ISSN 2083-0246 Dwumiesięcznik nr 3 (26) czerwiec - lipiec 2015 r.

Opolska Pielęgniarka i Położna

W numerze m.in.:

Ogólnopolski konkurs Pielęgniarka Roku 2015
Znaczenie raportów z czynności resuscytacyjnych
Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej
Reakcja dziecka na chorobę
Dziecko z Trisomią 21
Edukacja diabetologiczna
Fakty i mity o żywieniu w cukrzycy
Syndrom wypalenia zawodowego

Szanowni Państwo,

Przed nami okres wakacji. Na czas letnich urlopów życzę dużo słońca w sercu i na twarzy, aby każdy dzień był pięknym prezentem, pełnym pogodnych, radosnych i miłych chwil oraz ciekawych spotkań.

Z radością przekazujemy Państwu kolejny już numer „Opolskiej Pielęgniarki i Położnej". W aktualnym numerze naszego czasopisma zamieszczamy komunikat skierowany do pielęgniarek i położnych, pielęgniarzy, dotyczący aktualizacji danych w Centralnym Rejestrze w związku ze zbliżającymi się wyborami Delegatów OIPiP w Opolu, na Okręgowe Zjazdy VII Kadencji.
Tradycyjnie przekazujemy ciekawe i ważne informacje dotyczące wydarzeń, które miały miejsce w minionym czasie. Prezentujemy m.in., materiał z konferencji zorganizowanej przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego Krystynę Gębuś –Dinter. „Dziecko z chorobą przewlekłą", artykuł Marii Grzecznej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych pt. „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej nad dzieckiem z chorobą przewlekłą", artykuł Iwony Cyris, psychologa klinicznego pt. „Reakcja dziecka na chorobę. Wsparcie terapeutyczne w okresie hospitalizacji", artykuł dr Joanny Łaby, specjalisty pediatrii pt. „Dziecko z Trisomią 21".
Zachęcamy do zapoznania się z artykułem Lilianny Gawłów – Nowak pt. „Znaczenie raportów z podjętych czynności resuscytacyjnych" oraz z ciekawym materiałem dotyczącym wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących z chorymi psychicznie, który opracowany został przez Zespół ds. pielęgniarstwa psychiatrycznego działający przy naszej Izbie.
Panie Położne serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w II edycji kampanii społeczno-edukacyjnej i konkursu „Położna na medal".

Życzymy miłej lektury
Sabina Wiatkowska

STANOWISKO
Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
z dnia 20 maja 2015r. w sprawie akcji protestacyjnej pielęgniarek i położnych

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu popiera dążenia pielęgniarek i położnych, walczących o poprawę warunków pracy oraz uposażeń.

Jednocześnie Rada zwraca uwagę, że głównym powodem akcji protestacyjnej jest ogólne niedofinansowanie ochrony zdrowia, będące konsekwencją braku zdecydowanych działań kolejnych ekip rządzących.

Utrzymywanie niskich wynagrodzeń za pracę personelu fachowego w jednostkach ochrony zdrowia znacznie zmniejszyło w ostatnich latach atrakcyjność takiej aktywności zawodowej, co w bezpośredni sposób przekłada się na rosnące problemy kadrowe w placówkach zdrowotnych i pogorszenie opieki nad pacjentami.

Z-ca sekretarza ORL
lek. Jerzy Lach

Prezes ORL
dr n.med. Jerzy Jakubiszyn

Szanowni Państwo

W związku z przygotowaniami do zbliżających się wyborów Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu na Okręgowe Zjazdy VII kadencji, które odbywać się będą w latach 2015-2019, wszystkie pielęgniarki i położne, które nie dokonały wpisu do rejestru pielęgniareki położnych prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Opolu pomimo takiego obowiązku bądź nie przekazały do OIPiP w Opolu informacji na temat obecnego miejsca zatrudnienia, **proszone są o pilne zaktualizowanie danych w zakresie aktualnego nazwy pracodawcy, osobiście, drogą mailową bądź pocztą tradycyjną.**

Brak aktualizacji danych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych może skutkować nie ujęciem na listach wyborczych, a tym samym uniemożliwi wzięcie udziału w wyborach.

Jednocześnie przypominamy, że obowiązek zawiadomienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu o wszelkich zmianach danych objętych wpisem do Rejestru Pielęgniarek i Położnych, wynika z art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych. Zawiadomienie zgodnie z przepisem ustawy powinno być zgłoszone niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia powstania zmian.

Ogólnopolski konkurs Pielęgniarka Roku 2014

23 kwietnia w Warszawie odbyła się Gala X Jubileuszowego Finału Konkursu Pielęgniarka Roku, organizowana przez ZG Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Celem Konkursu jest promocja zawodu pielęgniarki poprzez wyłonienie liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, zaangażowanych w działalność na rzecz rozwoju zawodu.

Tematem przewodnim tegorocznej X jubileuszowej edycji był „Postęp w medycynie - pielęgniarki wobec dylematów etycznych XXI wieku".

III etapowi Konkursu "Pielęgniarka Roku 2014, towarzyszyła uroczystość jubileuszu X Gali Konkursu, zorganizowanej w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Województwo opolskie w Konkursie reprezentowała laureatka Pani Kamila Brodowska.

Prezentacja konkursowa zostanie przedstawiona środowisku pielęgniarek i położnych z naszego województwa podczas jednej z jesiennych konferencji poświęconych zagadnieniom pielęgniarstwa.

Kamila Brodowska – ur. 1988 r., pielęgniarka zatrudniona od kwietnia 2013 roku w SP ZOZ Opolskim Centrum Onkologii im. profesora Tadeusza Koszarowskiego w Opolu - Oddział Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej.

W roku 2011, ukończyła Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Nysie i uzyskała tytuł pielęgniarki.

W roku 2013, ukończyła szkolenie podyplomowe w Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dla koordynatorów transplantacyjnych. Na swoim koncie mimo krótkiego stażu pracy ma już kilka kursów specjalistycznych i dokształcających.

Obecnie jest studentką I- go roku studiów pielęgniarskich II stopnia na Uniwersytecie Medycznym w Katowicach.

W okresie zatrudnienia Pani Kamila Brodowska prezentuje postawę pielęgniarki zaangażowanej i bardzo dobrze przygotowanej merytorycznie, jest cennym współpracownikiem, doskonale radzi sobie w złożonych relacjach z pacjentem z rozpoznaną chorobą nowotworową. Konsekwentna w swoich dążeniach a jednocześnie wrażliwa i koleżeńska, obcowanie z nią to przyjemność.

Elżbieta Duda
Pielęgniarka Naczelna

Uroczystości z okazji święta pielęgniarek i położnych

To już kolejny rok gdy środowisko pielęgniarek i położnych wspólnie obchodzą swoje święto przypadające na 8 i 12 maja. Tym razem w dniu 21 maja byliśmy gośćmi w Opolskim Teatrze Lalki i Aktora w Opolu. Przed uroczystościami i spektaklem, w kuluarowych rozmowach dzielono się doświadczeniami w pracy oraz wymieniano poglądy na zachodzące zmiany w systemie ochrony zdrowia dotyczące w szczególności dodatkowych obowiązków i uprawnień pielęgniarek i położnych. Następnie odbyła się uroczystość, podczas której Wojewoda Opolski Ryszard Wilczyński, dr Jerzy Jakubiszyn Przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu, przedstawiciele środowisk medycznych Opolszczyzny oraz Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze Pani Elżbieta Słojewska-Poznańska, złożyli, życzenia i kwiaty na ręce Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu Pani Sabinie Wiatkowskiej.

S. Wiatkowska

Dr Jerzy Jakubiszyn w swoim wystąpieniu oprócz życzeń, poinformował nasze środowisko, iż lekarze zdecydowanie popierają oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie ich pracy i płacy. Następnie uczestnicy spotkania zostali zaproszeni na spektakl **[dzadi]** wg Passiniego, przedstawiający wizję prawdziwej poczekalni dusz. Reżyser poprzez uruchomienie wszystkich części dramatu, wprowadza na scenę ludzi i ich widma, łącząc postaci w nieoczywiste pary, które nawzajem się uzupełniają i interpretują. Obejrzeliśmy spektakl, który zapraszał widza do ponownego spotkania z klasycznym tekstem Adama Mickiewicza jednakże w zupełnie innym znaczeniu. Po zakończeniu przedstawienia uczestnicy uroczystości byli pod wrażeniem doskonałej i wyczerpującej gry zespołu aktorskiego.

J. Jakubiszyn

Kalendarium pracy OIPiP w Opolu, w okresie kwiecień - maj 2015

21 maja 2015 r.
Uroczyste obchody Dnia Położnej i Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki zorganizowane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Opolu odbyły się w Teatrze Lalki i Aktora w Opolu. (zdjęcia w numerze)
20 maja 2015 r.
*Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu zorganizowała II Targi Pracy i Edukacji, w których uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Opolu Sabina Wiatkowska.
*W konferencji „Bezpieczne środowisko pracy pielęgniarki i położnej", zorganizowanej przez OIPiP w Częstochowie oraz Koło Terenowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Częstochowie, uczestniczyły Wiceprzewodniczące ORPiP w Opolu Henryka Hometowska i Elżbieta Mieszkowska.
19 maja 2015 r.
*VI Olimpiada Pielęgniarska zorganizowana przez Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu, w której uczestniczyła Wiceprzewodnicząca ORPiP w Opolu Henryka Hometowska.
*W uroczystej konferencji naukowej zorganizowanej przez Wojewódzkie Centrum Medyczne z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Opolu Sabina Wiatkowska.
*Posiedzenie Prezydium Rady w siedzibie Izby w Opolu.
15 maja 2015 r.
*W Święcie Symboliki Zawodu zorganizowanym przez Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu uczestniczyła Wiceprzewodnicząca ORPiP w Opolu Elżbieta Mieszkowska.
*W Kluczborku odbyło się uroczyste spotkanie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej zorganizowane przez Powiatowe Centrum Zdrowia w Kluczborku, w którym uczestniczyły Wiceprzewodnicząca ORPiP w Opolu Henryka Hometowska oraz Skarbnik ORPiP w Opolu Stefania Szewczuk.
*W Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym w Opolu odbył się konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Psychiatrii dla Dorosłych „A", w którym uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Opolu Sabina Wiatkowska.
13 maja 2015 r.
W Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nysie odbyła się uroczystość wręczenia czepków pielęgniarskich studentom I roku kierunku „Pielęgniarstwo", w której uczestniczyłczłonek ORPiP w Opolu Piotr Lisowiec.
12 maja 2015 r.
Grupowa Praktyka Pielęgniarek HIGMED zorganizowała w Opolu spotkanie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, w której uczestniczyła Sekretarz ORPiP w Opolu Wiesława Grabska.
8 maja 2015 r.
Postępowanie egzaminacyjne kursu specjalistycznego w zakresie „Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego" dla pielęgniarek, organizowanego przez firmę Mediator w Kędzierzynie-Koźlu, w którym uczestniczył członek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu Anna Marynowicz.
6 maja 2015 r.
*W uroczystości nadania imienia profesora Andrzeja Steciwko Auli Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu uczestniczyła Wiceprzewodnicząca ORPiP w Opolu Elżbieta Mieszkowska.
*Postępowanie konkursowe na stanowisko ordynatora Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu, w którym uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Sabina Wiatkowska.
5 maja 2015 r.
W biurze NIPiP w Warszawie, odbyło się spotkanie dotyczące wypracowania wzorów dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki i położne, w którym uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Opolu Sabina Wiatkowska.
30 kwietnia 2015 r.
W Opolskim Centrum Onkologii, odbyła się konferencja "Rola spółek prawa handlowego w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia", zorganizowana przez Zespół ds. POZ przy OIPiP w Opolu.
29 kwietnia 2015 r.
*W Urzędzie Miasta Opola odbyło się spotkanie dotyczące opiniowania ofert programów zdrowotnych „ABC zdrowego odżywiania", w ramach konkursu ogłoszonego przez Urząd Miasta Opola,w którym uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Opolu Sabina Wiatkowska.
*Spotkanie Zespołu ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w siedzibie OIPiP w Opolu.
28 kwietnia 2015 r.
*W biurze NIPiP w Warszawie, odbyły się jednodniowe warsztaty szkoleniowe pt.:"Zdarzenie niepożądane – jak rozmawiać z mediami", w których uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Opolu Sabina Wiatkowska.
*W Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu, odbyła się konferencja „Dziecko z chorobą przewlekłą", zorganizowana przez Przewodniczącą Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Marię Grzeczną, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego Krystynę Gębuś-Dinter oraz OIPiP w Opolu, w której uczestniczyła Wiceprzewodnicząca Henryka Hometowska.
*Posiedzenie Prezydium Rady w siedzibie Izby w Opolu.
27 kwietnia 2015 r.
*Postępowanie konkursowe na stanowisko Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Pododdziału Patologii Ciąży Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków w Opolu, w którym z ramienia ORPiP w Opolu, uczestniczyły Sabina Wiatkowska oraz Barbara Prochota.
*W siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, odbyło się spotkanie przedstawicieli pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, którego celem było omówienie bieżących problemów oraz ustalenie zakresu działań zmierzających do poprawy sytuacji w pielęgniarstwie szkolnym. W spotkaniu uczestniczyły pielęgniarki z Zespołu ds. Pielęgniarstwa Medycyny Szkolnej działającego przy OIPiP w Opolu: Elżbieta Michalska, Jolanta Papierniak oraz Sylwia Artuna.
*W Warszawie odbyła się konferencja zorganizowana przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych podsumowująca realizację Projektu Systemowego pod nazwą „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego", współfinansowanego przez Unie Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w której uczestniczyli Dorota Karawan, Klaudia Wojtalla oraz Piotr Lisowiec.
25-26 kwietnia 2015 r.
W Samodzielnym Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach odbył się bezpłatny kurs dokształcający, zorganizowany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Opolu pt. „Profilaktyka zakażeń szpitalnych".

24 kwietnia 2015 r.
Polska Federacja Edukacji w Diabetologii zorganizowała w Hotelu Mercure w Opolu konferencję warsztatową pt. „Diabetologia w regionie. Nowe spojrzenie na diabetologię w pielęgniarstwie", w której uczestniczyłaPrzewodnicząca ORPiP w Opolu Sabina Wiatkowska oraz Wiceprzewodnicząca Henryka Homętowska.
23 kwietnia 2015 r.
*W Warszawie odbyła się uroczysta Gala Finału Konkursu Pielęgniarka Roku zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, w której uczestniczyły: Sabina Wiatkowska, Elżbieta Duda, Maria Grzeczna, Urszula Kraszkiewicz, Aneta Gajda, Dorota Wocka, Krystyna Gębuś-Dinter i Adriana Mazurkiewicz-Fornalik.
*Postępowanie kwalifikacyjne kursu specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa psychiatrycznego" dla pielęgniarek organizowanego przez przez AUO Omnibus w Samodzielnym Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach, w którym z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczyła Anna Marynowicz.
22-24 kwietnia 2015 r.
W Opolskim Centrum Rehabilitacji w Korfantowie odbył się bezpłatny kurs dokształcający zorganizowany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Opolu pt. „Ocena stanu zdrowia i badanie fizykalne", który prowadził dr Jarosław Czepczarz.
21 kwietnia 2015 r.
W Opolu odbyło się postępowanie egzaminacyjne kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa ratunkowego" dla pielęgniarek organizowanego przez Centrum Kształcenia Zawodowego TEACHMED, w którym uczestniczył Piotr Lisowiec.
20 kwietnia 2015 r.
Posiedzenie Komisji Kształcenia w siedzibie Izby w Opolu.
16 kwietnia 2015 r.
Nadzwyczajne posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu w siedzibie OIPiP w Opolu.
15 kwietnia 2015 r.
Posiedzenie Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie,w którym uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Opolu Sabina Wiatkowska.
14 kwietnia 2015 r.
Posiedzenie Komisji Socjalnej w siedzibie Izby w Opolu. W czasie posiedzenia rozpatrzono 12 wniosków, z tego 9 pozytywnie, 2 negatywnie a jeden pozostawiono do uzupełnienia.

Znaczenie raportów z podjętych czynności resuscytacyjnych dla weryfikacji zastosowanych działań i oceny ich skuteczności w przypadku wystąpienia wewnątrzszpitalnego NZK

Lilianna Gawłów-Nowak starsza pielęgniarka, Szpital Wojewódzki w Opolu, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Jak wynika z przeprowadzonych badań NZK (Nagłe Zatrzymanie Krążenia), to główna przyczyna zgonów która w Europie dotyczy około 700 tysięcy osób w ciągu roku, a w przypadku choroby niedokrwiennej serca powoduje ponad 60% zgonów. Aby ograniczyć tą smutną statystykę, podjęto wiele działań w które zaangażowane są Europejska Rada Resuscytacji wraz z Polską Radą Resuscytacji, organy administracji publicznej zarówno szczebla centralnego jak i samorządowego, jednostki ochrony zdrowia i organizacje pozarządowe. **Działania te maja formę:**

- tworzenia procedur i wytycznych które mają zapewnić wysoką skuteczność działań resuscytacyjnych,
- tworzenia rozwiązań organizacyjnych i prawnych zapewniających sprawność działań służb ratunkowych i medycznych,
- szkoleń certyfikowanych dla personelu medycznego oraz personelu innych służb publicznych,
- prowadzenia szeroko zakrojonych działań edukacyjnych dla dzieci (np. nauczanie udzielania pierwszej pomocy w ramach podstawy programowej dla szkół i przedszkoli) oraz dorosłych (np. szkolenia w ramach kursów na prawo jazdy),
- prowadzenia działań edukacyjnych z zakresu działań resuscytacyjnych w ramach działań statutowych stowarzyszeń i organizacji społecznych,
- zapewnienia dostępności automatycznych defibrylatorów w miejscach publicznych.

Powyższe przedsięwzięcia przyniosły widoczną poprawę w przypadku wystąpienia pozaszpitalnego NZK.

Bardziej złożonym zagadnieniem jest poprawa skuteczności działań resuscytacyjnych w przypadku wewnątrzszpitalnych zatrzymań krążenia. Występuje tutaj problem braku dostatecznej i precyzyjnej informacji, która powinna stanowić bazę do przeprowadzenia stosownych porównań oraz badań prowadzących do opracowania rozwiązań skutkujących większą przeżywalnością pacjentów. Aby móc zbierać potrzebne dane oraz porównywać czynności resuscytacyjne nie tylko w obrębie jednego szpitala, ale również między szpitalami, International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) w roku 1995 opracował tak zwany „wzorzec z Utstein". Wytyczne te zawierają jednolity sposób prezentowania danych dotyczących nagłego zatrzymania krążenia zarówno w warunkach szpitalnych jak i pozaszpitalnych. Kluczowymi kwestiami zawartymi w tych wytycznych były dokładne definicje interwencji, punktów końcowych i przedziałów czasowych postępowania oraz stworzenie szablonu raportu z działań resuscytacyjnych. Celem łatwiejszego wykorzystania w praktyce, „wzorzec z Utstein" został opublikowany w Polsce w roku 2007. Ten zbiór wytycznych, opiera się na czterech kategoriach zmiennych dotyczących: szpitala, pacjenta, zatrzymania krążenia i efektu reanimacji.

Zmienne dotyczące pacjenta obejmują wiek i płeć chorego, miejsce zatrzymania krążenia, jest definiowane jako obszar szpitala, w którym stan ten został rozpoznany. Jest to informacja, mająca uwzględnić rodzaj oddziału szpitalnego, w którym doszło do zatrzymania krążenia. Niezwykle ważne jest też podanie informacji o obecności świadka, bądź też monitorowania pacjenta w momencie wystąpienia zatrzymania krążenia, a także podanie jakie procedury medyczne zostały zastosowane u pacjenta przed wystąpieniem NZK, ponieważ niektóre z nich mają znaczący wpływ na efekt resuscytacji (np. intubacja tchawicza, dostęp dożylny, kateter tętniczy, podaż leków, wentylacja mechaniczna). Pożądaną, choć nie zawsze możliwą

do uzyskania informacją, jest liczba i miejsce poprzednich resuscytacji, o ile upłynęło od ostatniej ponad 24 godzin. Istotna jest również znajomość powodu przyjęcia do szpitala, choroby współistniejące, ciężkość stanu chorego i funkcjonowanie chorego przed wystąpieniem NZK.

Zmienne dotyczące zatrzymania krążenia obejmują bezpośrednią przyczynę NZK tj. arytmię, zawał lub niedokrwienie mięśnia sercowego, hipotensję, niewydolność oddechową, przyczyny metaboliczne.

Dane te obejmują także informacje na temat czy i jakie podjęto czynności resuscytacyjne. Jeżeli ich nie podjęto to na leży podać z jakiego powodu. Kolejnym zbiorem niezbędnych informacji jest opisanie stanu wyjściowego reanimowanego pacjenta w chwili przybycia zespołu reanimacyjnego. Należy stwierdzić obecność lub brak oddechu, tętna i świadomości. Niezwykle ważne jest także określenie rytmu wyjściowego. „Wzorzec z Utstein" wymaga tutaj wyraźnego rozgraniczenia: migotania komór lub częstoskurczu komorowego od asystolii, rozkojarzenia elektryczno-mechanicznego, czy też normalnego rytmu związanego z perfuzją. Konieczne jest opisanie w jakim czasie nastąpiły dane wydarzenia, oraz kiedy i jakie procedury zastosowano w odpowiedzi na nie.

Bezwzględnie należy zarejestrować następujące punkty czasowe:

- zatrzymanie krążenia (początek wydarzenia),
- wezwanie zespołu reanimacyjnego,
- przybycie zespołu reanimacyjnego,
- potwierdzenie zatrzymania krążenia,
- rozpoczęcie czynności (podstawowych) resuscytacyjnych,
- zakończenie czynności resuscytacyjnych,
- pierwsza i każda następna defibrylacja,
- zapewnienie drożności dróg oddechowych metodami zaawansowanymi (w tym intubacji),
- pierwsza dożylna dawka adrenaliny (a także wszystkie inne leki reanimacyjne),
- powrót spontanicznego krążenia (z zaznaczeniem, czy był to trwały powrót),
- zakończenie prób reanimacji.

Dzięki zarejestrowanym punktom czasowym możliwe jest ustalenie rozmaitych odstępów czasu, który minął między dwoma wydarzeniami. **„Wzorzec z Utstein" poleca zwłaszcza w celu porównań wewnątrzszpitalnych i międzyszpitalnych określenie między innymi:**

- odstępu od początku wydarzenia do rozpoczęcia podstawowych czynności resuscytacyjnych,
- odstępu od początku wydarzenia do pierwszej defibrylacji,
- odstępu od początku wydarzenia do zaawansowanego zabezpieczenia drożności dróg oddechowych,
- odstępu od początku wydarzenia do pierwszego podania leków reanimacyjnych.

Pozostałe odstępy, ważne ze względów klinicznych to:

- odstęp od początku wydarzenia do powrotu krążenia (potwierdzonego wyczuwaniem tętna),
- czas utrzymania wydolnego krążenia,
- odstęp od początku wydarzenia do zakończenia czynności resuscytacyjnych.

Zmienne dotyczące wyniku reanimacji opisują efekt podjętych działań, w krótkim i długim okresie czasowym, tj.: przeżycie – powrót krążenia, pozostawienie na dotychczasowym oddziale bądź przekazanie pacjenta do oddziału o wyższym poziomie opieki, dalszy przebieg hospitalizacji aż do wypisu ze szpitala. Zgodnie z wytycznymi „wzorca z Utstein" u pacjentów, u których nastąpił powrót krążenia, ocenia się również stopień powrotu świadomości i stan neurologiczny. Przy ocenie stanu neurologicznego zaleca się stosowanie skali CPC (ang. Cerebral Performance Category), GCS (Glasgow Coma Score).

Zmienne dotyczące szpitala są wymagane dla porównań między poszczególnymi placówkami, gdyż referencyjność szpitala ma wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia NZK, reakcję wobec zatrzymania krążenia i uzyskiwane efekty resuscytacji. Należy wpisywać do raportu stopnień referencyjności szpitala, występowanie SOR, ilości łóżek z wyodrębnieniem łóżek intensywnej terapii. Dodatkowo wskazane jest określenie systemu łączności z zespołem interwencyjnym lub zespołem zdarzeń nagłych (np. wyodrębniony numer telefonu), ilości i kompetencji osób wchodzących w skład zespołu ratowniczego oraz jego wyposażenia.

Raportowanie czynności resuscytacyjnych powinno obejmować indywidualne raporty z zatrzymania krążenia jak i centralny rejestr NZK w szpitalu. **Nie można traktować rejestracji i analizy danych dotyczących zatrzymania krążenia w kategorii jeszcze jednego uciążliwego obowiązku administracyjnego, ponieważ informacje zebrane zgodnie z „wzorcem z Utstein" wzbogacają naukowe podstawy resuscytacji, pomagają wprowadzać jednolite standardy i procedury działań, skutkujące zmniejszeniem śmiertelności wśród pacjentów.** Personel zaangażowany w działania resuscytacyjne powinien mieć świadomość powyższego i dlatego, powinien żądane informacje wpisywać do stosownych rejestrów w sposób rzetelny i kompletny, w zastosowaniem w miarę możliwości formy elektronicznej oraz nowoczesnych narzędzi informatycznych ułatwiających analizę zebranych informacji. Wiarygodność zebranych danych ma podstawowe znaczenie dla przeprowadzenia racjonalnej analizy podejmowanych działań resuscytacyjnych, korekty ewentualnych błędów czy niedociągnięć oraz określenia wpływu na wynik leczenia różnych strategii postępowania.

„Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej nad dzieckiem z chorobą przewlekłą"

Maria Grzeczna

„Troska o dziecko jest pierwszym i podstawowym sprawdzianem stosunku człowieka do człowieka" Jan Paweł II, papież (Nowy Jork, dnia 2 października 1979r.)

Pielęgniarka/rz, położna - to osoby legitymujące się prawem wykonywania zawodu i uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 7 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej Dz. U Nr 174 poz. 1039 z 2011r. ze zm. **Świadczenie zdrowotne** - to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia i pielęgnowania (ustawa o działalności leczniczej Dz. U Nr 112 poz. 654 z 2011r. z późn. zm.).

Pacjent - to osoba zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osoby wykonujące zawód medyczny (art. 3 ust.1 pkt4 ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U z 2012 poz. 159).

Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki, położnej zapisane w aktach prawnych:

I - udzielanie pomocy, w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenie życia (art. 12 ust.1. u.z.p.p; art.7 u.p.p; rozdz.I pkt 1b KEZPiPRP)

II - poszanowanie praw pacjenta
- poinformowanie pacjenta przez pielęgniarkę/położną o przysługujących prawach *(art.16 ust. 1 u.z.p.p)* - przestrzeganie zasad zapisanych w ustawie o praw pacjenta (rozdz. I pkt. 3 KEZPiPRP) - pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, w tym świadczeń pielęgniarskich *(rozdz. I pkt. 3b KEZPiPRP)* lub sprzeciwu, co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, w takim przypadku wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego *(art. 17 ust. 3 u.p.p)*,
- pacjent ma prawo do obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z wyjątkiem istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, osoba wykonująca zawód medyczny może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych *(art. 21 ust.2 u.p.p),*
- pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat zdolny do świadomego wyrażenia zgodny na obecność osoby wykonującej zawód medyczny, innej niż udzielającej świadczeń zdrowotnych, uczestniczących przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia, a także obecność innych osób wymaga jego zgody lub/i zgody przedstawiciela ustawowego i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego *(art. 22 ust. 2 u.p.p)*.

III - obowiązek informowania pacjenta o stanie zdrowia
- udzielenia przystępnej informacji o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniarskiej *(art.16 ust. 2 u.z.p.p)* pacjentowi, w tym małoletniemu , który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy *(art. 9 ust. 8 u.p.p; rozdz..I pkt. 1 c KEZPiPRP).*

IV - obowiązek do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, z wyjątkiem:
- niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- wyrażenia zgody przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na ujawnienie tajemnicy,
- gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń *(art. 14 u.p.p),*
- obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku *(art. 17 u.z.p.p; rozdz. I pkt. 4 KEZPiPRP).*

V - prowadzenie, wgląd i udostępnianie dokumentacji medycznej
- obowiązek prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej *(art.18 u.z.p.p)* - pielęgniarka, położna mają prawo wglądu, do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych *(art. 13 u.z.p.p.)*,
- obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej *(rozdz.II pkt. 4 KEZPiPRP).*

VI - obowiązek realizacji zleceń lekarskich
- zapisanych w dokumentacji medycznej, z wyjątkiem nagłego zagrożenia zdrowotnego *(art. 15 ust 1 i 2 u.z.p.p; rozdz. II pkt. 2 KEZPiPRP),*
- w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka, położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania *(art. 15 ust. 3 u.z.p.p).*

VII - klauzula sumienia
- może odmówić wykonania zlecenia lub innego świadczenia zdrowotnego niezgodne z sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie osobie zlecającej lub przełożonemu, z wyjątkiem gdy zwłoka mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego *(art. 12 ust. 2 u.z.p.p),*
- uzyskanie pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym ma uczestniczyć, a w uzasadnionych przypadkach, może odmówić uczestniczenia w eksperymencie medycznym, podając przełożonemu przyczynę odmowy na piśmie *(art. 14 ust. 1 i 2. u.z.p.p ; rozdz. II pkt. 6 KEZPiPRP).*

VIII - zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki, położnej
- pacjent ma prawo żądać aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych zasięgnął opinii innej pielęgniarki, położnej *(art. 6 ust..3 pkt b u.p.p),*
- pielęgniarka, położna może odmówić zasięgnięcia opinii, jeżeli uzna, że żądanie pacjenta jest bezzasadne, a odmowę odnotowuje w dokumentacji medycznej *(art. 6 ust.6 u.p.p).*

Odpowiedzialności zawodowa pielęgniarki, położnej - to obowiązek moralny i prawny ponoszenia konsekwencji za wykonywanie osobiście lub polecone innej osobie do wykonania czynności zawodowe lub za ich zaniedbanie bądź zaniechanie ponoszą członkowie samorządu za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu przedstawione powyżej w niniejszym artykule, zwane „przewinienie zawodowe„ *(art. 36 ust. 1 u.s.p.p).*

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej *(art. 38 u.s.p.p)*, obejmuje:
- **czynności sprawdzające** – zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego,
- **postępowanie wyjaśniające** – ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia przewinienia zawodowego-ustalenie osoby obwinionej zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu pielęgniarek i położnych,
- **postępowanie przez sądem pielęgniarek i położnych** – pociągnięciem do odpowiedzialności zawodowej sprawcy przewinienia zawodowego oraz ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnieniu przewinienia zawodowego, a także zapobieganie im oraz umacnianie poszanowania praw i zasad współżycia społecznego,
- **postępowanie wykonawcze** – wykonanie orzeczeń zapadłych w toku postępowania przed sądem pielęgniarek i położnych.

Stronami w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są:
- **pokrzywdzony** - osoba fizyczna lub prawna lub jednostka organizacji nie posiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe *(art. 40 u.s.p.p),*
- **obwiniony** - pielęgniarka lub położna, wobec której w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko której skierowano do sądu wniosek o ukaranie *(art. 41 ust. 1 u.s.p.p)*

Sąd pielęgniarek i położnych, może orzec następujące kary:
- upomnienie
- nagana
- karę pieniężną w wysokości od 1 000 zł do 10 000zł na cele społeczne związane z ochroną
- zdrowia
- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat
- zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 m-cy do 2 lat
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat
- pozbawienie prawa wykonywania zawodu

Zatarcie kary
- upomnienie – 1 rok
- nagana – 3 lata
- kara pieniężna, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych, funkcji z wyboru i ograniczenie zakresu czynności – 3 lata od wykonania orzeczenia
- zawieszenie prawa – 5 lat od wykonania orzeczenia
- pozbawienia prawa- 15 lat od uprawomocnienia się orzeczenia

Pielęgniarka, położna wykonująca obowiązki zgodnie z aktualną wiedzą, należytą starannością i zasadami etyli zawodowej zapisanymi w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej (KEZ-PiPRP) oraz ustawami o zawodach pielęgniarki i położnej (u.z.p.p) o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p) oraz o samorządzie pielęgniarek i położnych (u.s.p.p) nie będzie ponosiła odpowiedzialności zawodowej z powodu przewinienia zawodowego.

Maria Grzeczna - Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Uczestnicy szkolenia

Od lewej: M. Grzeczna, K. Gębuś-Dinter, E. Piskowska, E. Ledwoń, J. Zaryczański, J. Łaba

Reakcja dziecka na chorobę
Wsparcie terapeutyczne w okresie hospitalizacji

Hospitalizacja jest często trudnym doświadczeniem dla dziecka, obciążającym go fizycznie i psychicznie. Dziecko przychodząc do szpitala musi podjąć wysiłek adaptacyjny. Personel medyczny ma bardzo duży wpływ na prawidłowe przystosowanie się dziecka do warunków szpitalnych. Przed pielęgniarkami na oddziałach pediatrycznych stoi zadanie minimalizowania niepokoju i lęku dziecka oraz nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z nim oraz z jego rodzicami. Aby osiągać sukcesy terapeutyczne niezbędna jest wiedza na temat reakcji dziecka na stres i chorobę, a także znajomość podstawowych metod pomocy psychologicznej i zasad komunikacji interpersonalnej.

Klasyfikacja rozumienia pojęcia choroby przez dzieci wg etapów rozwoju inteligencji J. Piageta: (Pilecka, 2002)
- Stadium przedoperacyjne (od 2 do 7 r.ż.)

W wieku przedszkolnym choroba pojmowana jest jako zjawisko sensoryczne istniejące poza organizmem, które może do niego wejść, lub jako skutek zarażenia się dolegliwościami, które są blisko ciała i atakują tuż przed wystąpieniem choroby.

- Stadium operacji konkretnych (od 7 do 12 r.ż)

Choroba definiowana jest przez dzieci jako coś zewnętrznego, czym można się zarazić i można się z tego wyleczyć. Siedmiolatki zazwyczaj są przekonane, że można kontrolować przebieg choroby i jej leczenie, oraz dostrzegają szansę uniknięcia choroby przez ograniczenie kontaktu z chorobotwórczymi czynnikami. U jedenastolatków choroba jest rozumiana jako zmiana w organizmie człowieka wywołana czynnikami zewnętrznymi. W tym stadium dzieci sądzą, że można całkowicie powrócić do zdrowia.

- Stadium operacji formalnych (od 12 r.ż)

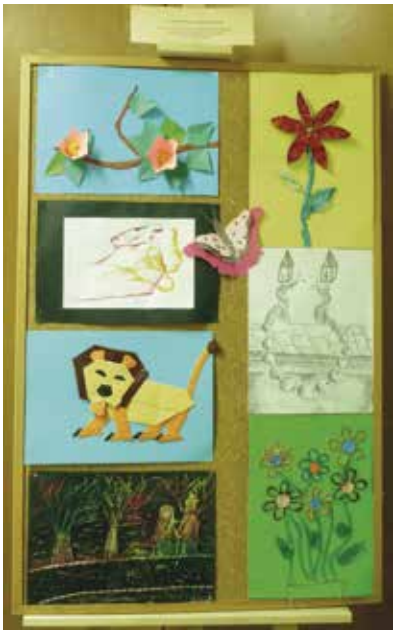
Choroba jest określana jako proces wewnętrzny, którego istotą są zaburzenia fizjologiczne. Dzieci powyżej 12 roku życia sądzą, że człowiek może poprzez swoje zachowanie decydować o przebiegu choroby i powrócić do zdrowia. W okresie dojrzewania młodzież spostrzega, że na zdrowie mają również wpływ czynniki psychiczne i zaczyna pojmować chorobę jako wewnętrzny proces o charakterze psychofizjologicznym.

• Reakcje dziecka na chorobę:
• wycofanie się
• utrata zainteresowania i kontaktu z otoczeniem

• apatia
• płaczliwość
• nadmierne pobudzenie
• nieposłuszeństwo
• agresja

Siedem okresów rozwojowych w życiu dziecka, w których występują charakterystyczne reakcje na rozłąkę. Są to:

- **Niemowlęta do 3 m-ca życia** - Brak matki powoduje u dziecka dyskomfort psychiczny, pojawiają się zaburzenia rytmu snu, łaknienia, wydalania.
- **Niemowlęta od 3 do 6 m-ca życia** - Brak matki powoduje nagłą dezorientację, zakłócenie równowagi wewnętrznej, gwałtowny płacz. Jeśli w tym okresie zabraknie obecności matki, pobyt w szpitalu może stać się silnym urazem psychicznym.
- **Dziecko od 6 do 18 m-ca życia** - Brak bezpośredniej opieki matki, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia wyzwala lęk separacyjny. Zniknięcie matki z pola widzenia oznacza dla dziecka brak matki w ogóle. Dziecko nie rozumie, że ktoś kogo nie widzi nadal istnieje, że mama wróci. Reaguje płaczem, krzykiem, pobudzeniem psychoruchowym.
- **Dziecko od 18 m-cy do 4 lat** - Przywiązanie do matki w tym okresie jest bardzo silne, egoistyczne i zaborcze. Dziecko ufa matce bezgranicznie, a jej brak traktuje jako porzucenie, opuszczenie. Stany lękowe mogą być tak silne, że przybierają formy agresji (krzyk, kopanie, bicie, plucie itp.) lub nawet autoagresji (rzucanie się na podłogę, bicie głową o ziemię itp.). Rozłąka dziecka z rodzicami jest w tym okresie najbardziej niebezpieczna. Zadaniem personelu medycznego jest stwarzanie warunków do całodobowego kontaktu z dzieckiem.
- **Dzieci powyżej 4 roku życia** - Są zdolne do oczekiwania na powrót matki. Są podatne na perswazje i tłumaczenia. Skutki hospitalizacji bywają mniej dotkliwe niż u dzieci młodszych. Oprócz potrzeby kontaktu z matką jest potrzeba kontaktu z rówieśnikami, potrzeba zdobywania nowych umiejętności, sprawności, potrzeba działania, współzawodnictwa, potrzeba oceny, akceptacji, pochwały i zachęty. Należy zapewnić poczucie bezpieczeństwa oraz rozwijać funkcje poznawcze wykorzystując zabawę.
- **Dzieci w wieku szkolnym** - Są już bardziej niezależne od rodziców, łatwiej znoszą rozstanie. Dzięki kontaktom z rówieśnikami i umiejętności wyrażania uczuć odreagowują napięcie psychiczne związane z chorobą i szpitalem. Pielęgniarka powinna zachęcać dziecko do samodzielności, do uczestniczenia w zajęciach szkolnych oraz nawiązywania kontaktów z rówieśnikami.
- **Dzieci w wieku młodzieńczym** - Stres spowodowany uświadomieniem sobie choroby powoduje stany lękowe, które mogą mieć charakter depresyjny. Zadaniem pielęgniarki jest zapewnienie prawidłowego rozwoju psychospołecznego i emocjonalnego poprzez nawiązanie relacji z nastolatkiem, szczerość wobec niego oraz zachęcenie go do współuczestniczenia w procesie leczenia



- Jak zbudować prawidłową relację terapeutyczną z dzieckiem?
- emocjonalnie przygotowywać dziecko do wszystkich zabiegów oraz uzyskać jego zgodę na ich wykonanie,
- zapewnić możliwość odreagowania negatywnych emocji, poprzez np. wypowiedzenie swoich obaw i lęków,
- organizować dzieciom czas wolny- pozwolić na zabawę (umożliwienie dziecku zabawy pozwala rozładować napięcie emocjonalne związane z hospitalizacją oraz łagodzi ból),
- zapoznać się z przyzwyczajeniami dziecka i w miarę możliwości dopasować się do nich,
- zapewnić bezpieczeństwo (pielęgniarka może zaproponować przyniesienie ulubionej zabawki czy przedmiotu, który będzie kojarzył się z rodzicami, redukując pojawiający się lęk),
- umożliwiać kontakt z rodzicami oraz z rówieśnikami,
- zachęcać do uczestniczenia w zajęciach szkolnych,
- okazywać cierpliwość i zainteresowanie,
- traktować dziecko jak partnera w terapii – podejście humanistyczne,
- stosować przyjazny dotyk (trzymanie za rękę, głaskanie),
- być szczerym wobec pacjenta i zachęcać do współuczestniczenia w procesie leczenia,
- stosować komunikację dopasowaną do wieku dziecka.

Iwona Cyris
psycholog kliniczny

Dziecko z Trisomią 21 - problemy zdrowotne

Wiele zmieniło się od czasów dr Langdona Downa, kiedy to w 1866r. po raz pierwszy opisał 12 charakterystycznych cech osób, które, choć nie spokrewnione ze sobą, były do siebie podobne, podobnie się zachowywały, miały podobne upodobania i umiejętności. Ten angielski lekarz nie wiedział dlaczego tak się dzieje, co jest tego przyczyną. Dopiero niemal 100 lat później, w 1959r. francuski pediatra i genetyk prof. Jerome Lejeune odkrył, że przyczyną tego całego „zamieszania" jest jeden mały, dodatkowy chromosom 21 pary. Zamiast dwóch chromosomów o numerze 21 – oni mają o jeden więcej, w każdej komórce 3 chromosomy oznaczone numerem 21. Dlatego medyczna nazwa zespołu Downa brzmi: Trisomia 21 i właśnie tą nazwę od 2013r. zaleca używać WHO. Ogromny postęp medycyny, a przede wszystkim różnych metod rehabilitacyjnych, oddziaływanie środowiska, a więc tego wszystkiego co nas otacza, nauki, techniki, internetu - to wszystko razem sprawiło, że dziś życie osób z trisomią 21 mogłoby niewiele różnić się naszego. Oczywiście wciąż jeszcze potrzebują naszego wsparcia, ale już nie litości, nie tolerancji a akceptacji. Chcą być, żyć i korzystać z tego życia - na tyle, na ile my im na to pozwolimy, na ile oni sami potrafią.

Poznanie bliżej osób z triosmią 21, może zupełnie odmienić nasze postrzeganie ich i nasz stosunek do tych osób. Człowiek boi się tego, czego nie zna. Woli unikać, nie spotykać się, nie słyszeć, nie widzieć, najlepiej żeby temat w ogóle nie istniał.

To my, tzw. zdrowa część społeczeństwa, tworzymy tą barierę, to przez nasz odbiór i nasze nastawienie - kiedy przychodzi na świat dziecko z zespołem Downa - matce i najbliższej rodzinie - wali się cały świat, przeżywa

tak wielkie rozczarowanie, dramat, strach. I zamiast widzieć nowe dziecko- widzą z zespołem Downa, zamiast uśmiechu i wyciągniętych rączek - dodatkowy chromosom, a ojcowie zamiast dumy - łzy żony i matki, często nie wytrzymując tego napięcia – odchodzą. To przez nas, że nie potrafimy zaakceptować ich takimi, jakimi są, a są dobrymi, radosnymi, szczerymi, szczęśliwymi i wiele potrafiącymi- ludźmi. Na świecie są już tysiące osób z zespołem Downa, którzy skończyli studia, pracują, lobbują na rzecz osób z Trisomią 21. Są dziennikarze, aktorzy, tworzą zespoły muzyczne, piszą książki.

Z reguły osoby z zespołem Downa są szczęśliwe, mają bardzo dobre serce, mają dobro w sobie, życzliwość, wrażliwość. W tym dodatkowym chromosomie jest coś

specjalnego, chciałoby się mieć część tego dodatkowego chromosomu – cierpliwość, wytrwałość, radość życia. Ten dodatkowy chromosom chroni przed zawałem serca, udarem, miażdżycą, nowotworami (guzami litymi). Ale ten dodatkowy chromosom jest także sprawcą wielu towarzyszących wad (m.in. serca, przewodu pokarmowego, wzroku, słuchu), obniżonego napięcia mięśniowego, częstszych chorób układu oddechowego, pokarmowego, tarczycy. Dzieci z trisomią 21 częściej niż ich zdrowi rówieśnicy chorują na białaczki, cukrzycę, padaczkę, depresję, choroby układu kostnego. Wszystkim też towarzyszą zaburzenia pamięci, myślenia abstrakcyjnego i niepełnosprawność intelektualna.

Na świecie prowadzone są badania naukowe, mające na celu poprawę funkcjonowania osób z trisomią 21. Badania, które mają na celu „wycieszenie" tego dodatkowego chromosomu – tak, żeby nie powodował tych wszystkich dodatkowych schorzeń, nieprawidłowości, czy niepełnosprawności intelektualnej.

Tak więc, choć może niewiele potrzeba już czasu do odkrycia leku na zespół Downa, to do wprowadzenia do leczenia – na pewno upłynie jeszcze wiele lat. Na razie, to co możemy zrobić- wspierać, pomagać w rehabilitacji, akceptować i włączać ich w nasze, tzw. normalne życie. Z tą myślą w 1999r. powstało Opolskie stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Zespołem Downa, które w 2013 roku zmieniło nazwę na:

TRISO - Opolskie Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Dzieci z Trisomią 21 (fb/StowarzyszenieTRISO; www.triso.eu). Serdecznie zapraszamy wszystkich, którzy w jakikolwiek sposób pragną pomóc dzieciom z trisomią 21. Zapraszamy wolontariuszy, terapeutów, sympatyków oraz oczywiście dzieci, dorosłych z trisomią 21 i ich rodziny.

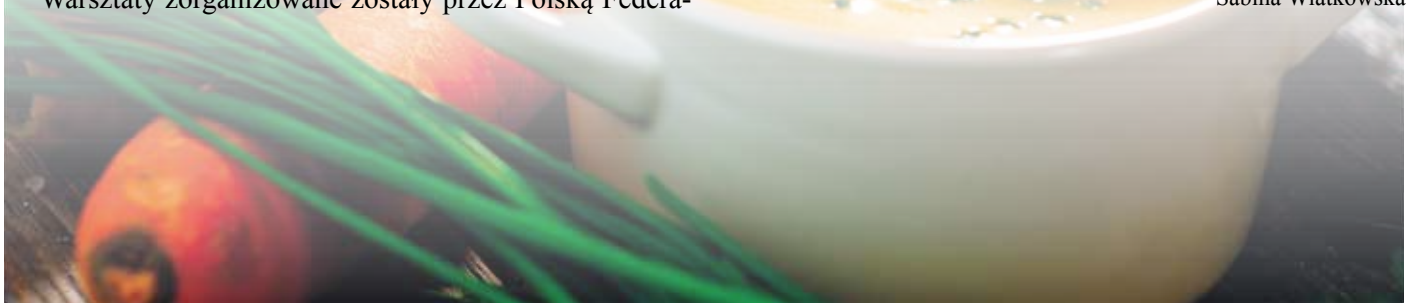
Dr Joanna Łaba – specjalista pediatra i rehabilitacji medycznej, prezes Stowarzyszenia TRISO.

Edukacja diabetologiczna

W dniu 24 kwietnia 2015 r. w Hotelu Mercure w Opolu, odbyły się warsztaty skierowane do pielęgniarek i położnych, edukatorów ds. diabetologii i pracowników wykonujących inne zawody medyczne sprawujących opiekę nad pacjentami z cukrzycą. W trakcie warsztatów były poruszane zagadnienia związane z aktualnymi zaleceniami terapeutycznymi, motywacją pacjentów, samokontrolą cukrzycy oraz dietą. Ważnym elementem konferencji była debata ekspercka poświęcona lokalnym problemom opieki diabetologicznej, będąca okazją do wymiany poglądów i doświadczeń w zakresie diabetologii i opieki nad chorymi z cukrzycą w Polsce.

Warsztaty zorganizowane zostały przez Polską Federację Edukacji w Diabetologii, która od wielu lat podejmuje różnorodne aktywności, które dostarczają pielęgniarkom użytecznych narzędzi i metod prowadzenia edukacji pacjenta. Warsztaty w Opolu wpisały się w cykl 16 konferencji warsztatowych we wszystkich miastach wojewódzkich pt. Diabetologia w regionie. Nowe spojrzenie na diabetologię w pielęgniarstwie. Z inicjatywy Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii powstanie również pierwszy ogólnopolski raport na temat wyzwań w zakresie edukacji pacjenta z cukrzycą. Raport w całości poświęcony będzie edukacji w diabetologii, ze szczególnym uwzględnieniem roli pielęgniarek diabetologicznych.

Sabina Wiatkowska



Fragment wykładu: Fakty i mity o żywieniu w cukrzycy wygłoszonym na spotkaniach „Diabetologia w regionie”

Grażyna Korzeniewska Dietetyk - Polska Federacja Edukacji w Diabetologii

Przed wynalezieniem insuliny i leków doustnych ***leczenie dietetyczne*** było jedyną możliwością przedłużenia życia osób chorych na cukrzycę. Stosowano głównie diety niskokaloryczne gdzie jedynym źródłem kalorii były głównie białka lub tłuszcze.

Jak wyglądają aktualne zalecenia dietetyczne dla osób z cukrzycą według wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na rok 2014?

1. Żywienie dzieci i młodzieży chorej na cukrzycę.

„Podstawowe zasady zdrowego żywienia dzieci chorych na cukrzycę są takie same jak ich rówieśników bez cukrzycy.

Zaleca się utrzymanie prawidłowego bilansu kalorycznego oraz ***stopniowe zmniejszenie zawartości węglowodanów przyswajalnych, maksymalnie do 45-50%*** *dobowego zapotrzebowania kalorycznego.*

Zaleca się ***ograniczenie cukrów prostych do 10% dobowego zapotrzebowania kalorycznego****. Dotyczy to w szczególności młodzieży”*

Piramida zdrowego żywienia dla dzieci i młodzieży wg. Instytutu Żywności i Żywienia

2. Zalecenia dietetyczne dla dorosłych z cukrzycą

✹ Cel leczenia:

- utrzymanie bliskiego normie stężenia glukozy w surowicy krwi, w celu prewencji powikłań cukrzycy optymalnego stężenia lipidów i lipoprotein w surowicy
- optymalnych wartości ciśnienia tętniczego w celu redukcji ryzyka chorób naczyń
- uzyskanie i utrzymywanie pożądanej masy ciała.

✹ Leczenie dietetyczne obejmuje ustalenie:

- całkowitej kaloryczności diety
- rozdziału kalorii na poszczególne posiłki w ciągu dnia
- źródła pokarmów, które zabezpieczają zapotrzebowanie kaloryczne oraz dowóz składników mineralnych, witamin.

Przy ustalaniu diety należy uwzględnić indywidualne preferencje żywieniowe i kulturowe pacjenta, wiek, płeć, poziom aktywności fizycznej oraz status ekonomiczny.

Strategia postępowania dietetycznego powinna obejmować:

- Ocenę sposobu żywienia
- Diagnozę żywieniową
- Poradnictwo indywidualne lub grupowe
- Monitorowanie sposobu żywienia i ocenę efektów

Przy ustalaniu diety można korzystać z systemu WW oraz IG i ŁG.

W cukrzycy typu 2 podstawowym zadaniem jest nie tylko utrzymanie dobrej kontroli metabolicznej choroby, ale także redukcja nadmiernej masy ciała.

W prewencji i leczeniu cukrzycy typu 2 z podwyższonym ryzykiem chorób sercowo – naczyniowych może być zalecana dieta śródziemnomorska.

Zalecenia szczegółowe

1. Węglowodany

- 40-50% wartości energetycznej powinny stanowić węglowodany o niskim indeksie glikemicznym do 50 IG
- Ograniczenie węglowodanów prostych do minimum
- Substancje słodzące mogą być spożywane w dawkach zalecanych przez producenta
- Nie zaleca się stosowania fruktozy jako zamiennika cukru
- Zawartość błonnika pokarmowego powinna wynosić 25-40 gramów

♦ Źródła węglowodanów:

- Węglowodany proste to: glukoza, fruktoza (owoce i miód) oraz laktoza znajdującą się w mleku
- Węglowodany złożone – przedstawicielem jest skrobia

♦ Źródła skrobi: mąka (pełnoziarniste pieczywo, chleb, bułki, budynie, kisiele, makarony, kluski)

- Kasze, płatki, ryż, ziemniaki, nasiona roślin strączkowych (groch, fasola, kukurydza, bób, soja, soczewica.

2. Tłuszcze

- Powinny stanowić 30-35% wartości odżywczej
- Tłuszcze nasycone mniej niż 10% wartości energetycznej diety
- Tłuszcze jednonienasycone 10-15% wartości energetycznej diety
- Tłuszcze wielonienasycone 6-10% wartości energetycznej diety
- Cholesterol w diecie nie powinien przekraczać 300mg/d
- Obniżenie stężenia cholesterolu frakcji LDL poprzez zmniejszenie udziału tłuszczów nasyconych zastępując je węglowodanami o niskim IG lub/i tłuszczami jednonienasyconymi.

Należy maksymalnie ograniczyć spożycie izomerów trans kwasów tłuszczowych.

Źródła izomerów trans: ***pieczywo cukiernicze, chipsy, frytki, zupy i dania instant, margaryny twarde.***

3. Białka

Udział energii pochodzącej z białek 15-20% przy czym stosunek białka zwierzęcego do białka roślinnego powinien wynosić co najmniej 50/50%.

Źródła białka pełnowartościowego:

- chude mięsa (cielęcina, chuda wołowina, jagnięcina, królik, dziczyzna)
- chude ryby (np. dorsz, sola, mintaj)
- chudy drób (kura, indyk - bez skóry)
- chude gatunki wędlin (polędwica, szynka)
- białko jaja (całe jaja 2-3 sztuki/tydzień)
- chude mleko (do 2% tłuszczu) i jego przetwory (kefir, jogurt, maślanka, sery twarogowe).

4. Witaminy

Suplementacja witamin i mikroskładników u chorych, u których nie stwierdza się niedoborów, jest niewskazana.

5. Alkohol

- Spożywanie alkoholu przez osoby chore na cukrzycę nie jest zalecane
- Chorego należy poinformować, że alkohol hamuje uwalnianie glukozy z wątroby i dlatego jego spożycie

może sprzyjać rozwojowi niedocukrzenia
- Dopuszcza się spożywanie czystego alkoholu etylowego w ilości nie większej niż 20g/d przez kobiety i 30g/d przez mężczyzn.

6. Sól kuchenna
- 5000 – 6000mg/d
- Osoby z umiarkowanym nadciśnieniem tętniczym nie więcej niż 4800mg/d
- Osoby z NT i nefropatią nie więcej niż 4000mg/d.

7. Podsumowując:
- Dieta w cukrzycy typu 1 i 2 powinna być jak najbardziej zbliżona do zasad prawidłowego żywienia.
- Liczenie wymienników pokarmowych = lepsze wyrównanie cukrzycy
- W żywieniu dzieci powinno się kierować nie tylko sercem, lecz przede wszystkim rozumem
- Odpowiednia dieta i prawidłowe nawyki żywieniowe to gwarancja właściwego rozwoju fizyczno – psychicznego.

AKADEMIA MALUCHA ALANTAN
ORGANIZATOR

Położną na medal

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Fundacja Rodzić po Ludzku

dobrze urodzeni

edukacja pacjenta.pl

Położna na medal – wystartowała druga edycja

Wystartowała II edycja kampanii społeczno-edukacyjnej i konkursu „Położna na medal" zorganizowana przez Akademię Malucha Alantan. Patronat merytoryczny nad tegoroczną kampanią i konkursem objęła Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Położnych, Fundacja Rodzić po Ludzku, Stowarzyszenie Dobrze Urodzeni oraz portal edukacjapacjenta.pl.

Celem kampanii jest wzrost świadomości położnych, nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej i podniesienie standardów pracy w zgodzie z przyjętymi wymaganiami Środowiska i oczekiwaniami pacjentów oraz uświadomienie roli położnej, jej kompetencji i odpowiedzialności w oparciu o przyjęte standardy pracy jaką na co dzień wykonuje.

Przez najbliższe 9 miesięcy będzie można głosować na najlepsze położne w całej Polsce w konkursie „Położna na medal". Nominowanie i oddawanie głosów odbywać się będzie za pośrednictwem strony www.poloznanamedal.pl. W tym roku spośród nominowanych położnych zostaną wybrane 3 najlepsze, które uzyskają największą liczbę głosów. Dodatkowo, konkurs wyłoni 3 najlepsze położne z poszczególnych województw. Kryteria oceny położnej powstały w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Położnictwo na przestrzeni ostatnich lat zmieniło swoje oblicze, a wraz z nim zmieniło się społeczne widzenie porodu i opieki okołoporodowej. Odradzająca się idea traktowania ciąży i porodu jako fizjologicznego procesu – wchodząca w program prokreacji ekologicznej – spowodowała konieczność wprowadzenia zmian w systemie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem z uwzględnieniem standardów opieki okołoporodowej. Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100) nakłada na położną realizację określonych zadań podczas sprawowania opieki nad ciężarną, w tym edukację przedporodową uwzględniającą praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, karmienia piersią, pielęgnowania noworodka i rodzicielstwa.

ORGANIZATOR

– Chcemy promować położne, które swój zawód wykonują z pasją i prawdziwym oddaniem.

Wielu pacjentów głosowanie traktuje jako podziękowanie położnym za profesjonalizm, wrażliwość i otwartość – podkreśla Iwona Barańska z Akademii Malucha Alantan, organizatora konkursu.

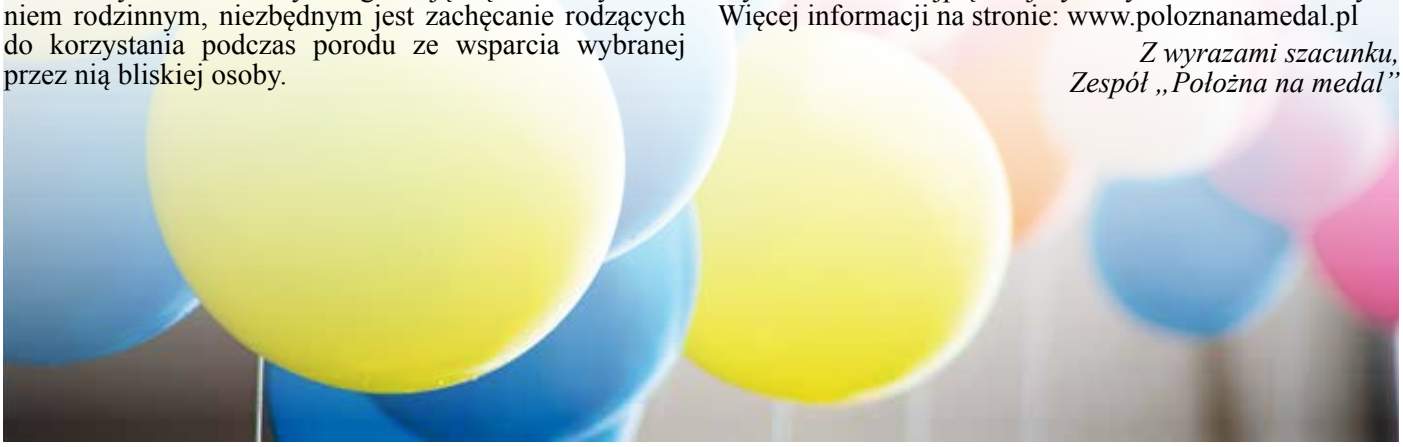
Stosowanie standardów przez położną w okresie porodu fizjologicznego obejmuje m.in.: monitorowanie stanu rodzącej, wsparcie kobiety w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych, niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, pozycji, które uznaje za najwygodniejsze. Umożliwienie dziecku – bezpośrednio po porodzie – nieprzerwany i co najmniej dwugodzinny kontakt z matką „skóra do skóry". W kolejnych godzinach pomoc i edukacja w zakresie prawidłowego karmienia piersią oraz tworzenie warunków do prawidłowej laktacji. Takie postępowanie powoduje, że rodząca staje się ważną, a przede wszystkim świadomą całego procesu osobą. W wyniku dokonujących się zmian w opiece okołoporodowej oraz przemiany kulturowej w postrzeganiu narodzin, które z wydarzenia medycznego stają się także wydarzeniem rodzinnym, niezbędnym jest zachęcanie rodzących do korzystania podczas porodu ze wsparcia wybranej przez nią bliskiej osoby.

W opiece nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, położna rodzinna obejmuje opieką i edukacją kobietę pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży i prowadzi edukację do czasu porodu. Po porodzie realizuje nie mniej niż cztery wizyty, podczas których diagnozuje i monitoruje stan zdrowia matki i dziecka wg ustalonych kryteriów, ocenia relacje w rodzinie, wspiera w sytuacjach trudnych. Promuje karmienie piersią i rozwiązuje problemy laktacyjne oraz umacnianie w rodzicielstwie.

Położna w swojej praktyce traktuje kobietę oraz jej rodzinę z szacunkiem i na zasadach partnerskich, stara się poznać jej preferencje i potrzeby w zakresie sprawowanej opieki oraz uzyskuje każdorazowo zgodę na wykonanie realizowanych świadczeń medycznych.

Dla uzyskania dobrych relacji z kobietą niezbędna jest otwartość na współpracę i współdziałanie, empatia, cierpliwość i wyrozumiałość, które powinny stać się wyznacznikami przyjaznego położnictwa. Spokojna i wzbudzająca zaufanie postawa położnej z pewnością pomoże kobiecie złagodzić lęk i stres związany z ciążą, porodem i połogiem i spowoduje, że narodziny dziecka staną się najważniejszym a zarazem najpiękniejszym wydarzeniem rodzinnym. Więcej informacji na stronie: www.poloznanamedal.pl

Z wyrazami szacunku,
Zespół „Położna na medal"



Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących z chorymi psychicznie

Anna Marynowicz

Mając na uwadze specyfikę pracy pielęgniarek pracujących z chorymi psychicznie Zespół d/s pielęgniarstwa psychiatrycznego, postanowił zbadać poziom wypalenia zawodowego wśród tej grupy pielęgniarek. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Ankieta została przekazana do wszystkich stacjonarnych jednostek ochrony zdrowia na terenie województwa. Poniżej publikujemy dane które otrzymaliśmy w trakcie badania.

STRESZCZENIE

Wypalenie zawodowe pojawia się w sytuacji przewlekłego stresu, który jest charakterystyczny dla zawodów służb społecznych, przy czym czynniki stresogenne zależą w dużej mierze od rodzaju wykonywanego zawodu. Wypalenie zawodowe występuje przede wszystkim wśród tych grup zawodowych, których istotą jest bliski, angażujący kontakt interpersonalny, bezpośrednia praca z ludźmi czy emocjonalnie nasycone interakcje.

Pielęgniarkipracujące z chorymi psychiczne zaliczają się do grup wysokiego ryzyka, u której może rozwinąć się zespół wypalenia zawodowego.

Pielęgniarki psychiatryczne pracują w sytuacjach silnego i długotrwałego stresu, wynikającego z nieprzewidywalności zachowań pacjentów ich zachowań agresywnych oraz leczenia bez zgody z czym wiąże się zastosowanie przymusu bezpośredniego. Nieumiejętne radzenie sobie ze stresem oraz brak wsparcia ze strony innych w sytuacjach trudnych może doprowadzić do powstania zespołu wypalenia zawodowego, który nie tylko obniża jakość wykonywanej pracy, lecz także uniemożliwia dalszy rozwój zawodowy.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest próba oceny stopnia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrycznych województwa opolskiego.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniami objęto 236 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach psychiatrycznych na terenie województwa opolskiego. Badana grupa składała się z 208 kobiet i 28 mężczyzn, co odzwierciedla strukturę zatrudnienia i świadczy o feminizacji zawodu pielęgniarki. W badanej grupie znalazły się osoby pracujące na oddziałach: psychiatrii ogólnej (61,01%), ZOL o profilu psychia-

trycznym (16,94%), oddziałach leczenia odwykowego (7,2%), oddziałach leczenia nerwic (5,5%), oddziałach psychiatrii dziecięcej (3,38%), oddziałach wzmożonego nadzoru psychiatrycznego (5,39%). Badana grupa jest zróżnicowana pod względem stażu pracy. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki pracujące w oddziale psychiatrycznym więcej niż 10 lat (58,89%), w dalszej kolejności były to osoby ze stażem poniżej 10 lat (41,1%). Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki z wykształceniem średnim 61,95%, natomiast wykształcenie wyższe posiadało 14,14% ankietowanych, a 23,9% stanowiły pielęgniarki z tytułem licencjata. Materiał badawczy stanowiły dane pozyskane drogą ankietowania.

WSTĘP

Przemiany cywilizacyjne i wzrastające wymagania stawiane zawodom służb społecznych spowodowały, że koszty psychologiczne jakie ponoszą w swojej pracy pielęgniarki są coraz poważniejsze. Doświadczają coraz więcej stresu, z którym trudno sobie poradzić. Zjawisko wypalenia zawodowego analizuje się głównie z perspektywy osób wypalających się. Należy jednak zwrócić uwagę na koszta społeczne, jakie ono za sobą niesie. Praca osób wypalonych znacznie pogarsza jakość usług. Stres sam w sobie jest pozytywną siłą, która zachęca do działań będących reakcją na wymagania. Wysoki i stały poziom stresu pozwala przetrwać, ale staje się negatywny i szkodliwy, gdy nie można sobie poradzić z wyzwaniami. Pojawia się jako fizyczne, emocjonalne i umysłowe napięcie wtedy, gdy zachodzi rozdźwięk pomiędzy sytuacją a tym co oceniane jest jako możliwość poradzenia sobie.

W pojęciu społeczno - poznawczym wypalenie zawodowe według M. Grzegorzewskiej definiowane jest jako *„zespół objawów pojawiających się u osób wykonujących zawody, w których bliski kontakt interpersonalny, pełen zaangażowania i cechy osobowości profesjonalisty stanowią podstawowe instrumenty czynności zawodowych decydujące o poziomie wykonania zawodu, o sukcesach, o niepowodzeniach zawodowych."*

Istotę wypalenia zawodowego najlepiej wyjaśnia trójwymiarowa teoria wypalenia, którą sformułowała Christine Maslach. Do opisu wypalenia zawodowego niezbędne jest scharakteryzowanie trzech elementów składowych tego zjawiska, czyli:

1. Wyczerpania emocjonalnego, które objawia się *„zniechęceniem do pracy, coraz mniejszym zainteresowaniem sprawami zawodowymi, obniżoną aktywnością, pesymizmem, stałym napięciem psychofizycznym, drażliwością, ale także chronicznym zmęczeniem, bólami głowy, bezsennością, zaburzeniami gastrycznymi i częstymi przeziębieniami."*
2. Depersonalizacji, związanej z *obojętnością i dystansowaniem się wobec problemów klienta, powierzchownością, skróceniem czasu i sformalizowaniem kontaktów, cynizmem, obwinianiem klientów za niepowodzenie w pracy. Depersonalizacja, czyli uprzedmiotowienie, jest próbą zwiększenia psychicznego dystansu wobec osoby, z którą się pracuje."*
3. Obniżeniu poczucia dokonań osobistych, a więc do tendencji *„widzenia swojej pracy z klientem w negatywnym świetle. Objawia się to niezadowoleniem z osiągnięć wpracy, przeświadczeniem o braku kompetencji, utratą wiary we własne możliwości, poczuciem niezrozumienia ze strony przełożonych, stopniową utratą zdolności do rozwiązania pojawiających się problemów i niemożnością przystosowania się do trudnych warunków zawodowych. W relacji z ludźmi może ono przyjmować skrajne formy zachowań agresywnych, jak i ucieczkowych."*

Obecność trzech elementów składowych wypalenia jest cechą odróżniającą syndrom wypalenia od innych następstw stresu zawodowego. Według takiej koncepcji wypalenie zawodowe najczęściej opisywane jest jako proces trójetapowy, w którym na początku pojawiają się objawy wyczerpania emocjonalnego, następnie zachowania prowadzące do depersonalizacji klientów i w końcu poczucie braku dokonań osobistych. Warto jednak pamiętać, że w praktyce rozwój wypalenia nie zawsze przebiega zgodnie teoretycznym modelem tego zjawiska. Poszczególne fazy mogą pojawiać się w innej kolejności, czasem udaje się zaobserwować rozwój kilku faz jednocześnie, a także ominięcie niektórych faz lub powrót z późniejszego do wcześniejszego etapu wypalenia.

Przyczyny wypalenia zawodowego

Powstanie i rozwój syndromu wypalenia zależy od różnych czynników. Zazwyczaj przyczyny wypalenia lokalizowane są w trzech płaszczyznach:

1. Cech indywidualnych jednostki, czyli: niska samoocena, niepewność, zależność, bierność, poczucie kontroli zewnętrznej, niskie poczucie skuteczności zaradczej.
2. Czynników interpersonalnych, pełniona rola wymaga od pracownika zaangażowania emocjonalnego, z drugiej zaś intensywne zaangażowanie prowadzi do stopniowej utraty energii, a więc do wypalenia zawodowego.
   Do innych źródeł interpersonalnych należy zaliczyć sytuacje, jakie przynoszą kontakty z przełożonymi i współpracownikami: konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, przemoc psychiczna, agresja werbalna, lobbing, kwestionowanie kompetencji pracowników czy blokowanie aktywności twórczej swych podwładnych.
3. Czynników organizacyjnych, do których można zaliczyć charakter pracy, stopień zaangażowania, nadmierny poziom wymagań i zbyt duża odpowiedzialność, tempo pracy, obciążenie psychofizyczne, wadliwy styl zarządzania instytucją i potencjałem ludzkim, zbyt długi czas pracy, posada bez perspektywy awansu, niedostateczne przygotowanie do pracy, czy zaniżona płaca.

WYNIKI

Na pytania zawarte w ankiecie dotyczące wyczerpania emocjonalnego udzielono zróżnicowanych odpowiedzi. Zmęczenie powoduje zawsze trudności w koncentracji, lęk, uczucie irytacji. Przeciążenie pracą jest jednym z czynników wpływających na częstotliwość i natężenie wypalenia. Bardzo często wyczerpanie emocjonalne odczuwa 6% ankietowanych, 24% - bardzo rzadko, natomiast 31% czasami. Mało, bo tylko 5,5% badanych odpowiedziało, że są bardzo często przeciążeni pracą, natomiast 46% przeciążonych jest czasami. Z przeprowadzonych badań wynika, że dla 15,5 % personelu praca jest źródłem stresu a napięte stosunki z pacjentami i ich rodzinami – dla 10,1% ankietowanych. Okazało się również, że 39% badanych do pracy udaje się z zadowoleniem, a 44% z poczuciem obowiązku, tylko 9% z obawą i lękiem. 31% pielęgniarek czasami odczuwa zmęczenie wstając rano do pracy. Po zakończonej pracy czasami bardzo silne zmęczenie odczuwa 85% badanych pielęgniarek.

Badany personel miał możliwość wskazania najbardziej obciążających czynników w swojej pracy zawodowej. Na pierwszym miejscu ankietowani wymienili zbyt dużą odpowiedzialność – 36.6%, następnie fizyczne i psychiczne przeciążenie pracą – 30.5% oraz konieczność podejmowania szybkich decyzji – 24.1%. 24% ankietowanych pielęgniarek zgłasza problemy ze snem a 41% częściej choruje i czuje się osłabiona.

Zbadano zjawisko depersonalizacji personelu pielęgniarskiego oraz negatywną postawę wobec pacjentów.

27% pielęgniarek biorących udział w badaniu uważa, że czasami traci cierpliwość w stosunku do podopiecznych i czuje się poirytowana, a tylko 1,7% ankietowanych ma poczucie, iż stali się bardziej chłodni w stosunku do podopiecznych. Zaledwie 14,4% ankietowanych jest obojętna na problemy i trudności z jakimi spotykają się pacjenci. Ponad połowa 53,8% uważa, że praca z ludźmi nie jest stresująca, a 14% przyznaje ich czasami wyczerpują ich kontakty interpersonalne. Zdaniem ankietowanych problemy pacjentów są raczej skutecznie przez nich rozwiązywane – 71,6%, a do przedmiotowego traktowania pacjentów przyznało się 3,3%. Personel pielęgniarski biorący udział w badaniu w 15% uważa, że nie potrafi się skoncentrować na potrzebach i problemach innych i nie słucha co mówią. Natomiast 30% ankietowanych jest obojętne co myślą o nich współpracownicy.

Spadek poczucia własnych kompetencji jest trzecim ważnym składnikiem procesu wypalenia zawodowego. Pomimo posiadanej wiedzy 16,5% ankietowanych czasami czuje się niekompetentnie w wykonywanej pracy a niską efektywność zgłasza 20% pielęgniarek. Aż 41,5% odczuwa skuteczność w tym co robi, natomiast 10,1% przyznaje brak satysfakcji z wykonywanej pracy. 32,2% badanych czasami doznaje wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych a 11% bardzo rzadko. Sprawiedliwie traktowanych i ocenianych przez swoich przełożonych czuje się 14,4% pielęgniarek, a 12,2% odczuwa niechęć ze strony przełożonego. 31,3% personelu pielęgniarskiego czasami odczuwa, że niczego w pracy się nie osiągnie a 4,2% chce porzucić pracę lub zmienić zawód. Zaburzone relacje w życiu prywatnym na skutek sytuacji w pracy zawodowej przejawia 31,1% pielęgniarek.

Satysfakcję z wykonywanej pracy odczuwa tylko 17,3% badanych. Bardzo często powodem braku zadowolenia jest zbyt niskie wynagrodzenie, twierdzi tak 31,3% ankietowanych.

Wśród badanej grupy najczęściej występującymi objawami somatycznymi wypalenia zawodowego było zniechęcenie na koniec dnia pracy oraz wyczerpanie (33%), aż 34% pielęgniarek uskarża się na napięcie emocjonalne pod koniec pracy. Wśród objawów ze sfery psychicznej 38,1% ogółu badanych odczuwa rozdrażnienie, lek, stany depresyjne. Na drugim miejscu ankietowani podają gniew i agresję (36,8%). To wszystko powoduje trudności w koncentracji i co za tym idzie – błędy i pomyłki przy wykonywaniu zadań w pracy (34,7%). 35,1% badanych w sytuacjach stresujących nie ma potrzeby sięgać do jakichkolwiek używek, 13,5% przyznaje się do nadużywania alkoholu i tytoniu.

WNIOSKI

Wyniki badań wskazują, że większość ankietowanych nie dostrzega u siebie objawów depersonalizacji kontaktów międzyludzkich. Część jednak wskazuje na zmniejszenie satysfakcji z pracy zawodowej i obniżenie poczucia dokonań zawodowych.

W przeprowadzonych badaniach nie potwierdzono występowania zespołu wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego z osobami chorymi psychicznie.

1. Grzegorzewska MK. Stres w zawodzie nauczyciela. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
2. Borkowska-Kalwas T, Pączkowska M. Pielęgniarka o problemach swojej pracy. Antidotum 1998; 7: 23–27.
3. Sęk H. Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. PWN, Warszawa 2000.
4. Flengler J. Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej. GWP, Gdańsk 2001.
5. Anczewska MartaStres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki , zdrowotnej / Marta Anczewska. – Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2006. – 114 s. – (Monografie Psychiatryczne)

Opolska Pielęgniarka i Położna

Kontakt:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
ul. Świerkowa 24, 45-407 Opole
tel.: 77 455 09 57, tel./fax: 77 456 94 67, tel. kom.: 883 394 045
e-mail: biuro@oipip.opole.pl
www.oipip.opole.pl

NIP: 754-13-06-694
Konto: Bank Zachodni WBK I Oddział w Opolu, ul. Ozimska 6
33 1090 2138 0000 0005 5600 0581

Godziny pracy biura OIPiP w Opolu:
poniedziałek 8^{00} - 16^{00}
wtorek 8^{00} - 16^{00}
środa 8^{00} - 17^{00}
czwartek 8^{00} - 16^{00}
piątek 8^{00} - 16^{00}
Pracownicy biura OIPiP w Opolu:
Anna Kałuska – pracownik administracyjno-biurowy
Magdalena Księżarczyk – pracownik administracyjno-biurowy
Maria Skoberla – księgowa
Agnieszka Burzyńska – dział CRPiP, Biuro Rzecznika

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
Rada Programowa: Urszula Kraszkiewicz, Izabela Marklewicz-Strysz, Barbara Prochota, Sabina Wiatkowska
Redaktor Naczelny: Wiesław Duda, tel. 601 688 692
druk i skład: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4
tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl
Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania nadesłanych tekstów i nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam.

ORGANIZATOR

AKADEMIA MALUCHA ALANTAN

PATRONI MERYTORYCZNI

Praca położnej jest bardzo piękna, ale też bardzo ciężka.
Tylko osoba z wielkim sercem, prawdziwym powołaniem i empatią
potrafi poświęcić uwagę swoim podopiecznym oraz z cierpliwością i wyrozumiałością
towarzyszyć kobiecie i jej rodzinie w tych ważnych chwilach ich życia.

Zapraszamy do udziału

w Konkursie

II EDYCJA

Położną na medal

Dzięki Waszym nominacjom

wybierzemy najlepszą położną w Polsce!

Podziękujemy im za opiekę i oddanie w tych ważnych chwilach!

WIĘCEJ INFORMACJI NA STRONIE INTERNETOWEJ:
www.poloznanamedal.pl, www.edukacjapacjenta.pl, www.akademia-ama.pl

Zachęcamy do głosowania!

PATRONI MEDIALNI