

UWAGA!

Wyniki rozstrzygnięcia konkursu „Codzienność zawodowa - cienie i blaski” zostaną opublikowane na łamach Biuletynu OiPiP Nr 10/2008

UWAGA!

Konferencja nt. „**Bezpieczne podawanie leków**” (II termin) odbędzie się 19 września 2008r. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 2 im. N. Barlickiego, Łódź, ul. Kopcińskiego 22 - Aula Palucha. Osoby, które wyraziły chęć udziału w I terminie Konferencji, a nie zostały zakwalifikowane z braku miejsc zostały automatycznie wpisane na listę uczestników w II terminie.

Duszpasterstwo Służby Zdrowia Archidiecezji Łódzkiej organizuje w dniach od 16 września do 5 października 2008 r. autokarową pielgrzymkę pracowników lecznictwa do Włoch, na Sycylię i Maltę. W planie pielgrzymki m. in. Padwa, Loretto, San Giovanni Rotondo, Bari, Casa Massima, Syrakuzy, Pompeje, Monte Cassino, Rzym, Mentorelli, Innsbruck, Altotting, Markt am Inn. Koszt 710 Euro plus 390 zł.

Informacja i zapisy:

Duszpasterz Służby Zdrowia,
ks. Paweł Sudowski
tel/fax 042 630 15 60

Biuletyn 7-9/2008

1 września 2008 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Serwis informacyjny
- 4 Prawnik radzi
- 5 Szkolenia i konferencje - komunikaty
- 9 Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą szkolną - standardy postępowania, przepisy prawne
mgr Żaneta Karczewska
- 12 Znaj obowiązki...wiedz więcej...czy wiesz, że...
Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia
- 16 Rola pielęgniarki wobec pacjenta w podeszłym wieku z chorobą Alzheimera
Agnieszka Kałużna
- 17 Czy praca w nocy zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi u pielęgniarek?
dr n. med. Beata Popłońska, mgr Joanna Marjańska
- 18 Samobójstwo - stan nagły w psychiatrii
Ilona Sobczyk
- 22 WSH-E Naukowe Koło Studenckie:
Stosowanie w pracy pielęgniarki elementów rehabilitacji psychicznej
Anna Cichomska
- 23 Alkoholowy Zespół Płodowy - FAS
Agnieszka Kałużna
- 26 Czy wiesz komu zawdzięczamy wprowadzenie kształcenia podyplomowego?
dr n. med. Barbara Dobrowolska
- 27 Kącik biblioteczny

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17

tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OiPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

Skład: OiPiP – Agnieszka Krzysztofik

Druk: BiK – M. Bernaciak

91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 16 czerwca 2008 roku

- ➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek - 7 pielęgniarkom i 1 położnej.
- ➔ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 1 położną.
- ➔ Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu - 2 pielęgniarkom i 1 położnej.
- ➔ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 5 pielęgniarek i 1 położną.
- ➔ Wpisano do rejestru praktyki indywidualnej – 2 praktyki.
- ➔ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych - 5 praktyk.
- ➔ Rozpatrzono wnioski w sprawie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu:
 - skrócono przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu – 5 pielęgniarkom.
- ➔ Dokonano wpisu 2 osób na listę członków Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych.
- ➔ Podjęto Uchwałę w sprawie utworzenia przy OIPiP w Łodzi Niepublicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej oraz powołano Zespół ds. utworzenia NZOZ-u.
- ➔ Podjęto Uchwałę w sprawie utworzenia przy OIPiP w Łodzi Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych oraz powołano Zespół ds. utworzenia Szkoły.
- ➔ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - kursie specjalistycznym - 8 osobom,
 - kursie kwalifikacyjnym - 15 osobom,
 - sympozjum i konferencji - 7 osobom.
- ➔ Zatwierdzono koszty:
 - Konferencji „Zdrowie psychiczne sprawą narodową i priorytetem międzynarodowym” organizowanej przez Komisję Pielęgniarek Psychiatrycznych,
 - udziału 5 osób w Konferencji „Aspekty prawne wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej”,
 - realizacji 2 edycji kursów kwalifikacyjnych w ramach umowy zlecenia z Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi:
 - a) *Pielęgniarstwo operacyjne - program dla pielęgniarek i położnych,*
 - b) *Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i IOM - program dla pielęgniarek.*
- ➔ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do pracy w komisjach egzaminacyjnych kursów specjalistycznych.

Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 25 czerwca 2008 roku

- ➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek - 4 pielęgniarkom.
- ➔ Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu - 3 pielęgniarkom.
- ➔ Wpisano na listę członków OIPiP i do rejestru pielęgniarek - 1 pielęgniarkę.
- ➔ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 5 pielęgniarek.
- ➔ Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony - 1 osoba.
- ➔ Dokonano zmiany wpisu do rejestru praktyk grupowych i indywidualnych pielęgniarek - 4 praktyki.
- ➔ Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych - Akademia Zdrowia - kurs specjalistyczny „Endoskopia – program dla pielęgniarek”.
- ➔ Na wniosek Przewodniczącej Komisji Warunków Pracy dokonano aktualizacji stanu osobowego Komisji.
- ➔ Podjęto Uchwały w sprawach:
 - zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu jej stanu zdrowia,
 - kontynuowania terapii odwykowej przez położną,
 - wyznaczono następny termin badania przez Komisję Lekarską dla 2 pielęgniarek, które nie stawily się w wyznaczonym pierwszym terminie.
- ➔ Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu - 1 pielęgniarkę.
- ➔ Podjęto Apel w sprawie decyzji Ministra Zdrowia o decentralizacji Narodowego Funduszu Zdrowia i nowego sposobu finansowania jednostek opieki zdrowotnej w Polsce.
- ➔ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - kursie specjalistycznym - 8 osobom,
 - kursie kwalifikacyjnym - 15 osobom,
 - sympozjum i konferencji - 22 osobom,
 - odmówiono dofinansowania ze względów regulaminowych - 2 osobom.
- ➔ Odmówiono dofinansowania V Zjazdu Absolwentów Szkół Medycznych w Łowiczu.
- ➔ Przyznano zapomogi bezzwrotne w wysokości:
 - 1. 500 zł. - 2 osobom,
 - 750 zł. - 4 osobom,
 - odmówiono przyznania zapomogi bezzwrotnej ze względów regulaminowych 2 osobom.
- ➔ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do pracy w:
 - komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego i kursów specjalistycznych,
 - komisjach konkursowych na stanowisko ordynatora.

- ➔ Przyjęto sprawozdania:
 - Skarbnika - z wykonania dochodów i kosztów za I półrocze 2008 r.,
 - z działalności Biblioteki OIPiP w Łodzi.

Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 16 lipca 2008 roku

- ➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych - 4 pielęgniarkom i 2 położnym.
- ➔ Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu - 2 pielęgniarkom.
- ➔ Wpisano na listę członków OIPiP i do rejestru pielęgniarek i położnych - 5 pielęgniarek i 3 położne.
- ➔ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 4 pielęgniarki i 4 położne.
- ➔ Dokonano wpisu do rejestru praktyk grupowych i indywidualnych pielęgniarek - 4 praktyki.
- ➔ Skreślono z rejestru praktyk grupowych i indywidualnych pielęgniarek i położnych - 10 praktyk.
- ➔ Podjęto Uchwały w sprawach:
 - zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu jej stanu zdrowia, na czas do stawienia się na badania – 2 pielęgniarkom.
- ➔ Rozpatrzono wnioski w sprawie skrócenia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu – 1 pielęgniarcę.
- ➔ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - kursie specjalistycznym - 30 osobom,
 - kursie kwalifikacyjnym - 41 osobom,
 - symposium i konferencji - 21 osobom,
 - odmówiono dofinansowania ze względów regulaminowych - 3 osobom.
- ➔ Przyznano zapomogi bezzwrotne w wysokości:
 - 1. 500 zł. - 3 osobom,
 - 1. 000 zł. - 1 osobie,
 - 750 zł. - 1 osobie.
- ➔ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do pracy w:
 - komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego i kursów specjalistycznych,
 - komisjach konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej,
 - komisji konkursowej na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

oprac. **Anna Manes** – sekretarz ORPiP w Łodzi

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

znak: CF/DSOZ/KrK/2008/06/02/W/02893

Warszawa, 20.02.2008 r.

Szanowna Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W związku z przekazywanymi przez organy samorządów zawodowych pielęgniarek i położnych informacjami o obiektywnych trudnościach w rejestrowaniu **indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych uwzględniających miejsce udzielania świadczeń** (zgodnie i stosownie do zapisów §23, 24 i 37 zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku – z późniejszymi zmianami), które były rejestrowane w formie **indywidualnych praktyk pielęgniarek lub położnych** w miejscu wezwania, pragnę poinformować, że wyraziłem zgodę na zastosowanie odstępstwa od wymagań wskazanych powyżej w odniesieniu do świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy w zakresach: pielęgniarka POZ lub położna POZ. Nieprzekraczalnym terminem dostosowania się świadczeniodawców do wskazanych wymogów jest **31 grudnia 2008 roku**.

Jednakże wskazuję, że zastosowane prawo dotyczy wyłącznie wymogów lokalowych i nie może być traktowane jako przyzwolenie na ograniczenie zakresu czynności, które pielęgniarki POZ lub położne POZ mają do zrealizowania w ramach umów zawartych z NFZ.

O powyższej decyzji zostali powiadomieni Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ.

Jednocześnie zgodnie z uzgodnieniami poczynionymi na spotkaniu, które odbyło się 9 stycznia 2008 roku w Centrali NFZ, zwracam się z prośbą o przekazanie stosownej informacji organom samorządów pielęgniarek i położnych w Polsce.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
(-) *dr n. med. Jacek Paszkiewicz*

Opinia prawna w sprawie zastępowania pielęgniarek ratownikami medycznymi

Radca prawny
Dariusz Ojrzyński

Zgodnie z art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207 z późn. zm.) ratownik medyczny, podobnie jak lekarz ratunkowy i pielęgniarka ratunkowa, jest osobą uprawnioną do podejmowania medycznych działań ratowniczych. Medyczne działania ratownicze należy rozumieć, jako działania medyczne, służące ratowaniu osoby w stanie nagłym. Aby móc wykonywać zawód ratownika medycznego należy spełnić warunki określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r.). Zgodnie z przepisem art. 10 ustawy zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;
- 3) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu;
- 4) spełnia następujące wymagania:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub
 - b) ukończyła publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny”, lub
 - c) posiada dyplom wydany w państwie innym niż: państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodu ratownika medycznego, lub
 - d) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U. Nr 87, poz. 954, z późn. zm.⁵⁾).

Ratownik medyczny jest przygotowany do wykonywania zadań zawodowych w zakresie ratownictwa medycznego, więc posiada umiejętności i uprawnienia do podejmowania medycznych czynności ratunkowych w stanach nagłych. Pielęgnacja pacjenta w oddziałach szpitalnych należy do kompetencji osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu pielęgniarki. Mając na względzie ww. argumentację, stwierdzić należy, iż ratownik nie posiada tożsamyh uprawnień z uprawnieniami pielęgniarki. Zatem wykluczyć należy możliwość zastępstwa, o którym mowa w piśmie pełnomocnika ORPIP w Łodzi.

Kwestia odpowiedzialności zgodnie z art. 44 ust. 1-2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.) odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej, w tym również politykę kadrową i organizację pracy ponosi kierownik zakładu. Art. 11 ustawy stanowi, iż ustrój zakładu opieki zdrowotnej oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, np. zakresy praw i obowiązków pracowników, określa statut zakładu i opracowane na jego podstawie regulaminy wewnętrzne. Pracodawca, ustalając ratownikowi medycznemu określony zakres kompetencji i obowiązków może posłużyć się opisem kwalifikacji ratownika medycznego, zawartym w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 21 stycznia 2005 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach: asystentka stomatologiczna, dietetyk, higienistka stomatologiczna, opiekunka dziecięca, ortoptystka, protetyk słuchu, ratownik medyczny, technik dentystyczny, technik elektroniki medycznej, technik elektromiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda i terapeuta zajęciowy (Dz. U. Nr 26, poz. 217).

Wskazać należy również, iż zgodnie z art. 32 ust. 1 Ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm) stanowi, iż „kto, nie będąc uprawnionym, udziela zawodowo świadczeń, o których mowa w art. 4 tj. rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych, rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji] - podlega karze grzywny”.

KOMUNIKATY

OIPiP wraz z mgr Anną Rogulską i firmą Nutricia Polska uprzejmie zaprasza wszystkie zainteresowane pielęgniarki niniejszą tematyką na szkolenie: **Zastosowanie leczenia niedożywienia w oddziale szpitalnym**

Wykład wygłosi:

- mgr Anna Rogulska, dietetyk dyplomowany, specjalista ds. żywienia, członek Oddziału Polskiego Towarzystwa Dietetyki w Łodzi,
- przedstawiciel firmy Nutricia Polska.
Szkolenie odbędzie się 23 października 2008 r. w godz. 10.00 - 13.00 na terenie OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 - II piętro, sala wykładowa.

Zgłoszenia na szkolenie przyjmuje mgr Anna Rogulska, pod numerem tel. 0 507 554 382 i adresem e-mail: ania.rogulska@interia.eu

Uczestnicy otrzymają certyfikaty.

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc decyduje kolejność zgłoszeń.

Zespół Opieki Paliatywno-Hospicyjnej przy OIPiP w Łodzi uprzejmie zaprasza pielęgniarki na szkolenie nt. **Cewnikowanie chorych**

W programie spotkania m.in. 2 godz. szkolenia teoretycznego oraz 1 dzień zajęć stażowych w grupach.

Szkolenie odbędzie się na terenie OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, w dniu 21 października 2008r. w godz. 15.00-17.00 (po zajęciach teoretycznych podział na 5 grup – zajęcia stażowe w Szpitalu im. Kopernika).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć najpóźniej do dnia 3 października 2008r. do biura OIPiP, ul. Piotrkowska 17 w godz. pracy biura.

Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w szkoleniu.

Regionalne Centrum Polityki Społecznej przy Urzędzie Marszałkowskim w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do udziału w szkoleniu prowadzonym w formie wykładowej z zakresu **Płodowego Zespołu Alkoholowego - (FAS)**

Planowane szkolenie odbędzie się w dniu 16 października 2008r. w godz. 10.00-16.00 w Łódzkim Domu Kultury, ul. Traugutta 18 (sala nr 313).

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt z p. Agnieszką Gaj pracownikiem RCPS pod nr. tel. (0-42) 632-85-62 lub adresem mailowym: a.gaj@rcpslodz.pl do dnia 30.09. 2008r.

OIPiP w Łodzi proponuje cykl warsztatów psychologicznych dla pielęgniarek i położnych:

1. Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i asertywności, czyli umiejętne porozumiewanie się oraz wyznaczanie granic w relacjach: pielęgniarka – pacjent i pielęgniarka – lekarz

I. Komunikacja międzyludzka

II. Asertywność

Czas trwania - 16 godzin dydaktycznych (2 x 8 godzin).

Planowany termin warsztatu:

9 października 2008 r. godz. 8.15 - 16.00

10 października 2008 r. godz. 9.00 - 14.00

2. Radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych

Czas trwania - 10 godzin (2 x 5 godzin).

Planowany termin warsztatu:

6 listopada 2008 r. godz. 9.00 - 12.15

7 listopada 2008 r. godz. 9.00 - 14.00

3. Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia

Czas trwania - 16 godzin dydaktycznych (2 x 8 godzin).

Planowany termin warsztatu:

16 października 2008 r. godz. 8.15 - 16.00

17 października 2008 r. godz. 9.00 - 14.00

4. Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego

Czas trwania - 10 godzin (2 x 5 godzin).

Planowany termin warsztatu:

30 października 2008 r. godz. 9.00 - 12.15

31 października 2008 r. godz. 9.00 - 14.00

5. Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezentacja w poruszaniu się po rynku pracy

Czas trwania - 12 godzin dydaktycznych (2 x 6 godzin).

Planowany termin warsztatu:

15 października 2008 r. godz. 9.00-14.00

20 października 2008 r. godz. 9.00-14.00

6. Konflikty i negocjacje w miejscu pracy oraz profilaktyka mobbingu

Czas trwania - 12 godzin dydaktycznych (2 x 6 godzin).

Planowany termin warsztatu:

27 października 2008 r. godz. 9.00-14.00

31 października 2008 r. godz. 9.00-14.00

szkolenia

7. Komunikacja z pacjentem

Czas trwania - 3 godziny dydaktyczne.

- grupa I - „Pacjenci nowotworowi” - 29 października 2008r. godz. 9.00 - 11.30

- grupa II - „Pacjent dziecko” - 29 października 2008r. w godz. 11.45 - 14.00

- grupa III - „Pacjent psychiatryczny” - 5 listopada 2008r. godz. 9.00 - 11.30

- grupa IV - „Pacjent terminalny” - 5 listopada 2008r. godz. 11.45 - 14.00

Warsztaty odbywać się będą w Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 - II piętro, sala wykładowa.

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć najpóźniej na miesiąc przed planowanym terminem rozpoczęcia warsztatów do biura OIPIP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 w godz. pracy biura.

Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w szkoleniu.

Propozycje innej tematyki warsztatowej:

1. Budowanie zaufania do personelu medycznego.
2. Zadowolony pacjent – psychologiczny standard obsługi pacjenta.
3. Kształtowanie zachowań empatycznych - okazywanie wsparcia i zrozumienia pacjentowi i jego rodzinie - pomoc w porządkowaniu i nazywaniu uczuć.
4. Warsztat kształtujący empatię i samokontrolę u pielęgniarek.
5. Jak kształtować relacje pacjent – pielęgniarka?
6. Komunikacja interpersonalna w praktyce z elementami neurolingwistyki.

Uprzejmie informujemy, iż przygotowaliśmy propozycję konferencji w 2008 roku. Mamy nadzieję, iż dotychczasowe uczestnictwo w naszych konferencjach, zachęci Państwa do zapoznania się ze szczegółowym programem obrad.

4 - 5 września 2008 r. - Warszawa - PRAWO MEDYCZNE - KURS SZCZEGÓŁOWY „ASPEKTY PRAWNE WYKONYWANIA ZAWODÓW PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ”

11 - 12 września 2008 r. - IV kurs medyczny (podstawowy) „PRAWO MEDYCZNE”

9 - 10 października 2008 r. - Warszawa - V Ogólnopolskie Sympozjum „ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII, ODDZIAŁ POOPERACYJNY - ORGANIZACJA I FUNKCJONOWANIE”

14 - 15 października 2008 r. - Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „BŁĄD MEDYCZNY”

6 - 7 listopada 2008 r. Warszawa - XIII Ogólnopolskie Sympozjum kierowniczej kadry medycznej „PROFILAKTYKA I ZWALCZANIE ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH”

8 - 9 listopada 2008 r. - kurs medyczny „PROBLEMY PROKTologiczne w POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII”

25 - 26 listopada 2008 r. Warszawa - Konferencja Naukowo - Szkoleniowa „ZBIOROWE PRAWO PRACY W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ”

4 - 5 grudnia 2008 r. Warszawa - XI Forum prawniczo-medyczne

Szczegółowe programy obrad na stronie:

www.prawoimedycyna.pl

W imieniu organizatorów konferencji:

Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o.

tel. +48 022 668 71 17; fax. +48 022 668 71 89

e-mail: sekretariat@ipoz.pl

Uprzejmie informujemy, iż od dnia 5 września 2008r. zostanie uruchomione poradnictwo psychologiczne dla pielęgniarek i położnych - tworzenie grup wsparcia w każdy piątek miesiąca, w godz. 14.00-15.30 w siedzibie OIPIP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 (III piętro - pok.314a)

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Z przyjemnością informuję, iż OIPIP w Łodzi wygrała przetarg na organizację specjalizacji w dziedzinie *Pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek*. Postępowanie kwalifikacyjne specjalizacji zostanie wszczęte po podpisaniu umowy z CKPPIP. W związku z powyższym pielęgniarki zainteresowane udziałem, które zgłosiły chęć udziału w specjalizacji zostaną poinformowane listownie o terminie egzaminu kwalifikującego. Egzamin będzie miał formę testu. O dalszych działaniach informować będziemy na bieżąco na stronie OIPIP.

**Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Krystyna Walewska**

OFERTA KURSÓW DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH ORGANIZOWANYCH PRZEZ WOJEWÓDZKI OŚRODEK DOSKONALENIA KADR MEDYCZYNYCH W ŁODZI W 2009 ROKU

SPECJALIZACJE

1. Specjalizacja w dziedzinie

Pielęgniarstwa Epidemiologicznego - kontynuacja specjalizacji rozpoczętej w 2008 r.

12-16.01; 09-13.02; 09-13.03; 06-10.04; 11-15.05;
15-19.06 - staże; 13-17.07; 10-14.08; 14-18.09;
12-16.10; 16-20.11; 07-11.12.

2. Specjalizacja w dziedzinie

Pielęgniarstwa Anestezjologicznego

12-16.01; 09-13.02; 09-13.03; 06-10.04; 11-15.05;
15-19.06; 27-31.07; 10-14.08-staż z badania fizykalnego;
14-18.09; 12-16.10; 16-20.11; 07-11.12.

3. Specjalizacja w dziedzinie

Pielęgniarstwa Onkologicznego

19-23.01; 16-20.02; 16-20.03; 14-18.04 - łącznie z sobota; 04-08.05; 01-05.06; 20-24.07; 03-07.08 - staż z badania fizykalnego; 07-11.09; 05-09.10; 02-06.11; 30.11-04.12.

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne - finansowane z funduszy OIPIP

05.01. - 03.02.2009 - blok ogólnozawodowy - 22 dni robocze
04.02. - 05.03.2009 - blok specjalistyczny - 22 dni robocze
06.03. - 24.04.2009 - staż - 7 tygodni
27.04.2008 - egzamin końcowy

2. Pielęgniarstwo operacyjne - finansowane z funduszy OIPIP

01.09. - 30.09.2009 - blok ogólnozawodowy - 22 dni robocze
01.10 - 16.10.2009 - blok specjalistyczny - 12 dni robocze
19.10 - 18.12.2009 - staż - 9 tygodni
18.12.2009 - egzamin końcowy

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG - 2 edycje

09.03 - 30.03.2009
01.06 - 23.06.2009

2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa - 2 edycje

04.05 - 21.05.2009
19.10 - 05.11.2009

Karta zgłoszenia (dla pielęgniarek i położnych) do udziału w szkoleniach dostępna na stronie internetowej WCDKM: www.wczp-lodz.pl

Prosimy o składanie kart zgłoszeń wraz z kserokopią prawa wykonywania zawodu na 2 miesiące przed planowanym terminem szkolenia.

Komunikat w sprawie obowiązku zgłaszania zmian do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

W związku koniecznością zgłaszania zmian dotyczących danych objętych wpisem do rejestru pielęgniarek oraz rejestru położnych, zwracam się z prośbą do wszystkich członków samorządu o zgłaszanie takich zmian. Forma zgłaszania:

1. Przy zmianie nazwiska – oryginał odpisu skróconego aktu małżeństwa i oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.

2. Przy podniesieniu kwalifikacji zawodowych – kopie zaświadczeń, dyplomów poświadczonych za zgodność z oryginałem dotyczące:

- ukończenia kursów kwalifikacyjnych,
- ukończenia kursów specjalistycznych,
- ukończenia kursów doskonalących,
- ukończenia specjalizacji,
- ukończenia studiów, studiów podyplomowych,
- uzyskania tytułów i stopni naukowych,

3. Przy zmianie adresu zamieszkania – informacja w formie pisemnej.

4. Przy zmianie pracy, podjęciu pracy:

- z nowego miejsca pracy zaświadczenia o zatrudnieniu z uwzględnieniem daty zatrudnienia,
- z poprzedniego miejsca pracy – kopia świadectwa pracy, poświadczona za zgodność z oryginałem.

5. Przy zmianie pracy, która niesie za sobą zmianę przynależności do okręgowej izby pielęgniarek i położnych (przynależność, ta zależy od miejsca wykonywania zawodu), obowiązkiem pielęgniarki jak i położnej jest złożenie w dotychczasowej izbie wniosku o skreślenie z rejestru, a następnie wystąpienie z wnioskiem o wpis do rejestru izby na terenie której podjęła pracę.

Do wniosków należy dołączyć między innymi oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej. W sytuacji, w której pielęgniarka, położna wykonuje swój zawód na terenie działania dwóch izb przynależność do jednej z izb jest jej wyborem.

Wszystkie wyżej wymienione dokumenty należy składać w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, pokój 310).

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości proszę o kontakt telefoniczny z rejestrem (42) 633 32 13, w następujących dniach i godzinach:

- poniedziałki środy, czwartki: od 8.00 do 16.00,
- wtorki: od 10.00 do 18.00.

Konferencja

„Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej”

Termin - 20 października 2008 r.

Aula - Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Bud. A - Pawilon Ginekologiczno- Położniczy
Łódź, ul. Rzgowska 281/289

W programie konferencji m.in:

- „Alergie na środki dezynfekcyjne”
- „Obciążenia zawodowe pielęgniarek i położnych”

Zgłoszenia przyjmowane są do 30 września 2008 r. na zamieszczonym poniżej druku.
Kartę zgłoszenia należy dostarczyć do Biura OIPiP, ul. Piotrkowska 17.
Liczba miejsc ograniczona.

TERMIN KONFERENCJI.....

MIEJSCE KONFERENCJI.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

MIEJSCE PRACY.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

STANOWISKO.....

MIEJSCOWŚĆ, DATA.....



PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ SZKOLNĄ STANDARDY POSTĘPOWANIA, PRZEPISY PRAWNE - część III

Świadczenia profilaktyczne udzielane uczniom przez pielęgniarki w medycynie szkolnej wykonywane są w gabinetach profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole, a w przypadku ich braku w gabinetach na terenie poradni podstawowej opieki zdrowotnej.

Organizacja opieki nad uczniami oraz standardy postępowania szczegółowo określone są w:

1. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.04.282.2814 ze zmianami);

2. Zarządzeniu Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;

3. Materiałach edukacyjnych opracowywanych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie:

„Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej”,

„Testy przesiewowe u młodzieży w wieku szkolnym”,

„Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”,

„Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej”,

„Jak pomóc otyłemu nastolatкови? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością”,

„Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym”,

Wersje elektroniczne opracowań zamieszczone są na stronie internetowej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie: www.imid.med.pl

W związku z przeprowadzanymi kontrolami w gabinetach medycznych w szkołach, zwrócić należy większą uwagę na:

- prowadzenie postępowania poprzemiesowego u uczniów z dodatnim wynikiem testu oraz prawidłowe

dokumentowanie (bieżące wpisy w dokumentacji potwierdzone pełnymi danymi osoby wykonującej),

- zwiększenie skuteczności zbierania kart profilaktycznych badania lekarskiego od uczniów,

- prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania - technika przeprowadzania określona jest w opracowaniu „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej” strona 141-147,

- zawartość apteczki szkolnej zgodnie z §43 wyżej wymienionego zarządzenia,

- systematyczną kontrolę terminów ważności leków znajdujących się w apteczce szkolnej,

- przekazywanie dyrektorowi szkoły zbiorczych informacji dotyczących stanu zdrowia dzieci,

- udział w zebraniach Rady Pedagogicznej szkoły i zebraniach z rodzicami,

- branie czynnego udziału w akcjach promocyjnych i programach promocji zdrowia na terenie szkoły,

- przekazywanie informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz współpraca z nauczycielami wychowania fizycznego.

Zgodnie z wytycznymi Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie zawartymi w opracowaniu „Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym” przypominamy o zmianie wykonywania metodyki testu przesiewowego do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym.

Materiały metodyczne udostępnione są na stronach internetowych:

1) Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi www.wczp-lodz.pl

2) Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi - www.oipp.lodz.pl

ZAKRES I TERMINY WYKONYWANIA TESTÓW PRZESIEWOWYCH WYKONYWANYCH PRZEZ PIELEŃNIARKĘ LUB HIGIENISTKĘ SZKOLNĄ

(wg. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą/Dz.U.04.282.2814/załącznik nr 3)

Klasa (wiek ucznia)	Testy przesiewowe do wykrywania zaburzeń:
Klasa I (7 lat)	<ol style="list-style-type: none"> 1. rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2. układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych, 3. zęza (Cover test, test Hirschberga), 4. ostrości wzroku, 5. słuchu (badanie orientacyjne szeptem), 6. ciśnienia tętniczego krwi.
Klasa III (10 lat)	<ol style="list-style-type: none"> 1. rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2. układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa, 3. ostrości wzroku, 4. widzenia barw, 5. ciśnienia tętniczego krwi.
Klasa V (12 lat)	<ol style="list-style-type: none"> 1. rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2. układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa, 3. ostrości wzroku,
Klasa I gimnazjum (13 lat)	<ol style="list-style-type: none"> 1. rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2. układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, 3. ostrości wzroku, 4. słuchu (badanie orientacyjne szeptem), 5. ciśnienia tętniczego krwi.
Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej (16 lat)	<ol style="list-style-type: none"> 1. rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2. układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa, 3. ostrości wzroku, 4. ciśnienia tętniczego krwi.
Klasa ostatnia szkoły ponadgimnazjalnej (do ukończenia 19 r. ż.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2. układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa, 3. ostrości wzroku,

* badanie przeprowadza się w przypadku braku profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia) wykonywanego w wieku 6 lat.
Grupowa profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania zębów wykonywana w klasach I-VI, 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni.

Podziękowania

Pragnę z całego serca podziękować wszystkim pielęgniarkom i lekarzom z Oddziału Alergologii Dziecięcej i Oddziału Wewnętrzny Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi za wspaniałą, troskliwą i bezinteresowną opiekę, życzliwość oraz wsparcie dla małych pacjentów i ich rodziców. Za wielkie oddane serca dziękuję pacjent Mateusz Płóciennik wraz z rodzicami i babcią

Pielęgniarki i położne Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Skierniewicach dziękują Pani mgr Lucynie Okulskiej za profesjonalne szkolenie z zakresu „Postępowania w stanach zagrożenia życia”.

Wyrażamy pełne uznanie za stworzenie przyjaznej atmosfery w czasie szkolenia oraz wysoki poziom merytoryczny.

W imieniu uczestniczek: Pielęgniarka Naczelną – mgr Grażyna Majkowska

Pełnomocnik - Dorota Gotowicka

Z-ca Pełnomocnika – mgr Elżbieta Krokocka

Wyrazy głębokiej wdzięczności i uznania dla Pani Emilii Ciesielskiej – pielęgniarki domowej opieki hospicyjnej oraz Pani Elżbiecie Sobijanek – pielęgniarki środowiskowej za troskliwą opiekę, okazaną życzliwość i wsparcie w trudnych chwilach składają córki pacjentki Genowefy Ryżkowskiej.

Składam serdeczne podziękowania koleżankom ze Szpitala im. Pirogowa za pomoc, wsparcie psychiczne i finansowe oraz życzliwość i troskę okazaną w trudnych dla mnie chwilach

Anna Turska

Serdeczne podziękowania za trud i profesjonalną opiekę całemu personelowi Pododdziału Intensywnej Opieki Medycznej ICZMP składa wdzięczna rodzina Marianny Wydrzyńskiej

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi prowadzi bieżący monitoring realizacji skryningu w województwie łódzkim. Przeprowadzona analiza, dotycząca zgłaszalności kobiet w wieku od 50 do 69 roku życia, które w ciągu ostatnich 2 lat nie wykonywały mammografii, wynosi - 33 %. Powyższy wskaźnik jest zdecydowanie zbyt niski, żeby kobiety mogły czuć się bezpiecznie i zdrowo. Dlatego zwracamy się z uprzejmą prośbą do personelu medycznego, a w szczególności do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz osób pracujących w rejestracji do aktywnego włączenia się do promocji programu profilaktyki raka piersi.

Korzystny wpływ skryningu na zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi został już niezbiecie udowodniony. Badania wskazują, że całkowity koszt wykrycia i leczenia chorych ujawnionych w badaniu przesiewowym jest siedmiokrotnie niższy niż koszt leczenia pacjentów i skutków ich choroby, gdy rak ujawnił się klinicznie.

Tę opinię zgodnie możemy powtórzyć za prof. dr hab. n. med. Z. Wronekowskim i dr n. med. Wiktoorem Chmielarczykiem.

NFZ na terenie całego kraju finansuje bezpłatne badania mammo- graficzne dla kobiet w wieku 50 - 69 lat.

Na badanie (bez skierowania) może zgłosić się każda kobieta z tej grupy wiekowej, która w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miała wykonanej mammografii.

Adresy jednostek wykonujących bezpłatne badania mammo- graficzne w ramach programu znajdują się na stronie Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

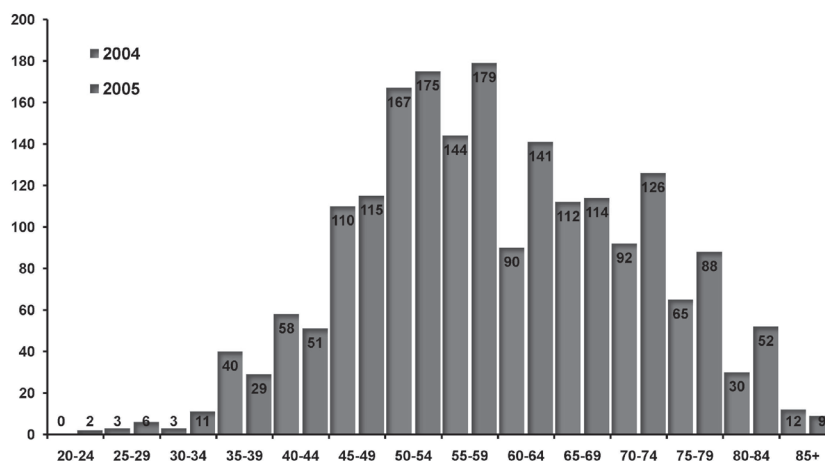
(www.nfz-lodz.pl), oraz na stronie Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego w Łodzi - WSS im. M. Kopernika (www.wok.kopernik.lodz.pl).

Ulotki z adresami posiada także lekarz rodzinny.

Co roku zapada na raka piersi 12 tysięcy Polek. Prawie połowa z nich umiera, bo zbyt późno zgłosiły się do lekarza. Gdyby skorzystały z badań profilaktycznych, mogłyby żyć.



ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA Z PODZIAŁEM NA GRUPY WIEKOWE W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM W LATACH 2004-2005



ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA Z PODZIAŁEM NA POWIATY W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM W 2005 ROKU



1-Piotrków Trybunalski
2-Skierniewice

Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia

w składzie: Henryka Anna Drab, Anna Majkowska, Anna Wielgosz, dr Mieczysława Wyderka opracowała zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki, które będą ukazywały się w cyklicznych artykułach publikowanych na łamach Biuletynu OIPIP.

Znaj obowiązki...

Pielęgniarki w swojej pracy narażone są na szereg czynników niebezpiecznych i szkodliwych występujących w procesie pracy. Czynniki te dzielą się na grupy:

- czynniki fizyczne
- czynniki chemiczne
- czynniki biologiczne
- czynniki psychofizyczne
- czynniki organizacyjne
- czynniki ergonomiczne

Do czynników fizycznych niebezpiecznych i szkodliwych występujących w środowisku pracy pielęgniarki zaliczamy:

- poruszające się maszyny i inne urządzenia, podnośniki i urządzenia podnośnikowe, drabiny;
- ruchome części maszyn i ich oprządkowanie oraz poruszające się narzędzia;
- spadające przedmioty;
- ostre wystające elementy, ostrza, ostre krawędzie, szorstkie powierzchnie;
- gorące lub zimne powierzchnie i substancje;
- śliskie, nierówne powierzchnie (podłogi, stopnie, posadzki);
- substancje i materiały wybuchowe i łatwopalne;
- gorący lub zimny mikroklimat;
- prąd elektryczny;
- elektryczność statyczna;
- hałas;
- wibracje;
- oświetlenie;
- ograniczone, wąskie przestrzenie, dojścia, przejścia, wyjścia;
- stałe pole magnetyczne;
- zmienne pole magnetyczne;
- pole elektryczne;
- promieniowanie nadfioletowe;

Wiedz więcej...

- promieniowanie podczerwone;
- promieniowanie laserowe;
- promieniowanie rentgenowskie;
- izotopy promieniotwórcze;
- ultradźwięki;
- ruch powietrza;
- temperatura powietrza;

POLE ELEKTROMAGNETYCZNE

W paśmie o częstotliwości 0 Hz do 100 kHz pracuje wiele urządzeń, wokół których mogą występować strefy ochronne pola elektromagnetycznego i ze względu na to niezbędny jest nadzór nad warunkami pracy. Ryzyko związane z narażeniem na działanie pola elektromagnetycznego (PEM) o nadmiernym lub niebezpiecznym natężeniu występuje przy ekspozycji źródeł promieniowania energii elektromagnetycznej jak np. urządzenia grzejne, maszyny stacji radiowych i telewizyjnych, urządzenia radionawigacyjne i radiolokacyjne, urządzenia fizykoterapeutyczne i diagnostyczne. W sytuacji, gdy nie jest możliwe zabezpieczenie człowieka przed promieniowaniem mikrofalowym poprzez dokładne ekranowanie źródeł promieniowania oraz stanowisk pracy zachodzi konieczność stosowania specjalistycznego ubioru ochrony indywidualnej.

PROMIENIOWANIE OPTYCZNE można podzielić na:

- widzialne (VR, ang. visible radiation) – jest to promieniowanie elektromagnetyczne o długości fali w próżni w zakresie od 380 (fiolet) do 780 nm (czerwień);
- podczerwone (IR, ang. infrared radiation) – jest niewidzialną częścią

Czy wiesz, że...

promieniowania ciał rozgrzanych, o długości fali od 780 do 1000 000 nm. Odczuwane jest ono jako promieniowanie ciepłe - jest głównym nośnikiem energii cieplnej;

- nadfioletowe (UV, ang. ultraviolet radiation) – jest to promieniowanie optyczne obejmujące zakres długości fali od 100 do 400 nm. Ze względu na różnice biologicznego oddziaływania na organizm człowieka zakres ten dzielony jest na:

- UV - A (bliski nadfiolet)
- UV - B (średni nadfiolet)
- UV - C (daleki nadfiolet)

Stosowanie lamp bakteriobójczych jest jedną z najbardziej efektywnych metod dezynfekcji, ale są różne zdania na ten temat. Emitowane przez nie promieniowanie ultrafioletowe posiada najbardziej efektywne działanie bakteriobójcze, skutecznie niszczy wszystkie typy bakterii, wirusy, pleśnie, grzyby nie powodując żadnego skażenia chemicznego.

Rozróżniamy różne typy i rodzaje lamp bakteriologicznych:

- z odsłoniętymi promiennikami bezpośrednie działanie lamp UV;
- przez które przepływa dezynfekowane powietrze;
- lampy przepływowe wyposażone w dodatkowy promiennik zewnętrzny. Lampy te mogą być wyposażone w licznik czasu (montowany we wszystkich lampach przepływowych).

Z uwagi na ich umieszczenie stosujemy:

- * lampy przyścienne,
- * lampy stojące,
- * lampy statywowe (ruchome).

Dobór ilości lamp opieramy na uwzględnieniu rodzajów występujących bakterii, środowiska występującego w pomieszczeniach (wielkość, warunki otoczenia, wilgotność, temperatura, stopień zapylenia powietrza i jego fluktuacji).

Z praktycznego punktu widzenia możemy przyjąć, że osiągniemy wystarczający stopień czystości mikrobiologicznej stosując:

- lampę 15 W na powierzchnię 6m,
- lampę 30 W na powierzchnię 12m,
- lampę 2x30 W na powierzchnię 18m w pomieszczeniach o wysokości 2,5 - 3m w warunkach pokojowych

Stosowanie lamp bakteriobójczych powinno odbywać się z obowiązującymi przepisami BHP. Pociąga to za sobą konieczność ochrony skóry i oczu ludzi przebywających w pomieszczeniach, w których pracują lampy. Należy unikać takich sytuacji, jeżeli ludzie muszą przebywać w takich pomieszczeniach (dopuszczalny czas ekspozycji jest bardzo krótki) należy stosować okulary, rękawice, skórę twarzy chronić osłonami.

Wyłączniki lamp bakteriobójczych winny być opatrzone napisami ostrzegawczymi. Na lampach powinny znajdować się wyraźne i czytelne napisy ostrzegawcze: „UWAGA! PROMIENIOWANIE UV! Chronić oczy i skórę”.

Parametrem określającym zużycie się promiennika bakteriobójczego jest łączny czas pracy wynoszący dla promienników, TUV long life firmy Philips 8000 godzin.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 18.01.2005 r. (Dz. U. z dn. 03.02.2005 r.) określa dawki graniczne promieni jonizujących, wskaźniki pozwalające na wyznaczenie dawek stosowanych przy ocenie narażenia oraz sposób i częstotliwość dokonywania oceny narażenia tak pracowników, jak i osób z ogółu ludności.

Czy wiesz, że...

- ➔ każdy pracownik używający lampy bakteriobójczej powinien zapoznać się z instrukcją obsługi tej lampy;
- ➔ każdy pracownik powinien wiedzieć, że lampa bakteriobójcza jest źródłem promieniowania ultrafioletowego cechującego się szkodliwym działaniem na oczy i skórę;
- ➔ każdy pracownik powinien sprawdzić stan techniczny lampy wizualnie (czy jest cała, czy promiennik nie jest pęknięty, uszkodzony), czy zasilanie jest podłączone do gniazdka z bolcem (czy gniazdko nie jest wyrwane nie wystają przewody elektryczne grożące zwarcieniem);
- ➔ promiennik lampy można przemyć zgodnie z zaleceniami producenta i warunkami eksploatacji;
- ➔ czas naświetlania stosujemy zgodnie z zaleceniami producenta, medycznymi standardami postępowania;
- ➔ kontrolujemy i rejestrujemy czas pracy promiennika lampy (nowoczesne przepływowe lampy mają wbudowany licznik czasu pracy);
- ➔ po upływie przewidzianego czasu pracy promienników należy je bezwzględnie wymienić na nowe, mimo emitowania przez nie fioletowego światła, bowiem utraciły one w sposób istotny swoje właściwości bakteriobójcze;
- ➔ nigdy nie należy eksploatować lampy bakteriobójczej bezpośrednio naświetlając przestrzeń, w której przebywa personel lub pacjenci;
- ➔ w przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości należy niezwłocznie zawiadomić o tym przełożonego.

Promieniowanie nadfioletowe to promieniowanie optyczne o zakresie 200-380nm, w którym wyróżnia się trzy podzakresy ze względu na działanie na człowieka:

- UV A – wywołuje szarą pigmentację skóry,
- UV B – wywołuje rumień skóry i zmiany zapalne spojówek i rogówki,
- UV C – działa silniej od poprzednich na skórę i oczy oraz bakteriobójczo.

Promieniowanie podczerwone (IR infrarouge) to promieniowanie elektromagnetyczne o długości fali od 780 nm do 1mm. Ze względu na specyfikę działania wyróżniamy trzy strefy: najbliższa, bliska, daleka.

Oddziaływanie na człowieka może być bezpośrednie przez działanie promieniowania na nieowłosioną skórę lub pośrednie poprzez podwyższoną temperaturę powietrza.

Podstawowym sposobem zabezpieczenia przed promieniowaniem jest regulacja czasu ekspozycji, techniczne środki ochrony zbiorowej w postaci izolacji cieplnej, oraz sprzęt ochrony osobistej na oczy, skórę, całe ciało.

Promieniowanie spójne generowane przez lasery lub masery o szerokim obszarze promieniowania od UV z zakresu 100–400 nm. do IR–C o zakresie 3 mm – 1 mm – emitują światło koherentne, monochromatyczne o wiązce równoległej o bardzo dużej mocy sięgającej do MW/cm.

Lasery mają szerokie zastosowanie w telekomunikacji, lokacji, nawigacji, obróbce materiałów wysokiej twardości, precyzyjnych operacjach technologicznych, w medycynie. Działanie na organizm zależy od długości fali, wielkości strumienia mocy, czasu eksploatacji, rodzaju tkaniny, na którą oddziałuje i właściwości osobniczych. Promieniowanie zagraża narządowi wzroku oraz może uszkadzać termicznie lub uczać skórę.

Promieniowanie jonizujące to takie, które ma zdolność jonizacji, czyli rozkładania elektrycznie neutralnych cząsteczek gazów na dodatnio i ujemnie naładowane jony. Do najważniejszych rodzajów promieniowania jonizującego zalicza się:

- promieniowanie alfa (strumień cząstek złożonych z 4 nukleonów,

czyli 2 protonów i 2 neutronów),

- promieniowanie beta (strumień elektronów beta - i pozytonów beta +),
- promieniowanie gamma (strumień neutronów),
- promieniowanie X, czyli rentgenowskie (rodzaj promieniowania elektromagnetycznego).

W środowisku człowieka źródła promieniowania jonizującego mogą mieć charakter naturalny: izotopy promieniotwórcze skorupy ziemskiej i promieniowanie kosmiczne.

Skutki oddziaływania zależą od wielu czynników: wielkości dawki pochłoniętej, rozkładu dawki w czasie, rodzaju promieniowania, wielkości napromieniowanego obszaru ciała, rodzaju napromieniowanego narządu lub tkanki, napromieniowania zewnętrznego czy wewnętrznego, wieku, płci i stanu zdrowia.

Podstawowe zasady ochrony:

1. Stosować źródła promieniowania zgodnie z przeznaczeniem i technologią.
2. Fachowa odpowiednio przeszkolona obsługa źródeł.
3. System ochrony bezpieczeństwa przed promieniowaniem (osłona źródeł, ludzi).
4. System oceny narażenia.
5. Postępowanie wyjaśniające w przypadku przekroczenia limitu promieniowania.
6. Profilaktyka medyczna.

MIKROKLIMAT jest to zespół elementów meteorologicznych typowych pod względem wartości i trybu zmian dla badanej niewielkiej przestrzeni lub pomieszczenia tj: temperatura powietrza, wilgotność powietrza, prędkość ruchu powietrza, temperatury otaczających powierzchni – ścian, podłóg, stropów, ciśnienie atmosferyczne.

Organizm człowieka jest stałocieplny tzn. ma możliwość utrzymania stałej temperatury wewnętrznej pomimo szerokich wahań temperatury zewnętrznej. Utrzymanie stałej tempe-

ratury jest możliwe dzięki mechanizmom termoregulacyjnym, które dostosowują ilość ciepła usuwanego z ustroju i wytwarzanego w ustroju do potrzeb bilansu cieplnego w zimnym i gorącym powietrzu. Ośrodek termoregulacji znajduje się w przedniej i tylnej części podwzgórza, rozszerza naczynia skórne, pobudza gruczoły potowe, przyspiesza oddech.

Skutkiem działania wysokiej temperatury może być **ODWODNIENIE** – spowodowane utratą płynów, na skutek pocenia lub nieadekwatnej podaży do zapotrzebowania. Objawy to uczucie zmęczenia, osłabienia, suchość w ustach, skutkiem jest wydłużenie czasu reakcji oraz zmniejszenie zdolności do pracy. Objawy odwodnienia zaczynają pojawiać się po przekroczeniu 1,5% utraty masy ciała, a przy utracie 5% masy ciała odwodnienie jest krytyczne.

Skutkiem działania wysokiej temperatury może także być **WYCZERPANIE CIEPLNE** - jest to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia zdolności do wykonywanej pracy aż do utraty możliwości jej kontynuowania, na skutek obniżenia ciśnienia krwi spowodowanego rozszerzeniem naczyń i postępującym odwodnieniem. Objawy to zmęczenie, osłabienie, zaburzenia widzenia, zawroty głowy, bóle głowy.

UDAR CIEPLNY to skutek zaburzeń w funkcjonowaniu środka termoregulacji, co prowadzi do szybkiego podwyższenia temperatury ciała z poważnymi konsekwencjami w wielu narządach. Objawy – dreszcze, niepokój, rozdrażnienie. Skutkiem może być euforia, brak orientacji, błędne zachowania, utrata przytomności, drgawki, zaczerwienienie twarzy, gorąca sucha skóra, dreszcze, zapaść, temperatura powyżej 40°C. Jest to stan zagrażający życiu i wymaga natychmiastowej pomocy.

Optymalne warunki mikroklimatu to takie, które pozwalają utrzymać wyrównany bilans cieplny i nie uruchamiają mechanizmów termoregulacji. Odchylenia od warunków optymalnych

powodują uczucie uciążliwości i obniżenia sprawności fizjologicznej.

ZAGROŻENIA NA STANOWISKU PRACY PIELĘGNIARKI

Pielęgniarki w swojej pracy narażone są na zwiększone ryzyko zachorowania na choroby zakaźne w związku z bezpośrednim kontaktem z pacjentami oraz materiałem zakaźnym pochodzącym od chorych.

Mikroorganizmy chorobotwórcze przenoszone drogą naruszenia ciągłości tkanek tj: wirus HIV i wirusy zapalenia wątroby typu B i C mogą wywołać zakażenie w wyniku kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi i tkankami zakażonych pacjentów.

Stosując środki czyszczące, dezynfekujące i sterylizujące zawierające substancje szkodliwe pielęgniarki są narażone na:

- uszkodzenie skóry, błony śluzowej oraz układu oddechowego, alergię.

Pielęgniarki pracujące w narażeniu na działanie gazów anestetycznych, leków cytostatycznych, leków uczulających, różnego typu promieniowania narażone są na zatrucia, uczulenia, działania mutagenne, rakotwórcze i toksyczne zaś mając do czynienia z ostrymi narzędziami i igłami narażone są na urazy i uszkodzenia skóry.

W czasie swojej pracy mogą także ulec poparzeniom skóry w wyniku kontaktu z gorącymi powierzchniami, uszkodzonym sprzętem elektrycznym itp.

Mogą odczuwać dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego spowodowane dźwiganiem pacjentów. Praca wykonywana w pozycji stojącej z elementami chodzenia może być również przyczyną zmęczenia oraz bólu nóg.

Podnoszenie ciężarów (pacjentów, sprzętu medycznego) może spowodować wystąpienie nagłego zespołu bólowego pleców. Praca wykonywana przez wiele godzin w wymuszonej pozycji ciała zwłaszcza stojącej oraz

nadmierny wysiłek fizyczny np. podczas podnoszenia pacjentów przeciąża układ mięśniowo-szkieletowy powodując jego dolegliwości bólowe.

W swojej pracy pielęgniarki narażone są na stres i wystąpienie zespołu „wypalenia zawodowego” w wyniku pracy zmianowej, nocnej, dużej odpowiedzialności zawodowej oraz innych psychologicznych i organizacyjnych czynników. Kontakt z ciężko poszkodowanymi pacjentami, ofiarami katastrof, wypadków, jak również z agresją ze strony chorych i ich rodzin powoduje duże obciążenie psychiczne oraz możliwość wystąpienia zespołu stresu pourazowego.

Praca zmianowa, nocna, w godzinach nadliczbowych w niedziele i święta oraz ciągły kontakt z chorymi ludźmi, roszczeniowymi i agresywnymi rodzinami, powoduje ciągły stres i wzrost agresji oraz niezadowolenia wśród pracowników, prowadząc, w konsekwencji do utraty zdrowia. Dochodzą do tego wzrastające wymagania zwierzchników, co do ilości i jakości świadczonych usług oraz ciągłe podnoszenie kwalifikacji w ramach własnego urlopu, własnego czasu wolnego i niemożność utrzymania rodziny za gratyfikacje z wykonywanej pracy. Ciągły kontakt ze śmiercią i tragediami ludzkimi, niemożność sprostania wymaganiom, ciągła praca na „akord” wzmacnia stres psychiczny i prowadzi w konsekwencji do „wypalenia zawodowego”, przeciążenia psychicznego, nerwicy, depresji.

W wyniku rozlanych płynów, śliskich nawierzchni pielęgniarki mogą się poślizgnąć, potknąć i doznać urazu. Pracując z wadliwie działającym sprzętem elektrycznym mogą ulec porażeniu prądem. Źle umocowany sprzęt i aparatura medyczna mogą spowodować urazy nóg, stóp przez spadające przedmioty.

Gorące urządzenia sterylizujące, gorące gazy i ciecze mogą spowodować poparzenia. Butle ze sprężonymi gazami mogą doprowadzić do urazu

na skutek wybuchu (tlen, gazy anestetyczne –bromek etylenu, chlorek etylu, halotan, tlenek azotu).

Nieczyszczone urządzenia klimatyzacyjne są również źródłem wysiewu mikroorganizmów chorobotwórczych.

Aby uniknąć i zminimalizować skutki niekorzystnego działania zagrożeń występujących na stanowisku pracy pielęgniarki należy:

➔ stosować odzież ochronną, rękawice, okulary, maski, czapki;

➔ stosować obuwie ochronne ze spodami przeciwpoślizgowymi;

➔ stosować bezpieczne zasady użytkowania i przechowywania ostrych narzędzi;

➔ sprawdzić stan techniczny urządzeń elektrycznych przed rozpoczęciem pracy oraz zlecać naprawę ewentualnych uszkodzeń i okresowe przeglądy urządzeń uprawnionym pracownikom;

➔ należy zawsze używać środków ochrony indywidualnej, gdy istnieje narażenie na mikroorganizmy chorobotwórcze, toksyczne działanie środków stosowanych;

➔ w przypadku uczulenia na lateks należy stosować rękawice wykonywane z innych materiałów, a także unikać kontaktu z innymi produktami zawierającymi lateks;

➔ stosować bezpieczne metody podnoszenia i przenoszenia ciężkich pacjentów oraz przedmiotów, pamiętać o rozłożeniu ciężaru na kilka osób, jeśli ciężar jest za duży dla jednej osoby;

➔ zapoznać się z zasadami bezpieczeństwa podczas przebywania w pracowni rtg w celu ograniczenia narażenia na promieniowanie do minimum;

➔ w salach operacyjnych powinna być zainstalowana klimatyzacja w celu wyeliminowania przegrzania oraz usuwania szkodliwych gazów, par, zapachów;

➔ zapewnić specjalistyczną pomoc dla pracowników narażonych na zespół stresu pourazowego;

➔ wdrażać zasady ergonomii,

pamiętać, aby sprzęt i meble były dostosowane ergonomicznie do wykonywanych czynności, co zmniejszy konieczność wykonywania niewygodnych ruchów lub przyjmowania niewygodnej pozycji;

➔ przystosować stanowiska pracy do fizycznych możliwości człowieka, aby uniknąć przeciążeń fizycznych narządu ruchu;

➔ stosować bezpieczną pozycję przy podnoszeniu;

➔ pamiętać, aby ciężkie przedmioty przechowywać na dogodnej wysokości;

➔ starać się zmieniać długotrwałą pozycję stojącą, aby nadmiernie nie obciążać narządu ruchu;

➔ zmieniać plan pracy, aby praca stała się mniej monotonna;

➔ pamiętać, że 20kg to maksymalny ciężar do samodzielnego podnoszenia i tylko wtedy, kiedy nie ma on charakteru ciągłego;

➔ eliminować źródła zakażenia, czyli przerwać drogi przenoszenia się zarazków oraz przestrzegać zasad postępowania z brudną bielizną, narzędziami, blatami, powierzchniami, pomieszczeniami, użytym sprzętem, zabrudzonych krwią, wydaliniami, wydzielinami, odchodami.

Wszędzie używane jest obuwie ochronne, ale jakże ważne są zasady, które powinny towarzyszyć zakładaniu i zdejmowaniu tego obuwia. Nigdzie w żadnym szpitalu nie ma miejsca, aby można było założyć i zdjąć obuwie ochronne i umyć ręce. Nie wszędzie stoją kosze, aby zużyte obuwie wyrzucić. Zakładając obuwie ochronne niejednokrotnie dotykamy podeszwy obuwia, później dotykamy wszystkich klamek, drzwi a nawet żywności przynieszonej chorym, podajemy rękę drugiej osobie witając się z nią. Po każdym założeniu obuwia powinna być możliwość umycia rąk, jak również po zdjęciu obuwia ochronnego, aby drobnoustrojów szpitalnych nie wynosić na zewnątrz gdyż walka z nimi staje się coraz trudniejsza. Bardzo często rodziny zwijają obuwie

ochronne po użyciu, kładą do toreb lub kieszeni, aby było na następny raz nie zdając sobie sprawy z tego jak ogromną ilość drobnoustrojów wkładają do kieszeni czy do torby i co fundują swoim domownikom i sobie.

➔ osoba pracująca przy komputerze powinna:

- mieć zapewnioną przed klawiaturą wystarczającą przestrzeń do podparcia rąk i dłoni,

- stosować odległość ekranu monitora od 400 – 750 mm,

- po każdej godzinie pracy stosować co najmniej 5 min. przerwę.

Szczegółowe wytyczne zawiera Rozporządzenie Ministra Pracy i polityki Socjalnej z 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. nr.148,poz. 973)

➔ przestrzegać prawidłowych warunków dezynfekcji (czas, stężenie, odpowiedni preparat, odpowiednie pojemniki).

➔ eliminować i minimalizować stresory tzn. unikać przeciążenia, monotonii oraz konfliktów w pracy. Praca powinna być zorganizowana tak, aby istniała możliwość odreagowania po sytuacjach traumatycznych.

➔ podjąć naukę aktywnego radzenia z sytuacjami stresującymi i stresorami.

Dopuszczalne normy dźwigania ciężarów przez kobiety określono w Rozporządzeniu Rady Ministrów z 10 września 1996r w sprawie wykazu prac wzbronionych kobietom.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (Dz. U. Nr 26,poz. 313).

Rola pielęgniarki wobec pacjenta w podeszłym wieku z chorobą Alzheimera

Choroba Alzheimera po raz pierwszy została opisana i opublikowana przez niemieckiego neurologa A. Alzheimera. Jest pierwotnie zwyrodnieniową chorobą OUN i najczęstszą przyczyną otępienia nieodwracalnego.

Do czynników ryzyka należą:

- płeć żeńska

- krótki okres edukacji szkolnej

- obciążenie rodzinne otępieniem, chorobą Parkinsona, zespołem Downa,

- ciężkie urazy głowy z utratą przytomności,

- wiek matki powyżej 40 lat w chwili porodu dziecka,

- przebyte zawału serca,

- czynniki środowiskowe np. zatrucie metalami.

Etiologię choroby próbuje wyjaśnić wiele teorii: dotyczy zmniejszenia ilości neuronów - synaps.

Objawy: zaburzenia pamięci, mowy (afazja), zaburzenia zdolności do wykonywania czynności ruchowych (apraksja), upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów lub zjawisk przy zachowaniu sprawności narządu zmysłu (agnozja), zaburzenia w organizowaniu działania.

Zaburzenia w/w funkcji poznawczych znacznie upośledzają funkcjonowanie społeczne i zawodowe. W następstwie rozwoju choroby sylwetka pochyla się do przodu, chód staje się powolny ze zwiększoną skłonnością do upadków. W końcowym okresie chory nie chodzi. Pojawiają się trudności w odżywianiu oraz utrata kontroli zwieraczy. Na tym etapie pacjent jest całkowicie zależny od opiekuna.

Leczenie obejmuje:

- postępowanie bezlekowe,

- stymulowanie codziennej aktywności,

- trening pamięci, orientacji, zachowania,

- zmniejszenie stresu,

- edukację i wsparcie opiekunów.

Rola to zewnętrzne nakazy i oczekiwania oraz wewnętrzne przekonania wykonawców danej roli. Z rolą zawodową pielęgniarki ściśle związane jest pełnienie określonych funkcji (działań).

Zakres podejmowanych działań przez pielęgniarkę oraz rodzinę/opiekuna uzależniony będzie od: stanu chorego, zaawansowania schorzenia, jak i formy sprawowanej opieki.

Funkcja terapeutyczna

Jak dotąd nie ma wystarczających badań, które jednoznacznie rozpoznałyby tę chorobę. Pomocnym badaniem w diagnostyce jest test MMST oraz badania laboratoryjne, CT, MRI. Rozpoznanie postawione za życia daje 80-90% pewności, a całkowitą pewność potwierdza badanie histopatologiczne przeprowadzone po śmierci pacjenta.

Rolą pielęgniarki w działaniu diagnostycznym i terapeutycznym jest gromadzenie informacji nt. choroby oraz rodziny pacjenta, współuczestniczenie w przeprowadzanych badaniach diagnostycznych i zabiegach leczniczych, ocena stanu ogólnego i psychicznego pacjenta.

Funkcja opiekuńcza

Celem działań opiekuńczych pielęgniarki jest prowadzenie indywidualnego holistycznego procesu pielęgnowania polegającego na:

- pomocy w utrzymaniu codziennej higieny ciała, toalety jamy ustnej, zachęcaniu do estetycznego wyglądu,

- dbaniu o prawidłowe odżywianie i nawodnienie organizmu, rejestrowanie wypróżnień,

- pomoc w bezpiecznym przemiesz-

czaniu się chorego, odpowiednie obu-
wie, wspólne spacery,

- nauka z korzystania kul zaś w przy-
padku pacjentów leżących pomoc przy
zmianie pozycji, materace przeciwo-
dłężynowe, ćwiczenia bierne, masaże,

- pomoc w zaspokajaniu potrzeb
fizjologicznych, dbanie o regularne
wypróżnianie,

- pomoc w porozumiewaniu się
z otoczeniem podczas rozmowy, pod-
trzymywaniu kontaktów - kontakt wer-
balny a następnie w końcowym eta-
pie choroby zwiększenie ilość kontak-
tów pozawerbalnych (uśmiech),

- zapewnienie odpowiednich warun-
ków do snu i wypoczynku,

- zapewnienie warunków do utrzy-
mania aktywności pacjenta,

- w przypadku opieki instytucjonal-
nej zapewnienie kontaktu z osobami
bliskimi, znaczącymi.

Funkcja rehabilitacyjna

Celem działań pielęgniarki jest
współuczestniczenie w usprawnianiu
pacjenta polegającym na indywidual-
nym podejściu przy zastosowaniu

terapii ruchowej, zajęciowej, terapii
sztuką, muzykoterapii. W przypadku
chorych leżących gimnastyka odde-
chowa, masaż, ćwiczenia bierne.

Funkcja wychowawcza

Celem działań pielęgniarki jest edu-
kacja rodziny oraz społeczeństwa
w zakresie istoty choroby, objawów,
metod leczenia, przygotowanie rodzi-
ny/opiekunów do sprawowania opie-
ki nad chorym w domu, edukacji
w przypadku odżywiania za pomocą
sondy, dyskretnej kontroli chorego,

- edukacja profilaktyki przeciwo-
dłężynowej, likwidacja barier architekto-
nicznych (zmniejszenie ryzyka upad-
ków), edukacja w zakresie farmako-
terapii,

- udzielanie wskazówek dotyczących
właściwego przygotowania mieszkania
dla osoby chorej,

- wskazanie instytucji wspierających
osoby chore i ich rodziny.

Funkcja profilaktyczna

Na obecnym etapie nie ma metod
zapobiegania tej chorobie jednak
możliwe jest wdrażanie programów -

działań dotyczących przestrzegania
podstawowych zasad, tj:

- utrzymanie aktywności umysłowej
i fizycznej w ciągu całego życia, ucze-
nie nowych umiejętności w wieku
podeszłym, propagowanie prozdrowot-
nego stylu życia,

Funkcja promowania zdrowia

Promocja zdrowia jako istotny ele-
ment pracy pielęgniarki powinna obej-
mować:

- współuczestniczenie w tworzeniu
grup wsparcia i samopomocowych,

- udostępnienie i przygotowanie
środków dydaktycznych promujących
zdrowy styl życia,

- zachęcanie do systematycznych
kontrolnych wizyt lekarskich (psycho-
geriatrycznych).

Pielęgniarka planując proces pie-
lęgnowania w oparciu o potrzeby cho-
rego (realizowane przez pełnienie okre-
ślonych funkcji) powinna uwzględnić
wszystkie wyżej wymienione aspekty,
wśród których istotną rolę pełni pa-
mięć.

dr n. med. Beata Peptońska,
mgr Joanna Marjańska

Czy praca w nocy zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi u pielęgniarek?

Tylko u około 40% kobiet zachorowanie na raka piersi wiąże się z występowaniem uznanych czynników ryzyka dla tego nowotworu, tj. wiek powyżej 50 r.ż., rak sutka u krewnych I stopnia, wysoka pozycja ekonomiczna i społeczna, ekspozycja na promieniowanie jonizujące w okresie dojrzewania, otyłość po menopauzie, późna pierwsza ciąża, czynniki wpływające na okres całościowej ekspozycji na estrogeny, tj. miesiączka przed 11 r.ż., menopauza po 54 r.ż. U pozostałych kobiet z rakiem piersi etiologia nie jest wyjaśniona. Szacuje się, że tradycyjne rakotwórcze czynniki zawodowe leżą u podłoża ok. 1% przypadków wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. Rola ekspozycji zawodowej w etiologii raka piersi nie jest, jak dotąd, w pełni poznana.

Niemniej, w niektórych badaniach stwierdzano zwiększone ryzyko zachorowania na ten nowotwór złośliwy wśród: nauczycielek, kobiet zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych, pielęgniarek i lekarek, kosmetyczek, fryzjerek, chemiczek, telefonistek, telegrafistek, pracownic zatrudnionych w przemyśle farmaceutycznym i chemicznym, wśród narażonych na pola elektromagnetyczne, promieniowanie jonizujące, niektóre rozpuszczalniki organiczne i pestycydy.

Jedna z hipotez dotyczących raka piersi wskazuje na możliwy udział w etiologii tego nowotworu pracy nocnej i narażenia na światło w nocy. Efektem ekspozycji na światło w nocy, poprzez jego wpływ na funkcję wydzielniczą szyszynki, jest zmniejszenie stężenia melatoniny. Wydzielanie tego

hormonu podlega rytmowi dobowemu i następuje przede wszystkim w nocy, w czasie snu. Szybko pojawiające się obniżenie wydzielania melatoniny obserwowano już przy narażeniu na stosunkowo słabe natężenie światła w nocy (200-400 luksów). Jak wykazano w badaniach eksperymentalnych melatonina hamuje rozwój nowotworów u zwierząt, a w badaniach in vitro obserwowano supresję wzrostu linii komórkowych raka gruczołu piersiowego i ich właściwości inwazyjnych pod wpływem tego czynnika. Przeciwnowotworowe działanie melatoniny ujawniać się może poprzez jej efekty antyestrogenowe, antyoksydacyjne i poprzez zwiększenie odporności organizmu.

Aby czynnik środowiskowy (zawodowy) można było uznać za rakotwór-

czy, niezbędne są nie tylko dane z badań na zwierzętach, ale przede wszystkim dane z rzetelnie przeprowadzonych badań epidemiologicznych. Eksperti Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (Lyon, Francja) skłaniają się ku opinii, iż praca w nocy jest prawdopodobnym czynnikiem rakotwórczym dla ludzi (grupa 2A). W badaniach prowadzonych w populacjach osób pracujących w nocy (pielęgniarek, stewardess, telegrafistek) obserwowano wprawdzie zwiększenie ryzyka zachorowania na raka piersi, jednak ze względu na znaczne ograniczenia metodyczne ich wyniki poddane były ostrej krytyce. Stąd nie jest jeszcze w pełni uzasadnione wyciąganie ostatecznych wniosków i wskazane jest prowadzenie dalszych analiz.

Instytut Medycyny Pracy w Łodzi od ponad 50 lat prowadzi badania naukowe z misją ochrony zdrowia. Od wielu lat prowadzi także badania

nad zagrożeniami dla zdrowia pielęgniarek. W grudniu ubiegłego roku w Pracowni Epidemiologii IMP podjęte zostały prace przygotowawcze nad projektem „Badanie zależności między pracą nocną, metabolizmem melatoniny i czynnikami ryzyka raka piersi wśród pielęgniarek”, na który uzyskano finansowanie z Polsko-Norweskiego Funduszu Badań Naukowych. Do badania, w porozumieniu z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, wytypowanych zostanie 700 pielęgniarek okręgu łódzkiego (w tym 350 pracujących w szpitalach w systemie zmianowym i w nocy oraz 350 pielęgniarek, które pracują tylko w ciągu dnia). Planuje się przeprowadzenie wywiadu kwestionariuszowego dotyczącego przebiegu pracy zawodowej i czynników ryzyka dla raka piersi. Porównane zostaną poziomy syntezę melatoniny u kobiet pracujących w nocy i tylko w ciągu dnia. Przeprowadzone zostaną analizy genów

uczestniczących w metabolizmie melatoniny i w regulacji rytmu dobowego. Ważnym elementem będzie także skrining mammograficzny wykonany przy pomocy mammografu cyfrowego, który w porównaniu z tradycyjną mammografią cechuje się większą precyzją obrazowania, zmniejszeniem dawki promieniowania o ok. 30-40% oraz czulszą diagnostyką u kobiet poniżej 50 roku życia. W maju rozpoczęła się pilotażowa faza badania, w której wzięto udział 48 łódzkich pielęgniarek.

Informacje o programie uzyskać można na stronie internetowej **Instytutu Medycyny Pracy (www.imp.lodz.pl)** lub dzwoniąc bezpośrednio do **IMP - Pracownia Epidemiologii tel.: (042) 63-14-568.**

Zachęcamy do wzięcia udziału w badaniu wszystkie łódzkie pielęgniarki, do których zostanie skierowane zaproszenie i wyrażamy nadzieję, iż spotka się on z pozytywnych odbiorem.

Ilona Sobczyk

SAMOBÓJSTWO - stan nagły w psychiatrii

Samobójstwo (*łac. suicidium*) - własnowolne pozbawienie siebie życia - jest to działanie umyślnie, samodzielne w wyniku, którego nastąpiła śmierć. Osoba, która ma zamiar popełnić samobójstwo:

a) dokładnie planuje akt samobójstwa,

b) podejmuje różne środki ostrożności, aby nikt nie wykrył tego, co zamierza zrobić,

c) stosuje niebezpieczne metody, aby pozbawić się życia.

Termin samobójstwo musimy różnicować z terminem próba samobójcza. Określa się nim działania osób próbujących popełnić samobójstwo, ale skutek działania nie doprowadza do śmierci. Osoby te można podzielić na dwie grupy:

a) to osoby zdecydowane przerwać swoje życie, ale z jakiegoś powodu próba nie powiodła się,

b) to osoby, które celowo wykazują zachowania zagrażające ich zdrowiu (motywacje takich zachowań nie są jednolite - może to być chęć manipulowania innymi, uzyskania określonych korzyści albo chęć zwrócenia na siebie uwagi od trudnych sytuacji, niewerbalne „wołanie o pomoc” i wiele innych (osoba taka w istocie nie chce umrzeć).

Osoba, która chce rzeczywiście umrzeć, przygotowuje się do tego, natomiast działania osób, które podejmują próbę samobójczą „na pokaz” są impulsywne, łatwe do odkrycia przez bliskich, z zastosowaniem metody, która daje możliwości przeżycia.

Zjawiska samobójstwa nie można wytłumaczyć patrząc na nie z jednej tylko strony, albowiem na to, że ktoś zdecyduje się na odebranie sobie życia istotny wpływ ma wiele czynników, przyczyn, przypadków i zbiegów okoliczności.

Przyczyny samobójstw:

zaburzenia i choroby psychiczne (depresja, schizofrenia, uzależnienie od substancji psychoaktywnych i psychostymulujących, zespół zależności alkoholowej, napady lęku, zaburzenia osobowości),

przewlekłe, bolesne, upośledzające fizycznie choroby somatyczne (np. zaawansowany rak, dużego stopnia upośledzenie motoryczne),

inne: utrata bliskiej osoby, konflikty międzyludzkie, samotność,

bezradność, kłopoty finansowe, a także poprzednie próby samobójcze, w niektórych kulturach (np. Japonia, Indie) samobójstwa popełnione w pewnych okolicznościach są usankcjonowane tradycją i spotykają się ze społeczną i religijną akceptacją, np. Węgrzy odebranie sobie życia traktują jako akt honoru.

Istotną rolę odgrywają czynniki związane ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa. Są to czynniki:

- demograficzne,
- społeczne,
- rodzinne,
- cechy osobowości danej jednostki, mała odporność na stres.

Mówiąc o czynnikach demograficznych rozpatrujemy kwestię, czy próby dokonuje mężczyzna czy kobieta (istnieją różnice w wyborze, w jaki chcą pozbawić się życia), patrzymy na wiek potencjalnego samobójcy (zagrożenie samobójstwem wzrasta z wiekiem – niskie poniżej 12 r.ż.) a także na status materialny i społeczny - trudne warunki mieszkaniowe, brak pracy

i perspektyw na jej znalezienie wpływają na częstość, sposób i efekt podejmowanych prób. Również praktyki religijne a także pora roku np. wczesnym latem jest więcej samobójstw.

Wśród czynników społecznych wymienić należy: stan cywilny (osoby w separacji, po rozwodzie lub owdowiłe częściej decydują się na odebranie sobie życia), zawód (im człowiek na wyższym szczeblu kariery tym zagrożenie wyższe), zatrudnienie (jego brak jest częstą przyczyną popełnienia samobójstwa).

Czynniki rodzinne to relacje, jakie występują między poszczególnymi jej członkami i które mogą zadecydować, o próbie pozbawienia się życia. Wśród historycznych czynników rodzinnych bierzemy pod uwagę to, czy w rodzinie występowały próby samobójcze, nadużywanie alkoholu, narkotyków.

Indywidualne cechy osobowości każdego człowieka zwiększają lub zmniejszają ryzyko, że dana osoba podejmie lub nie podejmie próbę samobójczą. Są to m. in. perfekcjonizm,

prowadzący do zawyżonych oczekiwań względem siebie, które mogą być nie do spełnienia; impulsywność, wrogość i agresja skierowane na siebie i w kierunku innych wynikają z braku innych metod i umiejętności rozwiązywania problemów oraz braku znajomości technik radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Wiele z tych osób postrzega samych siebie jako nieprzystosowanych oraz niezdolnych do zmiany swojej sytuacji.

Metody wybierane przez samobójców zależą od wielu czynników tj. wiek, płeć, dostępność środków. Mogą to być np.:

1. przedawkowanie przepisywanych leków np. przeciwdepresyjnych, nasennych (jest to najczęściej wybierana metoda),
2. gwałtowane metody: użycie broni palnej, powieszenie lub skoki z wysokości, rzadziej podcięcie żył,
3. zatrucie: spalinami samochodowymi, gazem z instalacji domowych; trucie się stałymi i płynnymi środkami chemicznymi (niewielki procent samobójców),

reklama

centrum edukacji



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630-95-59
0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

WYBIERZ DODATKOWY KURS GRATIS

RESUSCYTACJA
AKTY PRAWNE W MEDYCYNIE
OPIEKA STOMIJNA
PRZEMOC W RODZINIE
I WIELE INNYCH!



ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
EKG • Resuscytacja krążeniowo-oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH
Szczepienia ochronne noworodków

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK
Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Podstawy opieki paliatywnej • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKKPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI

PŁATNOŚĆ ROZKŁADAMY NA DOGODNE RATY

OIPiP w Łodzi zwraca 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 2 KURSY W JEDNYM!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA
www.erudio.com.pl

Większość skutecznych samobójstw poprzedza picie alkoholu.

Zespół przedsamobójczy

Wielu samobójców uważa, że próbę samobójczą można przewidzieć w wielu przypadkach, gdyż poprzedza je bogatoobjawowy syndrom presuicydalny, który jest spowodowany narastaniem kryzysu psychicznego. Kryzys psychiczny to stan psychologiczny posiadający swój wyraźny początek i koniec oraz swoją dynamikę i charakterystyczne objawy. Pojawia się jako reakcja na aktualnie przeżywane konflikty, sytuacje stresujące, frustracje, przy których rozwiązaniu nie można stosować zwykłych rozwiązań. Kryzys psychiczny może pojawić się nagle. Większość prób samobójczych poprzedza faza prodromalna, która występuje u zdrowych i chorych psychicznie. Większa część osób podejmujących próbę samobójczą jako dzieci doznawała urazów psychicznych, co było powodem ukształtowania się u nich postawy nieufności, wątpliwości, braku inicjatywy i wyolbrzymionego poczucia winy. Podstawowym objawem zespołu przedsamobójczego jest zachwianie równowagi psychicznej, a w nim elementy:

1) zwężenie:

- zwężenie sytuacyjne – charakteryzuje się zachwianiem równowagi między aktualnymi warunkami życia a poczuciem własnych możliwości, człowiek nabiera przekonania, że sytuacja w której się znajduje jest trudna, nie może jej zmienić, przewartościować.

- zwężenie dynamiczne - przejawem tego zwężenia jest brak spontaniczności stereotypowy przebieg doznań i skojarzeń, tendencyjne postrzeganie i ocenianie swoich przeżyć i możliwości, następuje ograniczenie doznań strefy życia uczuciowego oraz brak możliwości kontroli własnych zachowań.

- zwężenie stosunków międzyludzkich - przejawia się jako całkowite

izolowanie się, redukcja lub zerwanie związków interpersonalnych, jednostka nie widzi i nie rozumie innych osób, koncentruje się na sobie.

- zwężenie świata wartości – jednostka prezentuje znaczne obniżone poczucie własnej wartości.

2) hamowanie agresji i autoagresja - agresja potencjalnego samobójcy występuje w niesłychanym nasileniu, skierowana jest przeciw niemu samemu, może przejawiać się używaniem wulgarnych słów, rzucaniem przedmiotami, używaniem przemocy fizycznej.

3) wyobrażenie o śmierci - osoba nieradząca sobie w swojej sytuacji ucieka z rzeczywistości do świata fantazji i tam wyobraża sobie znalezienie sposobu na kres swojego nieszczęścia.

Zapobieganie samobójstwom

Prewencja społeczna powinna być wielostronną strategią w skali całego kraju i obejmować poprawę warunków społeczno-ekonomicznych, programy badawcze, zintegrowane działania służb interwencji kryzysowej, ośrodka pomocy społecznej, ochrony zdrowia, telefonu zaufania itp., szkolenia w zakresie prewencji samobójstw dla właściwych grup zawodowych i organizacji; programy edukacyjne dla społeczeństwa (promocja zdrowia psychicznego, alkohol, substancje uzależniające); środki interwencji medycznej tj. działania skierowane do osób zagrożonych potencjalnie samobójstwem (np. osoby uzależnione, w żałobie, z chorobami terminalnymi) budować u nich postawy antysamobójcze (oddziaływanie psychologicznym, socjologicznym, medycznym).

Zapobieganie popełnieniu przez kogoś samobójstwa to oddziaływanie na czynniki, które wywołują sytuację kryzysową, innymi słowy musimy zapobiegać, rozwiązywać, przeciwdziałać powstawaniu sytuacji kryzysowej. Od najmłodszych lat powinno się uczyć dziecko podstawowych umiejęt-

ności komunikacji, nawiązywania przyjaźni, unikania nieporozumień oraz zachowań, które rozładują jego złość, frustrację bez zachowań agresywnych w stosunku do innych. Przeciwdziałanie kryzysom polega na uczeniu się osoby dorosłej jak postępować w sytuacji konfliktowej, jak radzić sobie ze stresem dnia codziennego i tym, który narasta w czasie. Uczestniczenie w kursach, szkoleniach lub treningach umiejętności interpersonalnych pozwala nauczenia się radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, uczy także samokontroli, opierania się naciskom innych, zachowania się w sposób asertywnych, a tym samym może zapobiegać podejmowaniu prób samobójczych.

Postępowanie pielęgniarki z pacjentem po próbie samobójczej

Jeśli mamy do czynienia z osobą, która już próbowała skończyć swoje życie, a później w oddziale psychiatrycznym, kiedy to zaczyna się leczenie będące równocześnie profilaktyką, pielęgniarka i jej sposób pracy z pacjentem po próbie muszą być kompetentne. Powinna postępować taktownie, z wyczuciem, ze zrozumieniem, nie okazywać zdziwienia, potępienia, powstrzymać się od jakichkolwiek sądów i opinii. Po przeprowadzeniu pacjenta na oddział pielęgniarka przedstawia się, przedstawia innych pacjentów, jeśli to możliwe uwzględnia życzenia z wyborem łóżka, następnie jeżeli stan psychofizyczny chorego na to pozwala, zapoznaje go z topografią oddziału i innymi osobami z personelu, mówi o panujących tu zwyczajach i zasadach. Pielęgniarkę powinien cechować profesjonalizm przejawiający się w każdym kontakcie z chorym. Z pacjentem trzeba nawiązać kontakt, który pomoże zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa. Nie należy na siłę próbować nawiązać rozmowę z pacjentem, należy zapewnić o gotowości udzielenia wszelkiej pomocy, często wystarczy, że chory ma świadomość, że ktoś nad

nim czuwa, jest gotowy do pomocy i w każdej chwili może jej udzielić. Opieka pielęgniarki nad pacjentem po próbie samobójczej to jego ścisła, wnikliwa, ale dyskretna i bez napastliwości obserwacja połączona ze zbieraniem wywiadu, który pomoże w dalszej terapii i postępowaniu pielęgniarskim (pytania powinny dotyczyć poprzednich myśli i prób samobójczych, tego czy pacjent to planował czy działał bez zastanowienia, trzeba też zapytać o samookaleczenia, sytuacje, w jakich do nich doszło). Wszystko co zaobserwuje pielęgniarka musi być odnotowane w raporcie, karcie obserwacji lub pielęgnacji. Należy podjąć wszelkie środki ostrożności, które uniemożliwią pacjentowi ponowienie próby. W momencie przyjęcia pacjenta na oddział, należy skontrolować przedmioty, które posiada, aby wykryć np. niebezpieczne narzędzia (nóż, żyłtka, szkło, a także sznurek, pasek), leki, środki chemiczne, które mogłyby posłużyć do podjęcia działań w kierunku samounicestwienia. Podając choremu leki doustne zwracamy uwagę, czy na pewno je połknął, schowane pod językiem lub przy policzku mogą zostać wyjęte z jamy ustnej i zbierane przez chorego, aby później być wykorzystane do próby samobójczej. Zdarza się, że pacjent wymaga modelu opieki całkowicie kompensacyjnego, gdy jest np. po nieudanej próbie samobójczej przez skok z wysokiego budynku i ma złamania kończyn albo po zażyciu środków chemicznych nastąpiło uszkodzenie mózgu.

Dokładna i wnikliwa obserwacja pacjenta obowiązuje przez cały pobyt chorego w szpitalu, pacjent może przeczekać początkowe zainteresowanie jego osobą, aby podjąć próbę, gdy poczuje się mniej doglądany i pilnowany przez personel. Jeżeli pacjent zagraża swojemu życiu lub życiu innych osób, stosuje się przymus bezpośredni.

Przymus bezpośredni

W ostateczności stosuje się przymus bezpośredni w postaci izolacji w przygotowanym do tego pomieszczeniu, odpowiednio urządzonym i zamkniętym. Chorego przytrzymuje się, aby podać lek, wykonać czynności pielęgnacyjne oraz inne zabiegi lub fizycznie unieruchamienia w łóżku poprzez przywiązanie chorego dwoma albo czterema skórzanymi pasami. Przy wyborze rodzaju przymusu należy zastosować środek możliwie najmniej uciążliwy dla pacjenta. Przed zastosowaniem przymusu lekarz uprzedza chorego i informuje o przyczynach takiego postępowania, jest obecny podczas stosowania przymusu. Zakładana jest karta stosowania przymusu, w której odnotowuje się co 15 minut stan chorego. W unieruchomieniu chorego powinno brać udział pięć przeszkolonych w tym celu osób, należy zapewnić bezpieczeństwo osób zabezpieczających, innych pacjentów będących na oddziale a także zabezpieczanego. Powinno dostrzegać się bezsilność i zależność od innych osób zabezpieczonego. Chorego wobec którego użyto przymusu, należy traktować z szacunkiem. Działania takie są podejmowane w oparciu o ustawę o ochronie zdrowia psychicznego i zawarty w niej artykuł 18, który mówi: „W toku wykonywania czynności (...) przymus bezpośredni wobec osób, gdy osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby”.

Zadaniem pielęgniarki opiekującej się pacjentem po próbie samobójczej jest wdrażanie przez nią psychoterapii elementarnej, która obejmuje tworzenie właściwej atmosfery, zdolność empatii, zdolność rozpoznawania przez pielęgniarkę własnych i cudzych stanów emocjonalnych oraz umiejętność współodczuwania i postrzegania stanu uczuć pacjenta związanych z hospitalizacją.

W leczeniu ważną rolę odgrywa psychoterapia wspierająca, która jest

bezpośrednią formą współpracy z pacjentem. Za cel stawia sobie dążenie do przywrócenia wcześniejszej równowagi psychicznej albo poprawę przystosowania do sytuacji, której nie można zmienić. Doraźnie zmniejsza nasilenie negatywnych emocji, które odczuwa chory. Polega na wspieraniu cech nie wymagających zmiany i korekcji oraz eliminacji nieodpowiednich postaw wobec choroby i jej następstw poprzez informowanie, wyjaśnianie, perswadowanie, poprzez reorientację (dążenie do zmiany poglądów) oraz doradzanie w sprawach związanych ze zdrowiem i pomoc w samoakceptacji. Terapia podtrzymująca stawia sobie za cel udzielenie wsparcia.

Inną terapią wykorzystywaną w leczeniu samobójców jest terapia behawioralna, która jest skierowana na eliminację niepożądanych zachowań oraz udzielanie pozytywnych wzmocnień.

Stosowana jest również terapia interpersonalna mająca na celu przywrócenie prawidłowych kontaktów z otoczeniem. Poprawa kontaktów z ludźmi jest często czynnikiem pomocnym w radzeniu sobie z innymi problemami.

Psychoterapia współistniejąca z farmakoterapią pozwala uzyskać znaczną poprawę efektów leczenia. Czasem występuje także metoda samodzielna, jednak często rozpoczęcie jej bez wspomaganie lekami okazuje się niemożliwe lub ryzykowne np. właśnie w przypadku tendencji samobójczych.

Literatura u autora

APEL

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. zwraca się z prośbą o pomoc dla naszej koleżanki pielęgniarki Elżbiety Plota - członka naszej Izby, której uległ spaleniemu dom wraz z całym dorobkiem.

**Plota Elżbieta
ul. Pineckiego 18/3
69-200 Sulęcín**

Nr konta:

**78 1240 3624 1111 0000 3064
1914**

WSH-E Naukowe Koło Studenckie



potrzebną pomocą jest ta, która przywraca nadzieję, pomaga w opanowaniu bezradności, pobudza do aktywności i współdziałania.

Pielęgniarka powinna charakteryzować się gotowością do niesienia pomocy w tym zakresie.

Podstawą niesienia pomocy psychologicznej jest zdobycie zaufania pacjenta, wymaga ono od pielęgniarki:

- wytworzenia klimatu ciepła,

i sprawiać przykrość pacjentowi.

Autentyczność pielęgniarki to cecha, która sprawia, że jej postępowanie jest prawdziwe i uczciwe.

Otwartość pielęgniarki w stosunku do pacjenta oznacza przejawianie gotowości i zdolności do jego wysłuchania, rozumienia i akceptacji.

Kolejną cechą, która odgrywa istotną rolę w procesie rehabilitacji psychicznej jest empatia.

Stosowanie w pracy pielęgniarki elementów rehabilitacji psychicznej

Rehabilitacja psychiczna polega na udzieleniu pacjentowi pomocy w pokonywaniu oporów psychicznych związanych z niepełnosprawnością oraz w przystosowaniu się do otoczenia. Warunkiem niezbędnym do efektywnego przebiegu kompleksowej rehabilitacji są:

- akceptacja,
- motywacja,
- aktywna postawa,
- realna ocena swoich możliwości,
- adaptacja do życia.

Choremu człowiekowi należy poświęcić dużo uwagi, ofiarować wsparcie, podtrzymywać na duchu, okazać zrozumienie. Wszystko to wpływa na niespecyficzne czynniki leczące tj: wiara, nadzieja i przekonanie o tym, że można wyzdrowieć.

Poza medycznymi aspektami leczenia, pacjenci oczekują, że w bezpośrednim kontakcie z personelem pielęgniarskim, zostanie zniwelowany niepokój i przykre doznania związane z hospitalizacją i procesem leczenia.

Dla efektywności pielęgnowania konieczne jest kształtowanie właściwej relacji z pacjentem.

Pielęgniarka powinna zapewnić taką pomoc, jaka w określonej sytuacji zdrowotnej pacjenta jest najbardziej pożądana. Najbardziej zaś

- okazywania pacjentowi akceptacji i szacunku,

- otwartości i szczerości w kontaktach z pacjentem,

- rozumienia potrzeb pacjenta,

- empatii.

Przez „klimat” rozumie się ogół złożonych warunków i wpływów, które w danej sytuacji oddziałują na człowieka. Wytwarzanie klimatu ciepła i bliskości przez pielęgniarkę w dużej mierze zależy od cech jej osobowości i ich przejawianiu zarówno słowami, jak i postawie. Ogromne znaczenie ma ton głosu, wyraz twarzy, gesty.

„Akceptacja” oznacza bezwarunkowe przyjmowanie pacjenta takim, jaki jest. Oznacza to, że pielęgniarka w kontakcie z chorym unika oceniania i krytykowania, uznaje prawo pacjenta do bycia sobą, myślenia i mówienia „po swojemu”. Okazywanie akceptacji umacnia w pacjencie poczucie własnej wartości, a także zachęca do otwartości.

Istotnym elementem relacji pielęgniarka – pacjent jest szacunek. Pielęgniarka powinna okazywać choremu szacunek bez względu na stan, w jakim się znajduje zarówno werbalnie, jak i poza werbalnie. Pielęgniarka nigdy nie powinna stosować zwrotów i zachowań, które mogą razić

Duże znaczenie w jej rozwijaniu mają własne przeżycia. Łatwiej jest wniknąć w myśli i uczucia innych temu, kto sam posiada bagaż doświadczeń.

Rozwijanie przez pielęgniarkę zdolności empatycznych wymaga koncentrowania uwagi na pacjencie i podejmowania starań w zakresie rozpoznania jego potrzeb.

W każdej historii chorego człowieka pojawia się niepokój, rozpacz, utrata nadziei. Rehabilitacja psychiczna polega przede wszystkim na tym, aby doprowadzić u pacjenta do redukcji lęku, napięcia a następnie wzbudzić nadzieję, wiarę i pozytywne nastawienie. Wówczas pojawia się szansa na uruchomienie ogromnego potencjału samouzdrawiania jaki tkwi w każdym człowieku. Stanowi to podstawę do tego, aby leczenie było bardziej skutecznie, a jakość życia wyższa.

Praca napisana przez Annę Cichomską – studentkę Kierunku Pielęgniarstwo II roku studiów zaocznych, pod kierunkiem mgr Agaty Wojcierowskiej

Obecnie coraz częściej słyzy się na temat jednostki chorobowej u dzieci, zwanej alkoholowym zespołem płodowym (Fetal Alcohol Syndrome - FAS). Określenie to zostało użyte po raz pierwszy w roku 1973 przez amerykańskich naukowców K. L. Jonesa i D. W. Smitha.

Dzieci, które nie prezentują wszystkich fizjologicznych objawów FAS, są diagnozowane jako mające alkoholowy efekt płodowy (Fetal Alcohol Effects - FAE). W Polsce nadal jest brak szczegółowych danych na ten temat.

serca, deformacje stawów),

- zaburzenia rozwoju fizycznego (zazwyczaj wolniejszy rozwój fizyczny, przejawiający się w przed - i porodzeniowych miarach; długości i masie ciała oraz obwodzie głowy);

- anomalie struktury i funkcji mózgu, w tym zaburzenia funkcji intelektualnych;

- obecność licznych wad rozwojowych (najczęściej twarzy i układu kostno-stawowego) (Aase, 1997).

Dziecko z zespołem FAS

U noworodka rozpoznanie FAS nie jest łatwe, ponieważ objawy dotyczące części twarzowej czaszki są najczęściej słabo zaznaczone. Należą do nich:

- zmniejszenie odległości pomiędzy wewnętrznymi a zewnętrznymi kącikami oczu

- skrócenie szpary powiekowej;

- opadanie jednej lub obydwu powiek;

Alkoholowy zespół płodowy (Fetal Alcohol Syndrome - FAS)

Dziecko z zespołem FAS

Przyczyny alkoholowego zespołu płodowego

1) zmiany charakterystyczne w FAS są efektem bezpośredniego, teratogennego działania alkoholu na płód, co powoduje między innymi jego niedotlenienie, niedobory hormonalne oraz hamuje rozmnażanie i różnicowanie się komórek płodowych;

2) należy podkreślić, że żadna ilość alkoholu spożyta przez kobietę w ciąży nie jest bezpieczna dla jej dziecka!

Objawy alkoholowego zespołu płodowego

Jak wynika z doświadczeń, FAS jest problemem pojawiającym się w każdej kategorii rasowej oraz w każdej grupie społeczno-ekonomicznej. Charakteryzują go następujące objawy:

- niska masa urodzeniowa i zły stan ogólny noworodka (m. in. częste wady



Źródło: prof. dr n. med. H. Bartel „Embriologia”

- spowolniony rozwój środkowej części twarzy, którego konsekwencją jest niedorozwój obszaru znajdującego się pomiędzy oczami a górną wargą;
- gładka i wydłużona rynienka podnosowa - wygięcie brzegu górnej wargi w delikatny łuk (Streissguth, 1997);
- cienka i wygładzona warga górna;
- niedorozwój żuchwy;
- nieprawidłowy zgryz.

Diagnozowanie alkoholowego zespołu płodowego

Warunkiem koniecznym do stwierdzenia alkoholowego zespołu płodowego jest udokumentowanie faktu spożywania przez matkę alkoholu w trakcie ciąży. Na rozpoznanie u dziecka alkoholowego zespołu płodowego ma wpływ wiele czynników m. in.:

- częstotliwość spożywania alkoholu przez matkę w czasie ciąży;
- ilość alkoholu spożytego przez kobietę w trakcie ciąży;
- stadium rozwoju płodu w momencie narażenia dziecka na wpływ alkoholu;
- faza ciąży, w trakcie której kobieta spożywa najwięcej alkoholu;
- stan odżywienia kobiety w ciąży;
- przyjmowanie przez kobietę w ciąży innego rodzaju środków psychoaktywnych;
- ogólny stan zdrowia kobiety w ciąży (Michaelis, 1997);
- czynniki genetyczne w odniesieniu do kobiety w ciąży.

Zdiagnozowanie alkoholowego zespołu płodowego jest zadaniem bardzo trudnym. Po pierwsze wiele z typowych dla FAS objawów podlega zmianom wraz z dorastaniem dziecka. Po drugie bardzo często specjaliści rezygnują z rozpoznania alkoholowego zespołu płodowego, obawiając się „przyklejania dziecku etykiety”. Dodatkowo istotnym problemem w odniesieniu do dzieci z FAS, jest brak powszechnie dostępnych informacji wyjaśniających przyczyny powstania, przebieg oraz konsekwencje alkoholowego zespołu płodowego.

Konsekwencje alkoholowego zespołu płodowego

Spożywanie przez matkę alkoholu w trakcie ciąży naraża dziecko na prawdopodobieństwo zaburzenia funkcji czuciowych i ruchowych. W konsekwencji powstają nieprawidłowości zmysłu wzroku, słuchu, równowagi oraz zaburzenia koordynacji ruchowej.

Zmiany zachodzące w ośrodkowym układzie nerwowym spowodowane spożywaniem przez kobietę alkoholu w trakcie trwania ciąży mogą stać się przyczyną wielu problemów. Należą do nich m. in.: obniżenie poziomu inteligencji, upośledzenie zdolności uczenia się, deficyt uwagi i pamięci, niewłaściwe, czy też nietypowe zachowanie, nadaktywność, opóźnienie rozwoju mowy i zdolności werbalnych, trudności ze zrozumieniem pojęć, słaba ocena sytuacji, słaba kontrola impulsów, a także opóźnienie kolejnych etapów rozwoju.

U dzieci najmłodszych szczególnie uwagę zwracają problemy z karmieniem, nadmierną drażliwością na bodźce i zaburzeniami rytmu snu. Ponadto dzieci mogą mieć hipertonię (zbyt duże napięcie mięśniowe) lub hypotonię (zbyt małe napięcie mięśniowe) lub jedno i drugie (Klecka, Liszcz, 2004). W wieku przedszkolnym akcentuje się nadmierną aktywność, rozkojarzenie i kapryśność dzieci z FAS. Okres ten przynosi także ujawnienie się zaburzeń w zakresie koordynacji ruchowej. Według relacji rodziców i opiekunów, dzieci z FAS są nadmiernie drażliwe, „w pełnej gotowości”, są „żywym srebrem”, wymagają dozoru przez całą dobę. Rodzice akcentują również fakt, iż dzieci nie są w stanie pojąć związków przyczynowo-skutkowych, mają problemy z pamięcią i logicznym myśleniem.

W pierwszych latach szkoły u znacznej grupy dzieci z FAS rozpoznawany jest zespół dziecka nadpobudliwego z deficytem uwagi ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej). Należy dodać, że wiele dzieci z FAS nie kończy szkoły, a ich proces integracji

ze społeczeństwem jest mocno osłabiony.

Charakteryzując zatem typowe dziecko z FAS wymienia się następujące cechy:

- nerwowość,
- nieprzewidywalność,
- złośliwość,
- nadaktywność,
- labilność emocjonalna,
- podatność na wpływ rówieśników,
- wyobcowanie,
- trudność w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami,
- deficyt uwagi i pamięci,
- trudności z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych np. (matematyka, czas, pieniądze),
- nieumiejętność rozwiązywania problemów,
- trudność w uczeniu się na błędach,
- słaba ocena sytuacji,
- niedojrzałe zachowanie (Klecka, Liszcz, 2004).

Ponadto dzieci te łatwo męczą się, nie potrafią skoncentrować się na zadaniu, częściej natomiast skupiają się na sobie i zachowują się „jak gdyby świat kręcił się wokół nich”. Dodatkowo są wymagające i spodziewają się natychmiastowej gratyfikacji. Należy podkreślić, że te objawy nie wynikają z niewłaściwego zachowania dziecka, lecz są skutkiem stałego, niezmiennego niszczenia mózgu (stacyczna encefalopatia) i zwykle nie zależą od woli dziecka.

W życiu dorosłym osoby z FAS rzadko podejmują pracę, a jeżeli już to mają trudności z jej utrzymaniem. Przejawiają słabe umiejętności planowania, wymagają zewnętrznej motywacji, podpowiedzi, nadzoru, mają problemy z kontrolą impulsów (w tym seksualnych), brak im refleksji i umiejętności funkcjonowania w społeczeństwie, przede wszystkim mają trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem związków interpersonalnych. Dodatkowo dzieci i dorośli z FAS są podatni na fizyczną, seksualną i emocjonalną przemoc (Burgess, 1997).

Badania pokazują, że FAS jest wiodącą przyczyną chorób umysłowych, a większość osób z FAS ma przeciętne poziomy inteligencji. Jest to zaburzenie trwałe i nieuleczalne. Bez terapii osoby takie mają szansę rozwinąć zaburzenia wtórne, tj. choroby umysłowe, problemy z prawem, problemy szkolne, z niepożądaną ciążą, nadużywanie alkoholu czy narkotyków.

Terapia alkoholowego zespołu płodowego

Możliwości rehabilitacji dziecka z FAS są ograniczone, ponieważ powstałych w życiu płodowym uszkodzeń nie można zregenerować. Aby dziecko z FAS mogło osiągnąć maksimum swoich możliwości, potrzebna jest wczesna diagnoza i wszechstronna opieka medyczna, psychologiczna, społeczna, edukacyjna i socjalna. Warto podkreślić, że kluczem do przynoszącej efekty pracy z dziećmi z FAS jest konsekwencja, różnorodność metod i wytrwałość. Rodzice i opiekunowie muszą pamiętać o wytrwałym, ciągłym powtarzaniu dzieciom swoich komunikatów (Liszcz, 2005).

Za podstawowe zasady pracy z dziećmi z FAS uważa się:

- wczesne rozpoczęcie treningu umiejętności społecznych, koncentracja na nauczaniu wykonywania czynności życia codziennego;
- używanie tych samych wyrażań do przypominania dziecku o obowiązujących regułach np. „To jest Twoje łóżko i to jest to miejsce, w którym powinieneś się znaleźć”;
- ilustrowanie kierowanych do dziecka instrukcji;
- upewnienie się, że dziecko rozumie kierowane do niego wskazówki np. poprzez powtórzenie przez dziecko skierowanych do niego słów;
- ustalenie rozkładu dnia, rytmu stałych zajęć, tak aby dziecko było w stanie przewidzieć nadchodzące wydarzenia i zajęcia;
- podawanie dziecku rozmaitych przykładów ilustrujących występo-

wanie związków przyczynowo - skutkowych;

- ustalenie niezmiennego przebiegu niektórych czynności dnia codziennego np. spożywania posiłków czy zaspokajania, w celu wyeliminowania nieprzewidywalnych zachowań dziecka i typowych dla dzieci z FAS kłopotów ze snem;

- dzielenie pracy, której wykonania wymagamy od dziecka, na małe kroki tak, aby dziecko nie czuło się przygniecione nadmiarem obowiązków, a praca nie wydawała mu się niemożliwa do wykonania;

- ustalanie granic i konsekwentne ich przestrzeganie;

- zauważanie i komentowanie poprawnego zachowania dziecka;

- stosowanie technik relaksacyjnych, szczególnie w przypadku przeciążenia układu zmysłowego dziecka, co może objawiać się np. powtarzaniem słów i myśli, izolacją, napadami złości itp.;

- zaznajomienie dziecka z ewentualnymi konsekwencjami złego zachowania, ale unikanie gróźb;

- konsekwentne i natychmiastowe nagradzanie zachowań pożądanых i karanie postaw niewłaściwych (Liszcz 2005, 2006).

Prognoza rozwoju dziecka z zespołem FAS

a) pozytywna - konsekwencją prawidłowego postępowania z dzieckiem będzie lepszy rozwój psychofizyczny:

- dzięki możliwości udziału w zajęciach terapeutycznych dziecko ma szansę na lepszy rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny,

- dzięki rehabilitacji ruchowej – dziecko ma szansę stać się bardziej samodzielne,

- zapewnienie dziecku specjalistycznej opieki medycznej pozwoli poprawić jego stan zdrowia i samopoczucie.

b) negatywna - konsekwencją nieudzielenia dziecku pomocy będą: postępujące upośledzenie rozwoju psychoruchowego,

- trudności i niepowodzenia w codziennej zabawie i nauce,

- narastające problemy wychowawcze i w konsekwencji niedostosowanie społeczne.

Najważniejszą rzeczą wydaje się być zapewnienie dziecku stałych, dobrych warunków wychowawczych. Konieczna jest terapia psychologiczna, pedagogiczna i logopedyczna oraz stały monitoring postępów dziecka w zakresie rozwoju. Stymulacja ogólnorozwojowa powinna być prowadzona różnymi metodami np. przy użyciu SI (integracja sensoryczna – metoda usprawniania układu nerwowego poprzez ćwiczenia ruchowe), kinezylogii edukacyjnej Denissona (gimnastyka mózgu, która skutecznie uczy i pokazuje w praktyce możliwości wykorzystania naturalnego ruchu fizycznego, niezbędnego do organizowania pracy mózgu i ciała) czy bitów inteligencji Glana Domana (metoda tworzenia połączeń synaptycznych w mózgu poprzez pokazywanie obrazów). Dzięki temu dziecko będzie miało możliwość doskonalenia funkcji poznawczych i percepcyjno – motorycznych.

Kluczem do pracy z dzieckiem powinna być konsekwencja, różnorodność metod i wytrwałość. Należy w stosunku do dziecka używać jasno określonych zwrotów, cierpliwie powtarzać komunikaty jeśli zaistnieje taka potrzeba. Informacje powinny być krótkie i zwięzłe. Powinno się zaplanować naukę dziecka w takich warunkach, które będą ograniczały nadmierną stymulację umysłową i fizyczną. Zalecane działania terapeutyczne zmniejszające nadwrażliwość sensoryczną (obniżające nadwrażliwość na dotyk, dźwięk i światło).

Jednym z ogromnych osiągnięć w naszym zawodzie w okresie powojennym było stworzenie podwalin pod kształcenie podyplomowe. Rozpoczęło się ono w 1949 r., a więc za pół roku minie 60 lat jego istnienia. Przypuszczam, że wiele spośród koleżanek korzystających z różnych form doksztalcenia nie wie, kto był inicjatorem, twórcą i organizatorem tej działalności w naszym kraju.

Warto zatem zapamiętać to nazwisko – Rachela Hutner.

Dziś właściwie nie wyobrażamy sobie, aby istniała możliwość efektywnej pracy w różnych dziedzinach naszego zawodu bez swej wiedzy i nabywania nowych umiejętności. A jeszcze przed 60 laty nasze starsze koleżanki pracowały jako nauczycielki zawodu, oddziałowe, przełożone i nie miały możliwości podjęcia doksztalcenia się na zorganizowanych kursach. Każdy w tych czasach uzupełniał potrzebną wiedzę w drodze autodoksztalcenia.

Najtrudniejszą sytuację miały te koleżanki, które podejmowały pracę w szkolnictwie zawodowym. W owych czasach nie było w programach szkolnych takich przedmiotów jak psychologia, pedagogika, metodyka nauczania czy socjologia. Brakującą wiedzę i umiejętności nauczania zdobywało się drogą naśladownictwa bardziej doświadczonych koleżanek. Do pracy w szkole dobierano zwykle najzdolniejsze absolwentki. One też jako pierwsze zaczęły sygnalizować potrzebę doksztalcenia się. Taką sytuację zastała p. Rachela Hutner, gdy w 1948 r. wróciła do kraju. Była osoba bardzo wykształconą i dobrze znającą sytuację zawodową pielęgniarek zarówno w Anglii, jak i w USA. Tuż przed wybuchem wojny w 1939 roku, mając ukończoną szkołę pielęgniarstwa i dwuletni staż, uzyskała stypendium na wyjazd do Anglii, gdzie zapoznawała się z pracą pielęgniarek

Czy wiesz komu zawdzięczamy wprowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek?



na różnych oddziałach. Wybuch wojny uniemożliwił jej powrót do kraju. Musiała więc podjąć pracę, ale mimo iż wyróżniała się wiedzą nie mogła uzyskać nostryfikacji dyplomu. Zdecydowała się na podjęcie nauki w Anglii w 3-letniej szkole pielęgniarstwa. Ukończyła ją z bardzo dobrym wynikiem i rozpoczęła pracę jako pielęgniarka środowiskowa. Ogromny głód wiedzy jaki ją cechował spowodował, że zaczęła starać się o uzyskanie następnego stypendium do USA. Otrzymała je i tam podjęła studia na Wydziale Pedagogiki na Wayne University of Detroit (1946-1947). Uzyskaną wiedzę pragnęła wykorzystać w swoim kraju. Wraca więc do Polski w 1948 r. i rozpoczyna pracę w Ministerstwie Zdrowia, uczestnicząc w pracach nad szybkim przygotowaniem brakujących

kadr pielęgniarskich. Dostrzega, jak ważną rolę spełniają instruktorki szkolne i jakie mają trudności w pracy. Postanawia zorganizować dla nich doksztalcenie.

Kształcenie ustawiczne było głównym centrum jej zainteresowania. Zaczęła więc pracować nad przygotowaniem koncepcji i podejmowała różne dyskusje w Ministerstwie, zarówno z szefostwem, jak i w gronie koleżanek zatrudnionych w Ministerstwie. Dzięki umiejętności przekonywania i konsekwentnego działania organizacyjnego uzyskała zgodę na otwarcie Ośrodka Kształcenia Instruktorów Pielęgniarstwa. Ze względu na posiadane przygotowanie zawodowe była bez wątpienia najlepszym kandydatem na dyrektora tej placówki i jej właśnie powierzono kierownictwo. Czas trwania kursów wynosił 6 miesięcy. Opracowała autorskie programy nauczania i według nich realizowała kształcenie.

W 1956 roku dzięki jej staraniom istniejący Ośrodek został przekształcony w Studium Nauczycielskie o dwuletnim okresie nauczania w systemie stacjonarno-zaocznym. Następnym zadaniem jakie sobie postawiła było opracowanie projektu specjalizacji dla pielęgniarek pracujących w różnych dziedzinach. Wytypowała 6 kierunków specjalizacji w zakresie:

- pielęgniarstwa pediatrycznego,
- pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego, szkolnego, medycyny pracy),

- pielęgniarstwa zachowawczego (w internie, chorobach zakaźnych i neurologii),

- pielęgniarstwa chirurgicznego (chirurgii ogólnej, kostnej, ginekologii, urologii),

- pielęgniarstwa operacyjnego.

Nie chciała rozrabniać specjalizacji na więcej dziedzin uważając, że może to być utrudnieniem dla tych osób, które zmieniały pracę.

W 1968 roku specjalizacja w pielęgniarstwie stała się przedmiotem obrad Sejmowej Komisji Zdrowia i wkrótce po tym Minister Zdrowia zatwierdził plan specjalizacji zlecając jej prowadzenie Ośrodka Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych. Funkcję dyrektora pełniła do 1973 roku tj. przejścia na emeryturę.

Działając społecznie w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim podejmowała działania na rzecz powołania studiów wyższych dla pielęgniarek. Gdy w 1969 roku uczelnia ta powstała, wykładała na niej przez kilka lat.

Pani Rachel Hutner z pewnością należy do grona najbardziej zasłużonych dla zawodu osób. Jej pracę wysoko ceniono bowiem została odznaczona Medalem Florencji Nightingale w 1995 roku oraz nadano jej tytuł doctora honoris causa Akademii Medycznej w Lublinie.

Lidzie o tak wybitnych zasługach, konsekwencji i wytrwałości w działaniach do osiągnięcia wytyczonego celu nie zdarzają się często dlatego warto, aby to nazwisko znane było wszystkim pielęgniarkom.

Niestety pracowite życie pani Hutner dobiegło końca. Zmarła 23 lipca 2008 roku w Warszawie przeżywszy 99 lat. Do ostatnich chwil życia zachowała trzeźwość myślenia i zainteresowanie sprawami zawodu. Obyśmy kształcąc obecnie pielęgniarki na poziomie wyższym doczekały się równie wspaniałych następczyń.

kącik biblioteczny

Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej tom I

Autorzy – Dorota Kilańska (red.), Wydawnictwo MakMed, Lublin 2008, wyd. I, ISBN 978-83-924475-6-6



Niniejsza publikacja stanowi wyczerpujące źródło wiedzy z zakresu profesjonalnej opieki pielęgniarskiej w środowisku człowieka. Opracowanie to zawiera syntezę wiedzy z zakresu koncepcji oraz kształtowania się polskiej misji podstawowej opieki zdrowotnej na przestrzeni ostatnich 10 lat. W pierwszym tomie szczegółowo omówiono problem opieki nad człowiekiem zdrowym i chorym, świadczonej przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną. Kolejny tom obejmuje treści z zakresu pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania oraz w ochronie zdrowia pracujących.

„Inicjatywa przygotowania podręcznika z zakresu POZ dla pielęgniarek wydaje się niezwykle cenna i potrzebna. Tutaj bowiem, w POZ, dokonują się i dokonywać się będą podstawowe działania na rzecz poprawy zdrowia jednostek, grup społecznych, grup wiekowych (np. dzieci, pracowników, ludzi w podeszłym wieku). Opracowanie podręcznika pomocnego w przygotowaniu kadr pielęgniarskich do pracy w POZ i ułatwiającego realizację zadań przez pielęgniarki już zatrudnione jest niezwykle istotne i zasługuje na poparcie. Gratuluję inicjatywy i podziwiam wysiłek włożony w przygotowanie tej publikacji” - prof. dr hab. Zofia Kawczyńska - Butrym

„Ogólne ramy programowe przedmiotu „Podstawowa opieka zdrowotna i pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne” do nauczania którego przeznaczony jest ten podręcznik, obejmują następujące zagadnienia: struktura i zakres świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej; zadania zespołu podstawowej opieki zdrowotnej; rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych jednostki, rodziny i społeczności lokalnej; planowanie i realizacja opieki pielęgniarskiej w środowisku zamieszkania, nauki i pracy; udział pielęgniarki w realizowaniu zadań wynikających z programów polityki zdrowotnej. Podręcznik wyczerpuje w całości tę tematykę. Redaktor i autorzy sprościli wyzwaniom dydaktycznym współczesnego pielęgniarstwa, we właściwych proporcjach prezentując obszerną, interdyscyplinarną problematykę” - prof. AM dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski.

Należy zauważyć, że jest to dotychczas jedyna zwarta pozycja wskazująca na zadania współczesnego pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej, która na pewno okaże się cennym źródłem informacji. Niewątpliwie ułatwi pielęgniarkom realizowanie zadań zawodowych zgodnie z aktualnym kierunkiem wiedzy medycznej.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
gł. specjalista ds. merytorycznych

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

tel. 042 633 69 63; 042 633 71 06; fax 042 633 68 74

czynne: poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00; wtorek: 10.00 – 18.00

www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPI

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II oddział w Łodzi 20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Biblioteka OIPI

poniedziałek: dzień bez interesantów, wtorek: 11.00 – 17.30;

środa: 10.00 – 15.00; czwartek: 8.30 – 15.00; piątek: 10.00 – 15.30

e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl

tel. 042 633 92 98

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek, środa, czwartek: 8.00 – 16.00; wtorek: 10.00 – 18.00; piątek: dzień bez interesantów

tel. 042 633 32 13

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00;

tel. 042 633 23 94

Kasa

poniedziałek, piątek: 8.30 – 12.00; wtorek: 12.00 – 17.00; środa, czwartek: 12.00 – 15.00

tel. 042 639 92 76

RADCA PRAWNY

udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem

zawodu pielęgniarki i położnej we wtorki: 14.00 – 18.00 i czwartki: 14.00 – 16.00 (tel. 042 633 71 06)

INFORMACJI MERYTORYCZNYCH w godz. pracy biura z wyjątkiem poniedziałków (tel. 042 639 92 62)

UDZIELAJĄ:

mgr MARIA KOWALCZYK

AGNIESZKA KAŁUŻNA

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ – mgr IRENA KRÓL

dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00 (tel. 042 633 23 94)

w pozostałe dni kontakt z **KRYSTYNĄ SAWCZENKO** – spec. ds. kancelaryjnych ORzOZ i OSPiP – (tel. 042 633 23 94)

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EWA SKIBA

REDAKTOR NACZELNA „BIULETYNU” – mgr MARIA KOWALSKA

dyżuruje we wtorki w godz. 15.00 – 17.00

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

tel. 042 633 22 48

Informacji na temat realizacji zadań samorządu i działalności Okręgowej Rady udzielają:

Przewodnicząca

mgr Krystyna Walewska

środy w godz. 14.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca

mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca

mgr Elżbieta Krokocka (położna)

Sekretarz

lic. pielęg. Anna Manes

II i IV poniedziałek miesiąca

w godz. 15.00 – 17.00

tel. 042 633 22 48