informacji od chorego (wywiad pielęgniarski), jego rodziny oraz duży zasób wiedzy fachowej w końcu takiego zorganizowania opieki nad chorym, która umożliwi mu uświadomienie sobie choroby w przypadku anoreksji chorzy nie posiadają świadomości choroby i stosują mechanizmy wypierania.. Pielęgniarka planująca opiekę nad pacjentem z zaburzeniami w odżywianiu musi ustalić cztery zasadnicze składowe procesy pielęgnowania, wlicza się do nich:

1. ocenę skali problemów
2. identyfikacja problemów
3. konsekwentne rozwiązywanie poszczególnych problemów podczas czynności pielęgnacyjnych
4. ocena skuteczności zastosowanych działań.

Przystosowanie się chorego do warunków panujących w szpitalu wpływa na jego chęć współdziałania z zespołem leczącym i akceptację lub nie proponowanego leczenia. Przyjmowani do oddziału chorzy z zaburzeniami w odżywianiu różnią się od siebie zarówno pod względem psychicznym jak i fizycznym. Każdy chory z zaburzeniami w odżywianiu wymaga ustalenia indywidualnego planu działania i pielęgnowania. W procesie pielęgnowania chorych z zaburzeniami w odżywianiu należy uwzględnić takie działania stałe, które będzie pomocne w rozwiązywaniu problemów i zaspokajaniu potrzeb chorego. Celem takiego działania jest zapewnienie choremu jak najlepszej opieki, stosownie do jego potrzeb i problemów zdrowotnych. Proces pielęgnowania pacjenta z zaburzeniami w odżywianiu składa się z czterech części. Pierwsza część to inaczej faza oceny, w tej fazie pielęgniarka zbiera od chorego wywiad dotyczący jego choroby i zbiera informacje, które mogą być użyteczne w drugim etapie procesu pielęgnowania zwanym inaczej okresem planowania. Po wykryciu problemów chorego cel pielęgnowania to ich rozwiązanie i zlikwidowanie. Pielęgniarka wraz z chorym mogą tak postępować, aby przywrócić choremu pełne zdrowie fizyczne i psychiczne. Ocenę postępów w pielęgnowaniu i leczeniu pielęgniarka dokonuje stale a działania pielęgniarstwa należy tak modyfikować, aby było stosowne do aktualnych potrzeb chorego. Jeżeli tylko jest to możliwe w planowaniu pielęgnacji i opieki nad pacjentem pielęgniarka może uwzględniać opinię chorego. Pielęgniarka może przeprowadzić rozmowę z chorym a uzyskane od niego informacje dołączyć do pielęgniarstwa historii choroby.

Pielęgniarka powinna umieć właściwie wysłuchać chorego, stworzyć taką atmosferę, która by sprzyjała nawiązaniu kontaktu z chorym. Pielęgniarka musi umieć prowadzić dyskretną obserwację chorego. Duże znaczenie ma dla procesu pielęgnowania ma ustalenie przez pielęgniarkę tego, co chory wie na temat swojej choroby i przekazanie tego innym członkom zespołu leczniczego. Pielęgniarka w przypadku osób z zaburzeniami w odżywianiu powinna omówić z pacjentem plan jego pielęgnowania i przekonać go do współpracy oraz wspólnego rozwiązywania problemów pielęgnacyjnych i wspólną realizację postawionych celów. Uzyskanie orientacji i wiedzy przez pielęgniarkę o tym, czego pacjent oczekuje i jakie ma nadzieje w związku z leczeniem pozwala na uniknięcie błędów i nieporozumień mogących się pojawić w procesie pielęgnowania. Kluczową sprawą w osiągnięciu sukcesu w procesie pielęgnowania u chorych z zaburzeniami w odżywianiu jest także opracowanie planu pielęgnacyjnego, który uwzględniałby przyszłość chorego i jego rodziny. Główne kierunki działań pielęgniarki przy tworzeniu procesu pielęgnowania powinny uwzględniać zagadnienia patologii rozumiane tutaj jako objawy przedmiotowe i podmiotowe choroby, problemy psychiczne i emocjonalne mogące utrudnić pielęgnowanie chorego. W leczeniu i pielęgnowaniu chorych z zaburzeniami w odżywianiu dużą wagę należy przyłożyć do pracy zespołowej. Poniższa tabela prezentuje przykładowy plan pielęgnowania pacjenta z anoreksją.

Data	Problem pielęgnacyjny	Cel działania	Realizacja opieki pielęgniarstwa	Ocena działań pielęgniarstwa
01.01.2012	Wychudzenie, niska masa ciała	Zapewnienie przyrostu masy ciała	Rozmowa z chorą na temat niskiej masy ciała, stosowanie odpowiedniej diety	U pacjentki nadal dominuje niska masa ciała, chora nie przybiera na wadze, odmawia spożywania posiłków
02.01.2012	Pacjentka zaprzecza istnieniu choroby	Uświadomienie chorej niebezpieczeństw, jakie niesie ze sobą jej choroba	Rozmowa z chorą na temat dolegliwości, jakie odczuwa, wskazanie związku między nimi a jej chorobą	Chora nadal zaprzecza i wypiera istnienie choroby
02.02.2012	Sucha, łamliwa podatna na uszkodzenia skóra	Ochrona skóry przed uszkodzeniem	Stosowanie środków ochronnych na skórę	Skóra nie ulega uszkodzeniu

Plan pielęgnacji chorego z anoreksją

Poniżej zaprezentowano przykładowy plan pielęgnacji pacjentki z bulimią, uwzględnia on podobnie jak poprzedni plan pielęgnacji problemy pielęgnacyjne występujące na podłożu psychicznym i fizycznym.

Data	Problem pielęgnacyjny	Cel działania	Realizacja opieki pielęgniarstwa	Ocena działań pielęgniarstwa
01.01.2012	Myśli samobójcze	Eliminacja myśli samobójczych, odwracanie uwagi chorej od myśli samobójczych.	Rozmowa z chorą, zachęcanie chorej do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, organizowanie chorej czasu wolnego	Myśli samobójcze nie występują
01.01.2012	Przewlekła niska samoocena	Podniesienie poziomu samooceny	Zachęcenie chorej do uczestnictwa w zajęciach grupy terapii zajęciowej, poznanie z innymi chorymi o podobnych zainteresowaniach	Niska samoocena nadal się utrzymuje
01.01.2012	Zmiany w obrębie błony śluzowej jamy ustnej z powodu występowania prowokowanych wymiotów	Eliminacja zmian chorobowych w obrębie jamy ustnej	Stosowanie środka leczniczego w obrębie jamy ustnej, zaniechanie przez chorą prowokowanych wymiotów	Zmiany chorobowe ustąpiły, chora nie wymiotuje

Plan pielęgnacji chorego z bulimią



Planując odpowiednie działania pielęgnacyjne wobec chorych z zaburzeniami w odżywianiu pielęgniarka powinna uwzględnić trzy czynniki:

1. Stosowane działania powinny być sprawdzalne tak, aby można było określić ich skuteczność
2. Działania zaplanowane przez pielęgniarkę powinny być realne to znaczy możliwe do realizacji
3. Podejmowane działania powinny mieć określoną datę sprawdzania tak, aby można było określić skuteczność podjętych działań.
4. Metody i techniki diagnostyczne stosowane w rozpoznawaniu zaburzeń w odżywianiu.

Zaburzenia w odżywianiu w skład, których wchodzi określone wcześniej jednostki chorobowe są niezwykle trudne do zdiagnozowania. Za kryterium diagnostyczne w anoreksji i bulimii służą swoiste objawy, jakie występują w tych jednostkach chorobowych. Do kryterium diagnostycznego pomocnego w rozpoznawaniu bulimii wymienia się;

1. Powtarzające się przypadki objadania się, przyswojenie ogromnych ilości pożywienia w krótkim czasie
2. Występowanie, co najmniej dwa razy w tygodniu ataków bulimicznych
3. Występowanie zachowań kompensacyjnych: wymioty, zazywanie środków przeczyszczających, stosowanie ćwiczeń fizycznych
4. Trwała przesadna troska o wagę i wymiary ciała

W przypadkach próby zdiagnozowania anoreksji lekarz może oprzeć się na pewnego rodzaju wskazówkach diagnostycznych, do których zaliczyć można:

1. Występowanie silnego lęku przed przybraniem na wadze
2. Zakłócenie w wizerunku własnego ciała
3. Silne wyniszczenie lub skrajne wychudzenie
4. Zanik menstruacji

Aby prawidłowo rozpoznać zaburzenia odżywiania u pacjenta należy zebrać bardzo dokładny wywiad o przebiegu choroby u danego pacjenta. Należy zwrócić szczególną uwagę na to, aby nie mylić anoreksji z innymi chorobami somatycznymi, które także doprowadzają do wyniszczenia organizmu i zalicza się do nich: choroby przewodu pokarmowego, cukrzyce, nowotwory, nadczynność tarczycy organiczne zmiany w podwzgórzcu oraz przysadce mózgowej, gruźlicę. Chorób przebiegających na tle zaburzeń w odżywianiu nie można też mylić z innymi chorobami psychicznymi takimi jak: depresja endogenna, schizofrenia lub nerwica. W diagnostyce bulimii należy zwrócić uwagę na to, aby nie pomylić tej jednostki chorobowej z chorobami przewodu pokarmowego, chorobami zakaźnymi, nerwicami czy depresją.

Wzrost zachorowalności na choroby związane z zaburzeniami w odżywianiu w ostatnich latach pociągnął za sobą dyskusję wielu badaczy nad koniecznością prowadzenia i stosowania profilaktyki zaburzeń odżywiania w tym anoreksji i bulimii wśród młodzieży szkolnej. Pożądanymi w tej kwestii umiejętnościami, jakie powinni nabyć uczniowie po wdrożeniu programów profilaktycznych zaburzeń w odżywianiu to:

1. Rozumienie przez uczniów specyfiki anoreksji i bulimii
2. Rozpoznawanie nieprawidłowości w zakresie stosunku do odżywiania się i postrzegania wizerunku własnego ciała
3. Możliwość współpracy i uzyskania pomocy od pedagoga szkolnego, psychologa lub innego specjalisty zajmującego się problematyką schorzeń pojawiających się na tle zaburzeń w odżywianiu

Ponadto programy profilaktyczne przewidują możliwość organizowania pomocy psychologicznej i psychiatrycznej dla uczniów już chorujących i ich rodzin.

Długoletnie obserwacje osób cierpiących na anoreksję

pozwołyły na określenie pewnych ogólnych prawidłowości dotyczących tej choroby a związanych z procesem zdrowienia i remisji choroby i przedstawiają się one następująco:

1. Do całkowitego wyzdrowienia dochodzi w 40-70% przypadków
2. Do częściowej poprawy stanu zdrowia u 5-40% pacjentów
3. Przebieg przewlekłej choroby obserwuje się u 15-20% pacjentów.

Warunkiem uznania osoby za zdrową jest powrót masy ciała, która utrzymuje się w granicach 85-95% normy i regularne miesiączkowanie, największy wskaźnik umieralności wynoszący 15-20% przypadków występuje po 15 latach trwania choroby. Najczęstszymi przyczynami zgonu są powikłania związane z: ostrą niewydolnością nerek, układem krążenia, zaburzoną gospodarką wodno-elektrolitową.

Z przeprowadzonej analizy dostępnego w literaturze materiału na temat chorób występujących na tle zaburzeń w odżywianiu wynika, iż są to poważne schorzenia o podłożu psychicznym. Wszystkie choroby wynikające z zaburzeń w odżywianiu wymagają leczenia ambulatoryjnego lub hospitalizacji ze względu na niebezpieczeństwo powikłań, jakie ze sobą niosą wszystkie choroby o tle zaburzeń w odżywianiu. Anoreksja i bulimia są zaliczane do dość powszechnie występujących chorób na tle zaburzeń w odżywianiu, są trudne do leczenia i diagnozowania. Proces leczenia chorób o podłożu zaburzonego odżywiania jest zawsze długotrwały i nie zawsze daje pożądane efekty ani gwarancję pełnego wyzdrowienia. Leczenie chorób klasyfikowanych do grona schorzeń przebiegających na tle zaburzeń w odżywianiu zawsze wymaga pracy całego zespołu terapeutycznego. Wnioski płynące z pracy ujęte punktowo przedstawiają się następująco:

1. choroby przebiegające na tle zaburzeń w odżywianiu są zjawiskiem powszechnym i dość często występującym. Występowanie chorób na tym tle takich jak: anoreksja czy bulimia ma tendencję zwyżkową, notuje się coraz większy wzrost liczby przypadków osób zapadających na tą chorobę. Obecnie choroby zaliczane do schorzeń przebiegających na tle zaburzeń w odżywianiu klasyfikowane są do chorób społecznych i cywilizacyjnych

2. wszystkie choroby, które dotyczą zaburzeń w odżywianiu są niebezpieczne dla życia i zdrowia osób, które na nie cierpią. Anoreksja i bulimia to schorzenia ogólnoustrojowe, objawy i skutki tych schorzeń mogą za sobą pociągać niebezpieczne konsekwencje dla organizmu ludzkiego łącznie ze śmiercią chorej osoby. Zgon pacjenta następuje po wielu latach walki z chorobą na skutek powikłań lub samobójstwa. Leczenie zaburzeń w odżywianiu jest procesem długofalowym, zależnym od wielu czynników i nie zawsze skutecznym czy dającym pożądane efekty. W leczenie pacjentów z anoreksją musi być włączony cały zespół terapeutyczny, choć nie zawsze te choroby wymagają hospitalizacji, mogą też być leczone ambulatoryjnie.

3. Rola pielęgniarki ma znaczące miejsce w zespole terapeutycznym leczącym pacjenta z zaburzeniami w odżywianiu. Pielęgniarka planuje, wdraża i przeprowadza cały złożony proces pielęgnowania pacjenta. Podejście pielęgniarki do pacjenta leczącego się ze schorzeń na tle zaburzeń w odżywianiu ma charakter holistyczny, czyli całościowy. Pielęgniarka rozpatruje problemy pacjenta zarówno pod kątem psychiki jak i fizycznych dolegliwości. Pielęgnując pacjenta pielęgniarka wytwarza atmosferę zrozumienia i wzajemnego zaufania. Planując proces pielęgnowania pielęgniarka uwzględni wszystkie potrzeby chorego zarówno te psychiczne jak i fizyczne. Wdrożenie pacjenta do procesu pielęgnowania i nauczenie go brania odpowiedzialności za własne zdrowie przyczynia się do



lepszycy wyników leczenia. W procesie leczenia pacjenta pielęgniarka pełni funkcję informacyjną i edukacyjną. Prawidłowa i zgodna ze standardami opieka pielęgniarska ma znaczące miejsce w leczeniu schorzeń klasyfikowanych do chorób pojawiających się na tle zaburzeń w odżywianiu w tym anoreksji i bulimii. Pielęgniarka prowadzi proces obserwacji pacjenta jest jego rzecznikiem i pośrednikiem w kontaktach z lekarzami lub innymi pacjentami w przypadku leczenia szpitalnego. W atmosferze zrozumienia i serdeczności jest ułatwiony proces leczenia a stres chorego związany z jego chorobą oraz koniecznością pobytu w szpitalu ograniczony do minimum. ■

Monika Fiksat
Specjalistka opieki długoterminowej

Rehabilitacja chorego z zawałem serca

Rehabilitacja jest młodą dziedziną interdyscyplinarną, która powstała po drugiej wojnie światowej i od tego czasu dynamicznie rozwija się. Jej twórcą został prof. Wiktor Dega, uznaje on rehabilitację za proces medyczno- społeczny, który dąży do zapewnienia poczucia zadowolenia, a przede wszystkim bezpieczeństwa społecznego.

Wg. WHO rehabilitacja to kompleksowe i skoordynowane działania z zastosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych mające na celu przystosowanie chorego do życia w społeczeństwie z uwzględnieniem jego potrzeb. Rehabilitacja to czynna forma leczenia, dlatego też bardzo ważna jest pozytywna postawa pacjenta. Kompleksowość rehabilitacji polega na łączeniu następujących elementów:

- rehabilitacji leczniczej- polega na działaniach prowadzonych w placówkach służby zdrowia, których celem jest jak najszybszy powrót pacjenta do pełni zdrowia, zapobieganie wystąpienia następstw choroby.
- rehabilitacji społecznej- obejmuje edukację pacjenta w celu umożliwiający korzystanie przez chorego ze wszystkich dóbr kulturowych, społecznych i zawodowych.
- rehabilitacja zawodowa- działania przywracające powrót do pracy zawodowej. Jej odpowiednikiem jest rehabilitacja pedagogiczna stosowana głównie u dzieci i młodzieży.

Rehabilitacja to proces złożony, wieloaspektowy, który wymaga współpracy specjalistów wielu dziedzin. W Polsce istnieje model rehabilitacji wdrożony przez prof. Dega i prof. Weissa. Opiera się on na zasadach: powszechność rehabilitacji, wczesne wdrożenie, kompleksowość, ciągłość.

Obecnie dzięki szybkiemu rozwojowi w dziedzinie kardiologii zmienił się także przebieg postępowania rehabilitacyjnego. Pacjenci są znacznie szybciej uruchamiani po przebytych zawałach, co pozwala na przystosowanie chorego do życia i uzyskania sprawności.

Rehabilitacja kardiologiczna- są to działania zapewniające pacjentowi podjęcia dalszego życia w jak najlepszych warunkach. Jej elementami są: stan pacjenta, leczenie farmakologiczne, wdrożenie rehabilitacji fizycznej (w zależności od możliwości pacjenta), rehabilitacja psychospołeczna, zwalczanie czynników ryzyka, , edukacja rodziny.

W odniesieniu do chorób sercowo- naczyniowych rehabilitację dzieli się na 2 etapy:

1. Rehabilitacja szpitalna- celem jest przywrócenie pacjenta do pełnej samoobsługi.

a). model A- pełne uruchomienie chorego w ciągu 4-8 dni z zastosowaniem działań psychologicznych

b). model B- stosowany jest u osób z powikłaniami choroby, hospitalizowanych powyżej 10 dni

2. Rehabilitacja poszpitalna- odbywa się w warunkach ambulatoryjnych, jest indywidualnie dopasowana do możliwości pacjenta i jego pozytywnego nastawienia. Jest to kompleksowe wdrażanie zasad prewencji wtórnej. Dzieli się na:

a). rehabilitację wczesną- zwykle trwa ona od 4-12 tygodni i polega na prowadzeniu systematycznych ćwiczeń i treningu fizycznego pod kontrolą.

b). rehabilitacja późna- jej celem jest utrwalenie osiągniętych wyników. Program rehabilitacji mobilizuje do zmiany stylu życia oraz poprawia jakość życia.

Skuteczność rehabilitacji jest wysoka, co spowodowało zmniejszenie śmiertelności o około 31%. Cele jakie dzięki rehabilitacji pacjent ma osiągnąć wymagają jednak pełnej współpracy chorego z zespołem. Przywracanie sprawności u chorego i podjęte działania muszą być ujęte w procesie kompleksowej rehabilitacji i powinny stać się przedmiotem procesu edukacji chorego .

Zawał serca stanowi dla każdego problem niezależnie od zastosowanej metody leczenia, następstwa choroby często wpływają na dalsze życie. Edukacja i chęć zmiany stylu życia niejednokrotnie pozwalają odzyskać sprawność sprzed choroby, a przede wszystkim mają znaczący wpływ na jakość i długość życia. Ważnym aspektem dla ochrony zdrowia jest prowadzenie odpowiedniej profilaktyki, edukacji, zwalczania czynników ryzyka. Modyfikacja czynników ryzyka w znacznym stopniu zmniejsza wystąpienie zawału serca. Chorobom serca i naczyń można skutecznie zapobiegać, świadczą o tym dane statystyczne, według których od 1991 roku umieralność z powodu tych chorób znacznie spadła w Polsce. Ogólne zalecenia to:

1. Nie pal tytoniu i nie pij alkoholu.
2. Dbaj o prawidłowe posiłki- tłuszcze zamień na owoce i warzywa.
3. Pilnuj swojej masy ciała.
4. Bądź aktywny fizycznie.
5. Regularnie kontroluj ciśnienie tętnicze krwi.
6. Raz na 3 lata kontroluj poziom cukru we krwi, oraz cholesterol.
7. Staraj się unikać stresu, więcej odpoczywaj.

Najbardziej rozsądnym podejściem do życia jest slogan ■

"WIĘCEJ SERCA DLA SERCA"

POLSKA GRUPA MEDYCZNA CZĘSTOCHOWA
DOROTA MATYJA

Edukacja zdrowotna pacjenta z nadciśnieniem tętniczym.

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego , skurczowej i rozkurczowej niewydolności serca oraz niewydolności nerek.

Ponieważ aż do wystąpienia powikłań takich jak zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek czy encefalopatia nadciśnienie

niowa, nadciśnienie tętnicze przebiega bezobjawowo, ważną rolę w profilaktyce tych chorób odgrywają badania przesiewowe, mające na celu wczesne wykrycie nadciśnienia. U około 90% pacjentów występuje nadciśnienie pierwotne (samostne), czyli takie którego przyczyna nie jest znana. Nadciśnienie tętnicze, w którym można określić przyczynę, to nadciśnienie wtórne.

Nadciśnienie tętnicze można rozpoznać, jeśli wartości ciśnienia tętniczego (dwukrotny pomiar) wynoszą powyżej 140 mmHg dla ciśnienia skurczowego lub powyżej 90 mmHg dla ciśnienia rozkurczowego.

Nadrzędnym celem leczenia nadciśnienia tętniczego jest zmniejszenie ryzyka zachorowań poprzez zwalczanie czynników ryzyka takich jak: palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe, cukrzyca, a także leczenie chorób towarzyszących i takie dobranie leków hipotensyjnych, które pozwoli na osiągnięcie wartości docelowych ciśnienia dla konkretnego pacjenta.

1. Dieta

Dla serca szczególnie groźna jest postać brzuszna otyłości (typu męskiego), w której tłuszcz odkłada się w obrębie klatki piersiowej i jamy brzusznej. Natomiast postać otyłości biodrowo-udowej (typu kobiecego), gdzie tłuszcz magazynuje się w okolicy bioder, pośladków i ud, nie jest tak groźna.

Dla dobrostanu serca niezbędna jest zdrowa dieta obfitująca w produkty pełnoziarniste (ciemne pieczywo, płatki, kasze), makarony lub ziemniaki, warzywa, owoce, ryby morskie, niskotłuszczowy nabiał i w ograniczonej ilości chude mięso (kurczak i indyk bez skóry, chuda wołowina, dziczyzna). Polecanym tłuszczem są oleje roślinne (słonecznikowy, kukurydziany, rzepakowy) i oliwa oraz margaryny miękkie.

Częste i regularne posiłki (4-5 razy dziennie) bez skłonności do przejadania się umożliwiają spalanie kalorii na bieżąco, ograniczając odkładanie zapasów tkanki tłuszczowej. Przy diecie należy zwrócić uwagę na tzw. witaminy antyoksydacyjne (A, C i E), które neutralizują wolne rodniki powstające w naszym ustroju pod wpływem np. palenia tytoniu, alkoholu, tłustego pożywienia, zanieczyszczeń środowiskowych czy promieniowania słonecznego. Wolne rodniki niszczą nasze komórki, co wpływa m.in. na rozwój chorób serca. Antyoksydantów jest dużo w warzywach i owocach (m.in. kapusta, kalarepa, papryka, pomidory, marchew, dynia, cykorja, sałata, morele), olejach roślinnych, wtróbcie, rybach, serach. Zjadając codziennie ok. 0,5 kg „zieleniny”, zapewniamy organizmowi w wystarczającym stopniu antyoksydanty. Jeśli dziennie spożycie warzyw i owoców jest niższe, to najlepiej jest już od dziś zacząć ich jeść więcej. Gdy z jakichś powodów zwiększenie udziału warzyw i owoców w diecie nie jest możliwe, warto polecać swoim pacjentom suplementację tych witamin.

2. Rozstanie z papierosami

Czas uświadomić sobie, że z każdym wypalonym papierosem rozwój miażdżycy się nasila, a ilość witaminy C i E (antyoksydantów) maleje. Rzucenie palenia tytoniu nie jest łatwe, ale przy odpowiedniej motywacji jest realne. Dodatkowo można proponować dostępne w aptekach bez recepty środki odzwyczajające od papierosa w postaci gumy do żucia, inhalatora i plastrów przezskórnych, które zawierają określoną dawkę nikotyny łagodzącą lub eliminującą objawy głodu nikotynowego. Argumentem za rzuceniem palenia niech będzie fakt, że po pięciu latach od ostatniego wypalonego papierosa ryzyko rozwoju chorób serca u byłego palacza obniża się do poziomu dla osoby nigdy niepalącej. Jest więc do czego zachęcać!

3. Ograniczenie alkoholu

Niewielkie dawki alkoholu opóźniają rozwój miażdżycy, ponieważ podwyższają stężenie frakcji HDL cholesterolu, czyli tzw. dobrego cholesterolu. Korzyści te mają szansę ujawnić się wówczas, gdy tygodniowo mężczyzna wypija nie więcej niż 14 drinków, a kobieta nie więcej niż 9 drinków, przy założeniu, że drinki te są pite w ciągu całego tygodnia, a nie jednorazowo. Za standardowy drink przyjmuje się 360 ml piwa lub 150 ml wina lub 45 ml 40-procentowej wódki. W naszym kraju nadużywanie alkoholu jest wciąż dużym problemem społecznym. Dlatego niewskazane jest propagowanie wśród pacjentów alkoholu jako remedium na miażdżycę, ponieważ łatwo jest dozwolone dawki alkoholu przekroczyć, a to niweluje działanie ochronne na naczynia krwionośne i zagraża rozwojem innej ciężkiej choroby, czyli uzależnienia alkoholowego.

4. Ruch

Serce jest mięśniem i z tego względu potrzebuje regularnego treningu. Wysiłek fizyczny związany z rekreacją usprawnia pracę serca, poprawia przepływ krwi w naczyniach wieńcowych, ułatwia zwalczanie zaburzeń lipidowych, reguluje ciśnienie krwi i zapobiega otyłości, a więc działa antymiażdżycowo. Pacjentom, którzy leczą się na przewlekłe schorzenia, należy zasugerować skonsultowanie się z lekarzem, który określi, czy nie ma przeciwwskazań do rekreacji. Wybór aktywności powinien być dostosowany do kondycji i wydolności fizycznej. Może to być szybki marsz, nordic walking, czyli marsz z kijkami, bieganie, pływanie, jazda na rowerze, chodzenie na stepperze, aerobik. Regularny wysiłek fizyczny pozwala utrzymać serce w dobrej kondycji!

Intensywność wysiłku należy zwiększać stopniowo, ale celem jest osiągnięcie zasady polecanej obecnie przez kardiologów – 3 x 30 x 130, która oznacza, że ćwiczymy minimum 3 razy w tygodniu przez co najmniej 30 minut z intensywnością powodującą przyspieszenie tętna do 130 uderzeń na minutę.

5. Kontrola ciśnienia krwi

Utrzymujące się podwyższone ciśnienie krwi prowadzi do zwężenia tętnic i rozwoju blaszek miażdżycowych. Dlatego bardzo ważne jest jak najwcześniejsze wykrywanie nadciśnienia tętniczego i jego leczenie. Najlepiej jest mierzyć ciśnienie krwi rutynowo podczas każdej wizyty u lekarza. Coraz częściej także aparaty do samodzielnego pomiaru ciśnienia krwi pojawiają się w aptekach. Część pacjentów może wymagać pomocy aptekarza przy dokonaniu prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi i interpretacji wyniku. Warto więc zapoznać się z normami ciśnienia tętniczego krwi.

Stadium	Ciśnienie skurczowe (mm Hg)	Ciśnienie rozkurczowe (mm Hg)
Ciśnienie optymalne	<120	<80
Ciśnienie prawidłowe	<130	<85
Ciśnienie wysokie prawidłowe	130-139	85-89
Nadciśnienie I okres	140-159	90-99
Nadciśnienie II okres	160-179	100-109
Nadciśnienie III okres	>180	>110
Izolowane nadciśnienie skurczowe	>160	<90

Jeśli któraś z wartości pomiaru lub obie przekraczają 140/90 mm Hg, konieczna jest konsultacja lekarska. Badania naukowe wykazały, że nawet niewielkie obniżenie ciśnienia krwi może zmniejszyć ryzyko udaru o 35-45 proc., a ryzyko choroby niedokrwiennej serca o 20-25 proc. Więc i tu jest szansa na zdrowsze serce!

6. Kontrola cholesterolu

Stężenia cholesterolu i jego frakcji w surowicy krwi człowieka uznawane za prawidłowe wynoszą odpowiednio:

Cholesterol całkowity (TChol)	150 – 200 mg/dl
Cholesterol LDL (LDL-Chol)	66 – 130 mg/dl
Cholesterol HDL (HDL-Chol) mężczyźni	> 35 mg/dl
Cholesterol HDL (HDL-Chol) kobiety	> 40 mg/dl
Trójglicerydy (TRG)	35 – 150 mg/dl

Podwyższony poziom cholesterolu i jego frakcji LDL sprzyja rozwojowi miażdżycy. Dlatego ważne jest okresowe sprawdzanie lipidogramu i jeśli wykazuje on nieprawidłowości, konieczne staje się wprowadzenie zmian w codziennej diecie, o czym jest wyżej. Jeśli sama dieta nie skutkuje lub obecne są inne czynniki ryzyka miażdżycy, to konieczne staje się włączenie farmakoterapii przez lekarza.

7. Kontrola cukru

W przebiegu cukrzycy dochodzi do zaburzeń gospodarki cholesterolowej oraz wielu innych, nie do końca poznanych zaburzeń metabolicznych, które ułatwiają rozwój miażdżycy tętnic. Dlatego konieczna jest okresowa kontrola poziomu cukru w krwi na czczo i, jeśli jest on podwyższony, wymaga leczenia.

8. Kwas acetylosalicylowy

Bezpośrednią przyczyną zawału serca czy udaru mózgu jest często zakrzep powstający z płytek krwi w miejscu uszkodzenia śródbłonna naczyniowego i uniemożliwiający przepływ krwi. Nieocenioną przysługę daje nam tutaj znany od ponad stu lat i dostępny bez recepty kwas acetylosalicylowy, który hamuje agregację płytek krwi, zmniejszając w ten sposób skłonność do zakrzepów. Warto go polecać pacjentom apteki, o ile tylko nie ma doń przeciwwskazań, tj. choroby wrzodowej lub uczulenia na kwas acetylosalicylowy.

9. Nauka radzenia sobie ze stresem

Bez stresu nie byłoby życia, ponieważ to stres stymuluje nas do działania, poprzez wydzielane hormony: adrenalinę i hormony kory nadnerczy. Hormony te działają na układ krążenia, przyspieszając rytm serca, podnosząc ciśnienie krwi i zężając naczynia krwionośne. Im więcej stresów przeżywamy, tym bardziej nasze serce i naczynia są obciążone. Dlatego należy mierzyć zamiary na siły oraz podejmować działania rozładowujące stres i napięcie, np. nauczyć się dystansować od pracy, oddawać się relaksowi lub ulubionym zajęciom sportowym.

10. Program profilaktyki chorób układu krążenia

Osoby, które w danym roku kalendarzowym są w wieku 35, 40, 45, 50 lub 55 lat, mogą skorzystać z bezpłatnego „Programu profilaktyki chorób układu krążenia NFZ” prowadzonego przez poradnię podstawowej opieki zdrowotnej na terenie całego kraju. Program ten umożliwia określenie indywidualnego zagrożenia chorobami układu krążenia i wdrożenie odpowiedniego postępowania profilaktycznego.

Aptekarze, znając rangę profilaktyki chorób serca i układu krążenia, mają podczas rozmów z pacjentami w aptece wyjątkową okazję do promowania zdrowego stylu życia chroniącego przed chorobami serca i układu krążenia. Dlatego warto ten temat poruszać przy każdej sposobności, wiedząc że „kropla draży skałę nie siłą, lecz częstotliwością padania”.

POLSKA GRUPA MEDYCZNA CZĘSTOCHOWA
ANITA FIGZAŁ

Rehabilitacja pacjentów z niewydolnością serca

Niewydolność serca jest obecnie jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności. Ta przewlekła i postępująca choroba jest dużym problemem dla systemu opieki zdrowotnej. Ze względu na obniżającą się wskutek postępu choroby sprawność fizyczną, chorzy zmuszeni są do rezygnacji z pełnionych dotychczas posad i pozycji społecznych. Często powoduje to pogorszenie stanu psychicznego pacjenta, co łącznie z innymi objawami, jak duszność, retencja płynów czy osłabienie mięśni, znacznie utrudnia proces rehabilitacji.

Niewydolność serca to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia pojemności wyrzucanej przez serce krwi, przez co do tkanek doprowadzane jest mniej tlenu i składników odżywczych. Zmniejszony rzut serca doprowadza do zastojów krwi przed sercem w krążeniu systemowym lub płucnym. Niewydolność serca rozwija się w wyniku upośledzenia kurczliwości mięśnia komór, które powstaje na skutek choroby niedokrwiennej serca, kardiomiopatii rozstrzeniowej, przeciążenia komór będącego skutkiem nadciśnienia tętniczego lub wad serca oraz upośledzenia rozkurczu serca wskutek kardiomiopatii przerostowej, restrykcyjnej i chorób osierdzia. Do najczęstszych przyczyn niewydolności serca należą takie schorzenia, jak choroba niedokrwienna serca, zawał serca oraz źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze.

Objawy niewydolności serca

Do objawów, które pojawiają się u chorych z przewlekłą niewydolnością serca należą: zmniejszona tolerancja wysiłku, duszność (tzw. orthopnoë - pojawia się po kilku minutach w pozycji leżącej, zmusza chorego do przyjęcia pozycji siedzącej lub stojącej), kaszel, nykturia (nocne oddawanie znacznych ilości moczu), obrzęki (stóp, kostek, u chorych leżących w okolicy łędźwiowo-krzyżowej).

Na podstawie występujących objawów niewydolność serca można podzielić na prawokomorową, w której dominują objawy zastojów krwi w płucach, takie jak duszność, oraz lewokomorową - dominują objawy zastojów w krążeniu systemowym, takie jak obrzęki. Niewydolność serca jest chorobą postępującą i prowadzącą do stopniowego pogarszania się sprawności fizycznej. Do oceny zaawansowania niewydolności służy skala NYHA.

Rehabilitacja kardiologiczna w niewydolności serca

Wysiłek fizyczny w niewydolności serca jest uzupełnieniem terapii farmakologicznej. Odpowiednio dawkowany jest bezpieczny dla pacjenta i przyczynia się do zmniejszenia śmiertelności oraz istotnie poprawia tolerancję wysiłku. Ważnym etapem w rehabilitacji osób z niewydolnością serca jest edukacja mająca na celu nauczenie pacjenta ekonomizacji niezbędnych w codziennym życiu wysiłków, tak aby obciążały one w jak najmniejszym stopniu chore serce.

Chorych, u których niewydolność powoduje duszność należy nauczyć ekonomicznego oddychania. Modyfikacji ulegają też codzienna pielęgnacja, chodzenie po płaskim, chodzenie po schodach. Chorym zaleca się, aby wykonywali te czynności interwałowo, tzn. wysiłek trwa w początkowym okresie 10-30 sekund po czym następuje ok. 1 minutowa przerwa bez obciążenia.

Pacjentów edukuje się również jakich wysiłków powinni unikać. Należą do nich wysiłki wykonywane w pozycji leżącej, z unoszeniem kończyn górnych ponad głowę, dźwiganie ciężkich przedmiotów, przesuwanie ich, długotrwałą wysiłki, a także wysiłki w niesprzyjającej pogodzie i w nocy. Ćwiczenia stosowane w rehabilitacji osób z niewydolnością serca mają na celu wpłynąć na ogólną funkcję układu krążenia, ale także



poprawić siłę i wytrzymałość mięśniową. Cele te można osiągnąć poprzez ćwiczenia oddechowe, rozluźniające, rozciągające i koordynacyjne uzupełnione wytrzymałościowym interwałowym treningiem w formie marszu lub jazdy na ergometrze. W treningu interwałowym okresy obciążenia poprzedzane są okresami odpoczynku.

W odróżnieniu od innych schorzeń ważne jest, aby chory podczas fazy odpoczynku również miał zadane niewielkie obciążenie. Unika się w ten sposób niekorzystnych skutków po ponownym rozpoczęciu obciążania. Podczas treningów fizycznych u pacjentów z niewydolnością można wyróżnić trzy etapy - etap wstępny, poprawy właściwej i etap podtrzymujący, które różnią się dawką zadanego obciążenia:

- etap wstępny treningu wytrzymałościowego - wysiłki o małej intensywności (40-50% VO₂ max). Czas trwania i intensywność treningów dostosowana jest do stanu klinicznego pacjenta. Trening wydłużany jest w miarę pozytywnych efektów od 5 do 15 minut,
- etap poprawy właściwej - stopniowo zwiększana jest intensywność wysiłku do 60-80% maksymalnego zużycia tlenu (VO₂ max). Wydłużeniu ulega również czas trwania treningów do 15-20 min., a przy dobrej tolerancji wysiłku do 30 minut,
- etap podtrzymujący rozpoczyna się po około 6 miesiącach treningów - powinien być utrzymany przez całe życie, o ile postęp choroby czy dekompensacja niewydolności serca nie zmusi do czasowego zaprzestania.

Korzystną rolę w poprawie siły mięśniowej chorego z niewydolnością serca odgrywają rytmiczne ćwiczenia z niewielkim oporem ograniczone do niewielkiej partii mięśni. Wiele prac wskazywało na niebezpieczeństwo stosowania tego rodzaju wysiłków u pacjentów z niewydolnością serca, gdyż nieodpowiednio dawkowany zwiększał obciążenie serca, nasilał niedomykalność zastawki mitralnej i mógł powodować gwałtowny spadek objętości wyrzutowej serca.

Obecne doniesienia dostrzegają pozytywny wpływ na pacjenta odpowiednio dobranego wysiłku o typie oporowym. Pierwsze korzystne efekty treningu obserwuje się u pacjentów po około 3-4 tygodniach ćwiczeń. Zwiększona aktywność fizyczna i treningi powinny być na stałe włączone do stylu życia, gdyż zaprzestanie wysiłku powoduje już po około 3 tygodniach utratę uzyskanych korzyści. ■

Polska Grupa Medyczna Częstochowa
Monika Łuszczczyńska

Szkolenia



Notatka z konferencji inauguracyjnej rozpoczęcie realizacji Projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV”, która odbyła się w dniu 3 września 2012 roku

Projekt „Zapobieganie zakażeniom HCV” jest współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej.

Konferencję rozpoczął i prowadził Mirosław J. Wysocki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny, który wskazał na główne cele projektu:

stworzenie podstaw do zaplanowania długofalowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV i zwalczania WZW C w Polsce poprzez określenie sytuacji epidemiologicznej, ocenę ryzyka zakażeń w placówkach medycznych i sektorze usług o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych, przygotowanie założeń rutynowych badań diagnostycznych, zwłaszcza wśród użytkowników substancji psychoaktywnych, jak również opracowanie i przeprowadzenie programu edukacyjnego w zakresie społecznego uświadomienia problemu zakażeń HCV i zasad zapobiegania tym zakażeniom, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników ochrony zdrowia. Cały projekt będzie realizowany w latach 2012-2016 przez specjalistów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, we współpracy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie i Głównym Inspektorem Sanitarnym.

Projekt obejmuje pięć projektów składowych obejmujących wydzielone bloki tematyczne:

1) Projekt 1: „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV”. Kierownik projektu 1 dr Magdalena Rosińska NIZP-PZH wskazała, iż 7 na 100 zakażonych wie, że są zakażeni. Podkreśliła, iż około 48 % zakażeń dochodzi w placówkach medycznych w wyniku zabiegów medycznych. Badania w kierunku HCV zostaną przeprowadzone w podstawowej opiece zdrowotnej wśród 20 tys. wylosowanych osób. Zamierzeniem tej części projektu jest m.in. dostarczenie ukierunkowanych informacji na temat występowania czynników ryzyka przeniesienia zakażeń krwiopochodnych w populacji ogólnej, poszerzenie wiedzy o epidemiologii HCV, która stwarza możliwość ukierunkowanych działań profilaktycznych.

2) Projekt 2: „Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie”. Głównym celem projektu będzie zmniejszenie ryzyka zakażenia HCV w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDU), poprzez objęcie populacji IDU profilaktyką HCV opartą na zweryfikowanym doświadczeniu oraz zwiększenie możliwości instytucjonalnych reagowania na problem HCV wśród IDU.

3) Projekt 3: „Pilotażowy program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV”, będzie realizowany w województwach: mazowieckim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, świętokrzyskim i małopolskim. Celem projektu będzie usprawnienie profilaktyki wertykalnej transmisji zakażeń HCV oraz profilaktyki niekorzystnych następstw klinicznych zakażeń HCV u dzieci wertykalnie zakażonych HCV, poprzez ocenę zasadności i wykonalności rutynowych badań w kierunku HCV w grupie kobiet w ciąży, oszacowanie częstości występowania zakażeń HCV i czynników ryzyka na podstawie badań przeprowadzonych u kobiet w ciąży oraz zwiększenie wiedzy lekarzy ginekologów-położników i rodzinnych na temat zapobiegania wertykalnej transmisji HCV oraz postępowania z dzieckiem matki zakażonej.

4) Projekt 4: „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej”. Głównymi celami projektu jest ustalenie procedur związanych z podwyższonym ryzykiem transmisji zakażenia HCV w placówkach ochrony zdrowia, modyfikacja zasad bezpieczeństwa pracy personelu medycznego, oraz procedur nadzoru i kontroli przeprowadzanych przez służby sanitarne w placówkach medycznych.

5) Projekt 5: „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych

i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV).” Będzie realizowany w latach 2013-2015, w 11 województwach zostaną przeprowadzone szkolenia dla pracowników sektora ochrony zdrowia, oraz dla pracowników poza sektorem medycznym np. w studiach tatuażu, salonach kosmetycznych. Celem projektu będzie także zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie problemu WZW C i zakażeń HCV oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji społecznej osób zakażonych HCV.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za jedno z największych światowych zagrożeń epidemicznych. Ze względu na wieloletni bezobjawowy przebieg zakażenia HCV, chorobę określono mianem cichej epidemii. WHO wskazuje, że na świecie zakażonych jest co najmniej 170 mln ludzi (2,2 – 3% populacji światowej). W Polsce rozpowszechnienie aktywnych zakażeń HCV szacuje się na około 0,6%, co odpowiada 230 tys osób zakażonych wirusem HCV i sytuuje Polskę wśród krajów europejskich o średnim współczynniku rozpowszechniania tego wirusa. ■

Notatkę opracowała:
Jolanta Kubajka-Piotrowska
Dział merytoryczny w biurze NRIPI

Notatka z XV Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej (15th International Long - Term Care Days)

W dniach 18-20 września 2012 roku w auli Uniwersytetu Medycznego Mikołaja Kopernika w Toruniu odbyła się XV Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej, zorganizowana przez Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A., Stowarzyszenie na Rzecz Opieki Długoterminowej i Pomocy Społecznej „Dom Pod Słońcem”.

Członkami konferencji byli przedstawiciele różnych zawodów działających na rzecz pacjenta/podopiecznego/klienta w opiece długoterminowej, reprezentujący 24 kraje z Europy oraz Kanady. Konferencja Toruńskich Dni Opieki Długoterminowej została zainaugurowana interesującym wykładem w wykonaniu Pana Profesora Piotra Błędowskiego. Podczas wieczoru artystycznego wszystkich obecnych na Konferencji w świetny nastrój wprowadziła Grupa MoCarta.

Tematyka Konferencji w dniach 19 i 20 września odbywała się w następujących sesjach:

I. Różne wymiary odpowiedzialności w opiece nad osobą niesamodzielną - za system, za podopiecznego, za personel - Przewodniczący: prof. dr hab. Piotr Błędowski.

II. Korzyści z zarządzania w oparciu o zintegrowany system zbierania danych o pacjencie - na przykładzie InterRAI - Przewodnicząca: dr Katarzyna Szczerbińska

III. Zarządzanie personelem w placówkach opieki długoterminowej - Przewodniczący: dr Markus Leser

IV. Dobre praktyki w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego i rehabilitacji pacjentów - Przewodniczący: prof. dr hab. Marek Żak

V. Działania terapeutyczne w opiece długoterminowej - Przewodnicząca: dr Grażyna Sniarowska

Podczas I sesji konferencji, prezentację pt. Odpowiedzialność pielęgniarki za podopiecznego w imieniu Pani Prezes NRIPI dr

n. med. Grażyny Rogali - Pawelczyk, przedstawiła Aleksandra Śnieg. Wiceprezes NRIPI udzieliła również wywiadu radiowego nt. kwalifikacji oraz predyspozycji pielęgniarki opieki długoterminowej oraz współpracy w zespole interdyscyplinarnym.

Ponadto uczestnicy konferencji mogli uczestniczyć w bardzo ciekawych warsztatach z zakresu zarządzania. Niezmiernie interesujące tematy przedstawili zagraniczni goście konferencji. Poziom merytoryczny, jak również organizacyjny konferencji otrzymał wysoką ocenę przez uczestników. ■

notatkę sporządziła:
Aleksandra Śnieg wiceprezes NRIPI

„Razem walczymy o mnie...”

– powiedział Jerzy Stuhr, gość specjalny podczas panelu dyskusyjnego „Czy to, co niemożliwe dziś, stanie się możliwe? – innowacje w leczeniu nowotworów”, który odbył się 5 września na XXII Forum Ekonomicznym w Krynicy Zdroju. Warszawa, 11.09.2012 r.

Ostatnie lata, także w Polsce, przynoszą zauważalny postęp w zakresie dostępności do innowacyjnych terapii. Niektóre choroby nowotworowe, nawet w zaawansowanym stadium można skutecznie leczyć przez wiele lat. Ta sytuacja sprawia, że choroba nowotworowa zmienia swoje oblicze, stając się już nie wyrokiem, a chorobą przewlekłą.

Panel dyskusyjny w Krynicy Zdroju był poświęcony rozwojowi innowacyjnych terapii w walce z chorobami nowotworowymi, ich znaczeniu dla ocalenia życia pacjentów w połączeniu z efektywnością kosztową dla budżetu państwa. Wzięli w nim udział wybitni specjaliści z dziedziny onkologii i hematologii – profesorowie Wiesław Jędrzejczak, Maciej Krzakowski i Krzysztof Warzocha, prezes Fundacji Watch Health Care, Krzysztof Łanda, prezes Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych, Jacek Gugulski. Doświadczeniami płynącymi z międzynarodowej współpracy w rozwijaniu innowacyjności dzielił się George Handy z organizacji Activity for Innovation and Economic Growth.

W 2008 roku zdiagnozowano około 12,7 milionów przypadków zachorowania na nowotwory złośliwe na całym świecie. Liczba ta ma wzrosnąć do 21 mln w 2030 roku. W Polsce to druga pod względem liczby przyczyna zgonów. Tylko w 2009 roku na choroby nowotworowe zachorowało ponad 138 000 osób, a liczba odnotowanych zgonów właśnie z tego powodu wynosiła 93 000. Najwięcej zachorowań notuje się u osób w wieku 50-79 lat, a w związku z procesem starzenia się społeczeństwa zagrożenie będzie narastać. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia w 2025 roku na świecie będzie 27 000 000 zachorowań na raka. W Polsce liczba nowych przypadków sięgnie 176 000!

Profesor Maciej Krzakowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej, zwrócił uwagę, że dzięki rozwojowi nauki, zaangażowaniu lekarzy jaki i postawie pacjentów wiele zmieniło się w postępowaniu przeciwnowotworowym w ciągu ostatniej dekady. Przedstawił statystyki – w skali świata od 1980 roku przewidywana długość życia osoby chorej na nowotwór wydłużyła się średnio o 3 lata². W znacznej ilości przypadków to zasługa nowoczesnych terapii. Z kolei od 1993 do 2004 roku wskaźniki umieralności chorych na nowotwory



obniżyły się istotnie, co przyniosło średni roczny spadek umieralności na choroby nowotworowe o ok. 2%³.

Profesor Wiesław Jędrzejczak podał przykład przewlekłej białaczki szpikowej. „Przed erą inhibitorów kinazy tyrozynowej zdecydowana większość umierała w przeciągu 5 lat od rozpoznania. Dziś, od momentu zdiagnozowania choroby, szacunkowa długość życia wzrosła do kilkunastu lat. Inhibitory drugiej generacji dają możliwość czasowego, lub w niektórych przypadkach całkowitego odstawienia leku. Obecnie trwają badania kliniczne, które – jeśli potwierdzą tą tezę – zrewolucjonizują leczenie chorób nowotworowych.”

Do wypowiedzi profesora Jędrzejczaka nawiązał profesor Krzysztof Warzocha. Przyszłość leczenia upatruje w terapiach celowanych. Opierają się na identyfikacji zdrowych i chorych komórek, niszcząc tylko te, które są zagrożeniem dla pacjenta. „Zdecydowanie postęp powinien podążać w kierunku medycyny spersonalizowanej, czyli terapii dostosowanej nie tylko do konkretnej jednostki chorobowej, ale także do konkretnego pacjenta. To podejście wymaga wysiłku naukowego i dużych inwestycji, ale w długoterminowej perspektywie jest to jedyna droga rozwoju.”

O wadze poczucia bezpieczeństwa związanego z dostępem do leczenia mówił Jerzy Stuhr: „Osoby, które zachorowały na raka, często nie potrafią udźwignąć wiadomości o swojej chorobie i pozostają osamotnione w walce z nią. Dla osób cierpiących na chorobę nowotworową niezmiernie ważne jest poczucie bezpieczeństwa. Świadomość, że pozostają pod opieką lekarza onkologa, mają dostęp do badań kontrolnych, poczucie, że nie zabraknie dla nich leków, kiedy będą ich potrzebować, jest kluczowym elementem walki z chorobą” – podkreślił aktor.

Do słów Jerzego Stuhra nawiązała Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Podkreśliła, że bezpieczeństwo jest wynikiem holistycznego podejścia do pacjenta, w czym dużą rolę pełnią wykwalifikowane pielęgniarki.

„Każda wiadomość o nowej, innowacyjnej terapii budzi entu-

zjazm pacjentów. Rozbudza nadzieję. Dlatego nie zawsze rozumiemy mechanizmy opóźniające wprowadzenie innowacyjnych terapii. Odnosimy wrażenie, jako stowarzyszenie pacjenciek, że nie zawsze chodzi tylko o racjonalne wydawanie pieniędzy, ale często o rozbudowane procedury administracyjne” – podkreślał Jacek Gugulski. „Życzylibyśmy sobie, aby podejmując decyzje o przyznaniu lub odmowie terapii, brano pod uwagę opinię lekarzy i dążono do wyrównania dostępu do innowacyjnych terapii w krajach całej Europy”.

George Handy podkreślił znaczenie innowacji w dobie ogólnoswiatowego kryzysu. „Pomimo trwającego kryzysu finansowego innowacje, szczególnie w medycynie, muszą być kontynuowane. Będą one możliwe pod warunkiem współpracy pomiędzy różnymi interesariuszami oraz ciągłego polepszania procesów współdziałania pomiędzy środowiskami decydentów, naukowym i biznesu. W końcu, w innowacji najważniejszy jest człowiek.”

Prezes Fundacji WHC w Polsce, Krzysztof Łanda zwrócił uwagę, że w tym kontekście zupełnie inaczej należy potraktować wydatki na zdrowie w Polsce. „Wydatki na zdrowie to także inwestycja, ponieważ dzięki nowym, innowacyjnym lekom można zahamować, lub spowolnić postęp wielu chorób, a co za tym idzie, często uniknąć kosztownej hospitalizacji oraz inwazyjnych, drogich procedur.

Na zakończenie spotkania ponownie głos zabrał Jerzy Stuhr: „Państwo wiele mówili o nowotworach jako o przedmiocie analiz ekonomicznych, statystycznych. Życzyłbym sobie, żeby postęp w medycynie trwał cały czas, tak, żeby nasze dzieci i wnuki mogły kiedyś usłyszeć, że raka można całkowicie wyleczyć. Musicie bowiem pamiętać, że pacjent to nie kolejna liczba w statystykach. To żywy człowiek, dla którego każdy kolejny dzień życia jest wart każdych pieniędzy.” ■





XIX Konferencja **Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie**

3-4 Grudnia 2012 Warszawa, Hotel Marriott

Szanowni Państwo,

Miło nam poinformować, że Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” przygotowuje XIX edycję Konferencji obradującej corocznie pod hasłem „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. Podobnie, jak w latach poprzednich, tegoroczne spotkanie stanowi element obchodów Światowego Dnia AIDS w Polsce.

Serdecznie zapraszamy do udziału w obradach, które odbywać się będą w dniach 3-4 grudnia 2012 r. w Warszawie, w salach konferencyjnych Hotelu Marriott.

Nasze doroczne spotkanie „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” jest bardzo dobrą okazją do zdobycia najaktualniejszych informacji z zakresu profilaktyki, pomocy osobom żyjącym z HIV i strategii działań w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV. Konferencja corocznie gromadzi prawie 400-osobowe gremium specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego, lekarzy, decydentów, przedstawicieli organizacji pozarządowych, mediów, sektora prywatnego i - co najważniejsze - przedstawicieli osób żyjących z HIV, dzięki czemu stanowi szerokie forum wymiany doświadczeń, nawiązywania kontaktów i inspirowania do nowych inicjatyw w zakresie programów HIV/AIDS.

Konferencja organizowana jest we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS, Urzędem m.st. Warszawy i Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Jak co roku, przy przygotowaniu Konferencji pomocy udzieliłi również sponsorzy i dyrekcja hotelu Marriott.

Prosimy o rozpowszechnienie informacji o Konferencji wśród osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS. Serdecznie zapraszamy. ■

Z poważaniem
Mateusz Liwski
Prezes Zarządu
Fundacji „Res Humanae”

- Obrady Konferencji odbywać się będą w Hotelu Marriott.
- Opłatę konferencyjną w wysokości 320 zł prosimy przekazać na konto Fundacji. W ramach opłaty konferencyjnej organizator zapewnia materiały i obsługę konferencyjną, obiady, kawę i herbatę w wyznaczonych przerwach obrad.
- Koszty podróży i noclegów pokrywa uczestnik.
- Więcej informacji na stronie internetowej:
<http://www.reshumanae.neostrada.pl>



Informacje

Medical Prestige Club

Katowice, dnia 12.10.2012

Medical Prestige Club jest pierwszym w Polsce prywatnym przedsięwzięciem powstałym specjalnie z myślą o Pielęgniarkach i Położnych. Przygotowując projekt powstania Medical Prestige Club a następnie wcielając go w życie, założycielom przyświecała tylko jedna myśl – sprawić by życie personelu medycznego stało się prostsze, by pojawiło się w nim więcej

pewności i spokoju. (Medical Prestige Club działa na wielu płaszczyznach. Wiemy doskonale, że życie nie składa się z samej pracy. Często również ważna, a może nawet ważniejsza jest sfera życia prywatnego. Wszystko co robi Medical Prestige Club służy właśnie pielęgniarkom i położnym. Zdajemy sobie sprawę, że nie samą pracą człowiek żyje - stąd oferujemy naszym członkom znaczne ułatwienie w życiu prywatnym i zawodowym). Od miesiąca października Medical Prestige Club wprowadza na rynek nowy produkt Promocyjną Kartę Członkowską Medical Prestige Club, dzięki której nasze członkinie będą mogły korzystać z: ochrony prawnej, uzyskiwać zniżki i rabaty w około 2000 punktach usługowo-handlowych na terenie całego kraju, uczestniczyć bezpłatnie w szkoleniach i konferencjach, korzystać ze zniżek na usługi prawne, notarialne, bankowe, szkół językowych, taxi, fryzjersko-kosmetyczne, badań laboratoryjnych i wiele innych.

Promocyjna Karta Członkowska Medical Prestige Club będzie bezpłatna i dystrybuowana przy okazji szkoleń, konferencji i spotkań.

Medical Prestige Club w najbliższym czasie będzie przeprowadzał także bezpłatne szkolenia z zakresu zachowań w kontakcie z trudnym pacjentem. Naszym celem jest przygotowanie personelu medycznego do umiejętności radzenia sobie w sytuacji zagrożenia, niebezpieczeństwa, spowodowanej przez agresywnego, roszczeniowego pacjenta lub jego rodzinę.

Informacje dotyczące terminu szkolenia będą umieszczane na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Zarząd Medical Prestige Club wspólnie ze swoimi Partnerami podjął decyzję o objęciu specjalnym pakietem ubezpieczeniowym (ochrona prawna i OC) określoną liczbą pielęgniarek i położnych w każdym województwie.

Wszystkie osoby zainteresowane otrzymaniem promocyjnej karty wraz z bezpłatnym pakietem ubezpieczeniowym, prosimy o zgłoszenie się do siedziby Klubu.

Gorąco zachęcamy do odwiedzenia naszej strony internetowej, na której znajdują się aktualne promocje i wiadomości www.mpc-pielegniarki.pl. Kontakt do Klubu 40-027 Katowice, ul. Francuska 35-37, pod numer tel. 32 785 79 50, 503 803 722 lub na adres e mailowy: sekretariat.mpc@gmail.com. ■

Z wyrazami szacunku
Ewa Błachut
Prezes Zarządu

Notatka z premiery Raportu Siemens 2012 „Zdrowie – męska rzecz”, która odbyła się w dniu 12 września 2012r. w warszawskim Centrum Nauki Kopernik. Patronat merytoryczny nad impresją objął Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Raport „Zdrowie – męska rzecz” jest drugą pozycją wydaną i sfinansowaną przez Firmę Siemens Sp. z o.o. Mężczyźni w Polsce żyją znacznie krócej niż kobiety (w roku 2010 przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce wynosiła 72,1 roku, a kobiet 80,7 roku), także krócej niż mężczyźni większości



krajów UE. Również częściej niż kobiety umierają we wszystkich grupach wiekowych. Jednocześnie deklarują znacznie lepszy stan zdrowia niż kobiety w ich wieku. Dlaczego tak się dzieje? Na to pytanie odpowiada Raport, którego zadaniem było rozpoznanie i opisanie listy przyczyn, powodujących iż mężczyźni zbyt rzadko i za późno sięgają po pomoc medyczną oraz stworzenie punktu wyjścia do publicznej dyskusji na temat zdrowia mężczyzn.

Raport „Zdrowie – męska rzecz” przedstawiła dr hab. n. med. Dorota Cianciara. Autorka omówiła przebieg i wyniki badań oraz rekomendacje, które dostępne są na stronie www.siemens.pl/medycyna.

Po prezentacji Raportu odbyła się dyskusja panelowa z udziałem:

- dr hab. n. med. Doroty Cianciary – dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, kierownik Promocji Zdrowia w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny,
- prof. Bogdana Wojtyniaka – zastępcy dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny,
- dr n. med. Beaty Małeckiej-Libery – wiceprzewodniczącej sejmowej Komisji Zdrowia,
- dr n. med. Romana Sosnowskiego – urologa z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego w Centrum Onkologii w Warszawie,
- red. Sławomora Zagórskiego – szefa działu nauki „Gazety Wyborczej”.

Notatkę sporządziła
Teresa Kuziara członek NRPiP

Oferta kursów OIPIP w Częstochowie

SKZOLENIA SPECJALIZACYJNE

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo pediatryczne
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne
3. Pielęgniarstwo psychiatryczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo zachowawcze
7. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
8. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Leczenie ran dla położnych
2. Leczenie ran dla pielęgniarek
3. Szczepienia ochronne noworodków
4. Szczepienia ochronne dla pielęgniarek
5. Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek

6. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego
7. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
8. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka
9. Podstawy opieki paliatywnej
10. Edukator w cukrzycy

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Badanie tętna płodu - zapis kardiokografii
2. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego
3. Cewnikowanie pęcherza moczowego
4. Zasady dezynfekcji i sterylizacji

SKZOLENIA

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
3. Leczenie ran przewlekłych z zastosowaniem specjalistycznych opatrunków

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów pożądanych kursów/szkoleń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPIP pokój nr 407 lub telefonicznie tel. 519 862 186 ■

Szanowne Panie/Panowie,

Wspólnie z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych uruchamiamy 01.10.2012 internetowy serwis edukacyjny pod adresem www.edukaciapacjenta.pl, którego adresatem są Pielęgniarki i Położne na co dzień edukujące pacjentów z zakresu Pediatrii (m.in. szczepień, dermatologii, higieny i opieki nad noworodkiem, prawidłowego odżywiania dziecka itp.) na terenie całego kraju.

Podstawową funkcjonalnością serwisu www.edukaciapacjenta.pl jest:

1. Bezpieczne logowanie za pomocą unikatowego loginu i hasła (indywidualnie przyznawane dla każdego Edukatora/Pielęgniarki/Położnej).
2. Szeroki dostęp dla zarejestrowanych Edukatorów (Pielęgniarki i Położnej) do oferowanych na rynku przez Firmy Farmaceutyczne i Towarzystwa Naukowe materiałów edukacyjnych, pomocy szkoleniowych, wyrobów medycznych (np.: glukometr) czy próbek produktów (np.: dermokosmetyków, odżywek dla dzieci itp.) - całkowicie bezpłatnie. Dzięki temu Edukator niezależnie od miejsca zamieszkania (miasto, wieś) czy możliwości uczestniczenia w szkoleniach ma stały dostęp do wiedzy, podstawowych materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych itp.
3. Możliwość komentarzy, ocen i porównania między sobą dostępnych na rynku materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, co bezpośrednio wpłynie na aktywizację środowiska Pielęgniarek i Położnych w celu wymiany opinii i doświadczeń - kluczowa zaleta dla rozwoju osób z różnym doświadczeniem, miejscem zamieszkania (wieś, małe, średnie czy duże miasto), a dodatkowo wnioski i sugestie będą przekazywane autorom materiałów w celu poprawy ich jakości - wzmocnienie roli Pielęgniarki i Położnej
4. BOOT/Wirtualny Konsultant wyposażony w wiedzę medyczną z zakresu Pediatrii (24/h wsparcie merytoryczne Pie-



lęgniarki i Położnej np.: BOOT będzie posiadał wiedzę na temat „faktów i mitów” dotyczących szczepień oraz udzielał informacji gdzie i jak zgłaszać NOP - istotna korzyść z punktu widzenia negatywnego obrazu tworzonego przez działalność ruchów antyszczepiennych w Polsce i wiele innych...) Start planowany na 12.2012

5. Finalnie to poprawa jakości serwisu edukacyjnego skierowanego do pacjenta (Pielęgniarka i Położna wyposażona w odpowiednią wiedzę i materiały przygotowane zgodnie z sugestiami środowiska profesjonalistów - w tym własne - jest równym partnerem lekarza w leczeniu i profilaktyce).
6. Rośnie świadomość pacjentów na temat profilaktyki szczepień i wielu innych... Pacjent świadomy jest skuteczniej leczony, a odpowiednia profilaktyka zabezpiecza go w przyszłości przed poważnymi chorobami czy ich powikłaniami - bardzo drogimi w przypadku ich leczenia.

Prosimy o przekazanie informacji do członków Okręgowych Izb Pielęgniarskich wraz z prostą instrukcją logowania (w załączniku). Liczymy na Państwa zaangażowanie i odpowiedzialność które będą miały bezpośredni wpływ na zakres materiałów i pomocy szkoleniowych przekazywanych bezpłatnie poprzez serwis www.edukaciapacjenta.pl

Pytania prosimy kierować pod adres: info@ilcs.pl ■

Z poważaniem
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
oraz Zespół Serwisu edukacjiapacjenta.pl

Konferencja PTPR

W dniach 24-26 września b.r. na zamku w Książu odbyła się V Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy współpracy z Dolnośląską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych. Tematem konferencji były: „Wypadki masowe i katastrofy”.

Różnorodne środowiska reprezentujące szeroko rozumiane ratownictwo przybyły do Książa zarówno z kraju, jak i z zagranicy tj. Holandii, Belgii czy USA.

Przybyli na konferencję przedstawiciele Biura Bezpieczeństwa Narodowego wyrazili w imieniu prezydenta RP Bronisława Komorowskiego słowa uznania dla działalności PTPR oraz wręczyli prezesowi PTPR Markowi Maślance Medal Honoru, który przyznał szef BBN-u gen. Stanisław Koziej za codzienną pracę oraz kreatywne działania w związku z występowaniem nowego rodzaju zagrożeń dla bezpieczeństwa.

Uczestnicy konferencji mieli okazję zapoznać się z organizacją systemu ratownictwa medycznego w Holandii oraz jego ewolucją, wraz ze zmieniającymi się rodzajami zdarzeń oraz rozwojem technologii informatycznych. Bieżąca analiza działań wykorzystywana jest do opracowywania wniosków, zmierzających do udoskonalania działań ratowniczych we wszystkich jego fazach, dzięki czemu można zminimalizować błędy podczas kolejnych akcji ratowniczych. Ważne miejsce w holenderskim Emergency Medical System ma pielęgniarka ratunkowa. Jej rola i zakres działań wynika z szeregu precyzyjnie sformułowanych procedur medycznych oraz ustawicznych szkoleń.

Przewodniczący Europejskiej Rady Pielęgniarsstwa Ratunkowego (European Society of Emergency Nurses; EuSEN) Door Lauwaert z Belgii przedstawił historię oraz plany i credo

European Society of Emergency Nurses; EuSEN) przypominając, że PTPR też jest członkiem EuSEN.

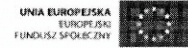
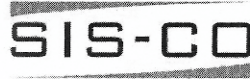
Specjaliści z zakresu ratownictwa medycznego będący autorytetami, a zarazem praktykami w swoich dziedzinach, przedstawili niedoskonałości obecnych rozwiązań z zakresu opracowywania zdarzeń masowych oraz swoje propozycje i zalecenia zmierzające do ich doskonalenia. Podkreślona została rola jasnych procedur, które zapewnią skuteczny i niezawodny system ratownictwa, zwłaszcza w przypadku zdarzeń o charakterze masowym. Przedstawiono aktualne wyniki badań dotyczące postępowania przeciwbólowego w stanach nagłych oraz oceny i leczenia zaburzeń wolemii. Dużą uwagę poświęcono tematyce segregacji poszkodowanych w warunkach pozaszpitalnych, ale również w dalszych etapach działań ratunkowych do SOR włącznie, udowadniając, że to problem, z którym nie w sposób sobie poradzić bez jasnych i praktycznych procedur. Przedstawiono wpływ stresu na jakość pracy ratowników oraz dostępne formy pomocy psychologicznej dla osób pracujących w trudnych warunkach psychicznych. To nadal temat tabu w polskich realiach, pomijany lub niedoceniany wśród pracodawców i pracowników ratownictwa.

Głównym tematem drugiego dnia konferencji był terrorizm. Jesteśmy zmuszeni zmierzyć się z tym problemem jako społeczeństwo oraz jako służby ratownicze, biorące udział w bezpośrednich działaniach antyterrorystycznych. Zwrócono uwagę na konieczność współdziałania służb biorących udział w działaniach antyterrorystycznych, których nieodłącznym elementem powinny być wspólne warsztaty i ćwiczenia. Zapoznaliśmy się również ze specyfiką działań ratowniczych w warunkach bojowych. Niezwykle interesującym elementem konferencji była symulacja zamachu terrorystycznego w plenerze, na jednym z dziedzińców zamkowych. Ćwiczenia te były z pewnością ciekawe i spektakularne, ale co ważniejsze – zobrazowały istnienie licznych zagrożeń w miejscu zamachu z którymi na co dzień nie zawsze się liczymy.

Uczestnicy konferencji mieli okazję zapoznać się z rolą i zadaniami pielęgniarki ratunkowej w USA. Doświadczenia służb ratowniczych w USA pokazały obrazowo jak bardzo brakuje w Polsce procedur, określające zakres kompetencji i odpowiedzialności poszczególnych członków zespołów medycznych. Przybliżono problem dekontaminacji pacjentów w SOR. Wtórne skażenie personelu jest tym, czego bezwzględnie należy unikać, zwłaszcza podczas zdarzenia masowego. Dokonana została analiza rozwiązań wykorzystywanych w ratownictwie medycznym przez praktyków, od CPR-u do SOR-u która udowodniła, że prawidłowa współpraca wielu służb i jednostek jest trudna, często ich wzajemne współdziałanie jest w praktyce najsłabszym elementem akcji ratunkowej. Kluczem konferencji było słowo TRIAGE – a jego historia, poczynając od zarania dziejów działań wojennych, przybliżyła sens i wartość segregacji na tle historii i kultur.

Urokliwe zakątki Zamku Książ i jego otoczenia były ciekawą scenografią konferencji. Nie przyćmiły jednak istotnej wartości merytorycznej tego spotkania wynikającej z obecności wielu znamienitych gości i mówców, a także zaangażowania uczestników. V konferencja świadczy o tym, że PTPR jest poważaną i liczącą się platformą dyskusji dotyczącej ratownictwa medycznego. Warto z tej pozycji korzystać poprzez tworzenie kolejnych inicjatyw i dążenie do ich skutecznienia, gdyż jako środowisko zawodowe z pewnością mamy wiele do zaproponowania. ■

Komitet Organizacyjny PTPR.



**ZAPRASZAMY NA KURSY KWALIFIKACYJNE:
„PIELĘGNIARSTWO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ”
„PIELĘGNIARSTWO RODZINNE”**

Dla osób powyżej 50 roku życia, zatrudnionych lub zamieszkałych na terenie województwa śląskiego w ramach projektu

**„Podnoszenie kwalifikacji śląskich pielęgniarek w wieku powyżej 50 lat”
nr WND-POKL.08.01.01-24-348/11**

Instytucja Wdrażająca: Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach

Realizator projektu : SIS-CO Artur Dębiński ul. Kluczborska 33/36, 31-271 Kraków

Organizatorzy kształcenia: KLINIKA FFX, REDLENS SP.J.

Rekrutacja do projektu : od października do listopada 2012.

Realizacja : od listopada 2012r. do maja 2013 r. Planowane miejsca realizacji zajęć stażowych: Katowice, Gliwice, Ruda Śląska, Tarnowskie Góry, Chorzów

Koszt udziału w kursie: BEZPŁATNY

W kursie może uczestniczyć osoba, która ŁĄCZNIE spełnia następujące warunki:

1. W momencie rekrutacji ukończyła 50 lat;
2. Nie prowadzi działalności gospodarczej;
3. Jest zamieszkała na terenie województwa śląskiego w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, (Art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu) lub zatrudniona na terenie województwa śląskiego na podstawie umowy o pracę, wyboru, powołania, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, umowy zlecenia lub umowy o dzieło,
4. Posiada aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i co najmniej 6 miesięczny staż pracy. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 197 poz. 1923)).

O kolejności na liście decyduje liczba uzyskanych punktów. Preferowane są osoby :

1. które nie uczestniczyły w kursach kwalifikacyjnych w ostatnich 3 latach (2 pkt),
2. które nie uczestniczyły w kursach kwalifikacyjnych w ostatnich 2 latach (1 pkt).
3. Osoby, których wyniki w badaniu rekrutacyjnym (ankieta), uwarunkowań osobowościowych będą niższe od średnich zmierzonych w badaniu własnym Realizatora projektu dla osób powyżej 50 roku życia.

W razie uzyskania równej liczby punktów o kolejności na liście decyduje kolejność zgłoszeń.

W ramach projektu odbędzie się po jednej edycji ww. kursów. Liczba miejsc w jednym kursie ograniczona do 32 osób.

W ramach projektu dodatkowo każdy uczestnik kursu weźmie udział w warsztatach
„PRZECIWDZIAŁANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU PIELĘGNIAREK”

Więcej informacji o projekcie na stronie www.kadrymedyczne.pl

Kontakt pod nr tel. **500 176 854** lub drogą e-mail: rekrutacja@sis-co.pl fax: **123981995**

Kursy prowadzone będą na podstawie ramowych programów opracowanych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z ustawą z dn. 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Zgodnie z tą ustawą kursy zakończą się egzaminem, dającym uprawnienia do wykonywania czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych – zgodnie z dziedziną kursu.

*Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*



„NOWOTWOREK”

Jestem pielęgniarką, pracuję w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy, na Oddziale Neurologii. Napisałam wierszyk pt. "NOWOTWOREK", który miał na celu pomoc w profilaktyce, w dotarciu do ludzi i przełamaniu się ich do korzystania z istniejących programów profilaktycznych do walki z chorobą nowotworową.

*Jestem Nowotworek.
Czarny mam humorek.
Lubię Was pomęczyć
I trochę podręczyć.*

*Rosnę potajemnie,
Asiła tkwi we mnie.
Czynię spustoszenie
Na Wasze życzenie.*

*Co to?! Rozpacz dzika.
Jest profilaktyka?
Och! Co to się dzieje?
Wiatr mi w oczy wieje!"*

*Gdy się tylko tworzę,
Gdy tylko powstaję,
Niszczą mnie i trują.
Albo wycinają.*

*Ta profilaktyka
Nie daje bófikać."
Szybko mnie dopada,
gdy się wcześniej bada.*

*Odkąd są programy
My życia nie mamy.
Bach! Profilaktyka!
I ślad po nas znika.*

Justyna Kamińska

APEL

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych przy Szpitalu w Błachowni zwraca się do Szanownych Koleżanek i Kolegów z apelem o okazanie solidarności zawodowej w stosunku do Naszych Koleżanek zatrudnionych w Prywatnej Przychodni Lekarskiej w Opolu, Szpitalu w Błachowni, tj. w dawnym Szpitalu im. R. Weigla w Błachowni.

Dyrekcja placówki od kilku miesięcy prowadzi planową redukcję etatów i od czerwca 2012 r. co miesiąc zwalnia kilkanaście Pielęgniarek i Położnych. W wyniku tego do dnia dzisiejszego pracę straciło ok. 40 Naszych Koleżanek.

W tym samym czasie działająca w porozumieniu z dyrekcją szpitala zewnętrzna firma świadcząca usługi na zasadzie outsourcing'u prowadzi rekrutację Pielęgniarek i Położnych, których zadaniem będzie świadczyć pracę na odcinkach, z których są właśnie zwalniane etatowe Pielęgniarki i Położne.

W związku z powyższym wzywamy do okazania solidarności zawodowej i moralnego wsparcia Naszym Koleżankom z placówki w Błachowni poprzez ignorowanie ogłoszeń o pracę dotyczących podjęcia zatrudnienia w ww. szpitalu oraz poprzez nieprzyjmowanie ofert zatrudnienia składanych przez wspomnianą wyżej firmę zewnętrzną.

Pamiętajmy, że każdy nowy pracownik świadczący pracę w szpitalu w Błachowni na zasadzie outsourcing'u pozbawia pracy co najmniej jedną Pielęgniarkę lub Położną dotychczas zatrudnioną w ww. placówce !!!

Przewodnicząca Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
przy Szpitalu w Błachowni
Grażyna Cioch

GODZINY PRACY BIURA OIPI

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

Szkoleniowe posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Organów Okręgowej Izby, Pełnomocników oraz Pielęgniarek i Pielęgniarzy Naczelnych 20-21 września 2012 roku.



V Jubileuszowa Konferencja PTPR „Wypadek masowy” 24-26 września 2012 rok

