

NOWE TRENDY W PIEŁĘGNIARSTWIE



Poznań, 4 czerwca 2024

STRESZCZENIA

PATRONAT HONOROWY



JM Rektor
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Tykarski

PATRONAT



PATRONAT MEDIALNY

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE
POLISH NURSING

Odpowiedzialność prawna pielęgniarek

mgr Magdalena Sobalik

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu

Zawód pielęgniarki i położnej to zawód zaufania publicznego. Wykonywanie obowiązków jest uwarunkowane regulacjami prawnymi, wskazującymi drogę prawidłowego postępowania. Kodeks Etyki Pielęgniarki to jeden z najważniejszych zbiorów norm obowiązujących w naszym zawodzie. Kompetencje to granice, których musimy ściśle przestrzegać.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego w opiece nad pacjentem

prof. dr hab. n. med. Krystyna Górna, Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, UMP

Jednym z wyzwań w opiece nad pacjentem są zachowania agresywne. Stwarzają one zagrożenie dla zdrowia i życia osoby, która je przejawia, dla innych osób z otoczenia oraz dla bezpieczeństwa ogólnego. Główne cele opieki dotyczą pomocy pacjentowi w rozpoznawaniu i zgłaszaniu personelowi objawów np. złości, gniewu, objawów psychotycznych, chęci wyrządzenia krzywdy itp., a także pomocy pacjentowi w uzyskaniu jego zdolności do przejawiania zachowań, które nie będą zagrażające oraz będą wskazywały na zdolność do samokontroli i krytycznej oceny sytuacji. Interwencje pielęgniarские wobec pacjenta ukierunkowane są głównie na zapewnienie bezpieczeństwa, farmakoterapii, indywidualnej relacji i stosowanie zachowań terapeutycznych oraz w ostateczności na stosowanie przymusu bezpośredniego. Przymus bezpośredni regulują akty prawne: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz.U. z dn. 20.10.1994), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2022 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Rodzaje stosowanych środków przymusu bezpośredniego obejmują: przymusowe przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie oraz izolację. Decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego może podjąć lekarz lub pielęgniarka, gdy pacjent nie współpracuje z zespołem terapeutycznym a wcześniejsze interwencje (rozmowa, perswazja) nie przyczyniły się do zmniejszenia zachowań agresywnych. Przed podjęciem przymusu bezpośredniego należy uprzedzić osobę o podejmowanych działaniach i ich podstawach prawnych. Zgodnie z prawem personel przejmuje odpowiedzialność za osobę, która stanowi zagrożenie: dla życia lub zdrowia własnego, innych osób lub dla otoczenia. Działania związane z wykonywaniem przymusu bezpośredniego powinny cechować: przestrzeganie praw obywatelskich i praw pacjenta, zdecydowana postawa oraz spokój. Mogą w nich uczestniczyć osoby wyłącznie

przeszkolone. Po zastosowaniu przymusu należy monitorować stan pacjenta, zaspokajać jego potrzeby i prowadzić dokumentację zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi. Przymus bezpośredni należy zakończyć, gdy ustaną okoliczności stanowiące przyczyny jego zastosowania.

Słowa kluczowe: zachowania agresywne, zachowania terapeutyczne, przymus bezpośredni

Dostęp przedni w chirurgii biodra - implikacje okołooperacyjne

dr n. med. Bartosz Łukaszewski

Kierownik Oddziału Ortopedii i Traumatologii i Narządu Ruchu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

Przedni dostęp międzymięśniowy jest techniką małoinwazyjną, która pozwala oszczędzić mięśnie wokół stawu biodrowego oraz nie uszkadza ich unerwienia. Małe cięcia operacyjne, mniejsze ryzyko krwawienia i powikłań związanych ze zwchnięciem protezy, słabszy ból pooperacyjny, brak drenażu rany - to jedne z kilku zalet, które ułatwiają rekonwalescencje pacjenta. Stanowią także pozytywne czynniki, które realnie wpływają na opiekę pielęgniarką.

Ruch antyszczepionkowy – konsekwencje dla zdrowia

dr Ilona Małecka

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej UMP

Farmakoterapia u osób w podeszłym wieku

prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej, Pracownia Geriatrii UMP

Leczenie osób starszych jest trudnym wyzwaniem. Wynika to nie tylko z samego procesu starzenia (który wpływa za inny metabolizm leków), ale przede wszystkim z wielochorobowości. Jej następstwem jest najczęściej wielolekowość. Wielochorobowość i wielolekowość tworzą tzw. spiralę chorób i terapii, czyli mechanizm samonapędzającego się błędnego koła, w którym im więcej chorób tym więcej leków i odwrotnie. Inne typowe problemy farmakoterapii geriatrycznej to niepodatność na zalecenia, czyli stosowanie leków niezgodnie z rekomendacją lekarza/pielęgniarki/farmaceuty.

Wszystko to razem powoduje, że u 20-30% starszych pacjentów, którzy trafiają do lekarzy diagnozowane są jatrogenne zespoły geriatryczne, czyli powikłania polekowe, które należą do

wielkich zespołów geriatrycznych, a zatem mogą niekorzystnie wpływać na sprawność osób starszych.

Specyfika opieki pielęgniarskiej u chorych po całkowitym usunięciu krtani

dr n. med. Anita Szymańska

Pielęgniarka oddziałowa, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Krtań to dolny odcinek górnej części drogi oddechowo-pokarmowej. Co roku na świecie odnotowuje się 130 tys. nowych zachorowań na raka krtani i około 80 tys. zgonów z powodu tej choroby. Polska należy do krajów największego ryzyka raka krtani w Europie. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2019r odnotowano 1953 przypadki zachorowań na nowotwór złośliwy krtani z czego większość stanowili mężczyźni – 1688 osób w stosunku do kobiet – 265. Najczęstszą przyczyną powstawania nowotworów krtani jest palenie papierosów i nadużywanie alkoholu. W zdecydowanej większości przypadków choroby zgłaszają się zbyt późno i wówczas proponowanym leczeniem jest całkowite usunięcie krtani.

Laryngektomia całkowita jest zabiegiem bardzo rozległym, powodującym trwałe kalectwo. Odcięty od krtani górny brzeg tchawicy łączy się ze skórą szyi, przez co powstaje otwór zwany tracheostomią. Jest to stan nieodwracalny, który powoduje zmianę toru oddechowego i dysfunkcję oddechową. Poza tym u chorego występuje jeszcze dysfunkcja pokarmowa, fonacyjna i psychospołeczna.

Zadaniem zespołu pielęgniarskiego jest zapewnienie, że proces pielęgnacji u chorych po całkowitym usunięciu krtani przebiega prawidłowo i minimalizuje powikłania oraz jest zgodny z najnowszymi osiągnięciami technologii medycznej.

W wyniku utraty naturalnego filtra jakim jest górny odcinek drogi oddechowej wdychane powietrze nie jest nawilżone, ogrzane, oczyszczone i wtłaczane do dolnych dróg oddechowych pod odpowiednim ciśnieniem. Zastosowanie wymienników ciepła i wilgoci HME jest najlepszym rozwiązaniem dla chorego. Nowoczesny system ochrony dróg oddechowych w postaci specjalnej kasetki HME montowany jest na kołnierzu silikonowej rurki tracheostomijnej bądź plastra tracheostomijnego.

System HME to niewielki filtr, który zabezpiecza chorego w trakcie oddychania i fonacji. HME ma 3 podstawowe właściwości fizyczne: zdolność wymiany ciepła i wilgoci, wytwarzania podciśnienia oraz filtrowania cząstek stałych. Dodatkowo korzystnie wpływa na samopoczucie chorego, zapewniając komfort w strefie psychospołecznej, związany z estetycznym wyglądem i dobrym samopoczuciem. Podczas oddychania przez tracheostomię urządzenie zbiera i przetrzymuje wilgoć w kasetce jednocześnie podgrzewając powietrze. Wnętrze filtra pokryte jest chlorkiem wapnia w celu utrzymania wilgoci z wydychanego powietrza. Dodatkowo filtr

przejmuje rolę błony śluzowej nosa poprzez zabezpieczenie przed kurzem, pyłem i cząstkami organicznymi. Zapewnia zbliżony do fizjologicznego opór powietrza, a w konsekwencji prawidłowe natlenienie chorego. Również zmniejsza utratę wody z organizmu.

Słowa kluczowe: rak krtani, wymiennik ciepła i wilgoci, HME, leryngektomia, procedura pielęgnarska

Leczenie ran w praktyce, leczenie ran w domu pacjenta – przegląd przypadków

mgr Sylwia Rogowska

specjalista pielęgniarstwa paliatywnego, URGO

Podczas wystąpienia omówione zostaną:

1. Rany trudno gojące się - mycie i czyszczenie - odleżyny, stopa cukrzycowa, rany nowotworowe, owrzodzenia o różnej etiologii
 2. Dobór opatrunku specjalistycznego w zależności od rodzaju rany oraz etapu jej gojenia
-

Inkluzywna komunikacja z osobami z niepełnosprawnościami

dr n. o zdr. Wojciech Strzelecki

Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, UMP

Celem wystąpienia jest omówienie zasad komunikacji opartej o założenia inkluzji w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami. Komunikacja inkluzyjna zakłada uwzględnienie różnorodności osób, z którymi mamy styczność oraz dostosowanie komunikatu pod względem zarówno formy jak i treści do specyfiki partnera interakcji komunikacyjnej, a także do jego zasobów i ograniczeń. Wszystkie obszary inkluzji: terapeutyczny, rozwojowy, edukacyjny i pomocowy – opierają się na podobnych założeniach, dotyczących budowania wspólnej przestrzeni relacyjnej. Osoby z niepełnosprawnościami z różnych względów narażone są na społeczne wykluczenie, a inkluzyjna komunikacja jest podstawą dla zwiększenia szans do pełnego ich uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym. Sposób komunikowania się np. z osobą niewidomą lub niesłyszącą może być istotnym czynnikiem, który w dalszej kolejności wyznaczy jej samopoczucie np. w nowo podejmowanej roli. Przy czym warto mieć na uwadze, że osób z niepełnosprawnościami nie określa ich niepełnosprawność, a każda jednostka wymaga indywidualnego podejścia.

II sesja: Młodzi badacze – sesja studencka: Innowacje w edukacji zdrowotnej pacjenta

Empatia wśród studentów pielęgniarstwa – badanie wstępne

Barbara Grabowska-Fudala², Anna Smelkowska², Oliwia Banaszak¹, Zofia Borowczyk¹, Monika Ratajczak¹, Krystyna Jaracz²

¹ *Studenckie Koło Metodologii Badań Naukowych, Wydział nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

² *Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Wstęp. Empatia rozumiana jest jako zdolność rozpoznawania myśli, uczuć innej osoby oraz zdolność reagowania na nie odpowiednią emocją. Cecha ta jest szczególnie ważna w przypadku zawodów medycznych takich jak pielęgniarstwo.

Cel. Celem badania była ocena poziomu empatii studentów na kierunku pielęgniarstwo.

Materiał i metody. Badaniem objęto 106 studentów trzeciego roku pielęgniarstwa, 3 studiów pierwszego stopnia, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Badania prowadzono z wykorzystaniem ankiety w czasie od listopada 2022 roku do marca 2023 roku. Ankiety były wypełniane anonimowo. Do oceny empatii wykorzystano Skróconą Skalę Ilorazu Empatii, SSIE (The Emathy Quotient, EQ-Short). Zakres punktacji skali wynosi od 0 pkt. do 44pkt. Dane społeczno-demograficzne zebrano za pomocą ustrukturyzowanego kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Wśród badanych większość stanowiły kobiety (n=99; 93,39%) oraz studenci pochodzący z miasta (n=71; 66,98%). Prawie 1/3 (26,41%) badanych była aktywna zawodowo w szpitalu. Średnia wieku wynosiła 21 lat (SD 2,15), przy czym najmłodszy student był w wieku 20 lat a najstarszy 33 lat.

Średnia punktacja SSIE wynosiła 26,66 pkt. (SD 6,17). Wartość minimalna wynosiła 12 pkt. A maksymalna 40 pkt., (mediana=26,5; Q1=22,0, Q3=31,0). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy poziomu empatii w zakresie czynników tj.: płeć, zamieszkanie (dom rodzinny), aktywność zawodowa (p>0,05).

Wnioski. Empatia studentów ostatniego roku pielęgniarstwa była na poziomie średnim i nie różniła się ze względu na analizowane czynniki.

Słowa kluczowe: empatia, student, pielęgniarstwo, Skrócona Skala Ilorazu Empatii, EQ-Short

Zespół Sotosa

Natalia Bacik¹, Anita Czyż¹, Patrycja Józwiak¹, Natalia Kurczewska¹, Wiktoria Wieliczko¹, Magdalena Winkel¹, Dagmara Dąbrowska¹, Jadwiga Surdyk²

Pod kierunkiem: prof. dr hab. n. med. Alicji Krzyżaniak

¹ *Studenckie Koło Naukowe, Akademia Nauk Stosowanych w Gnieźnie, Kierunek Pielęgniarstwo*

² *Opiekun koła naukowego, Akademia Nauk Stosowanych w Gnieźnie*

Zespół Sotosa inaczej zwany gigantyzmem mózgowym to bardzo rzadki genetycznie uwarunkowany zespół wad wrodzonych. Jego cechy charakterystyczne to duża masa urodzeniowa i nadmierny wzrost. Nazwa "gigantyzm mózgowy" bierze się od jednego z najbardziej charakterystycznych objawów tj. nadmiernej wielkości czaszki u dziecka. Natomiast "zespół Sotosa" pochodzi od nazwiska lekarza, który jako pierwszy opisał ten zespół. Choroba ta występuje u ok. 1:15 000 żywych urodzeń.

Wiedza osób starszych w zakresie rozpoznawania i postępowania w sytuacjach nagłych. Edukacja na podstawie wyników badań

Sabina Płóciennik^{1,2}, Gabriela Blichowska^{1,2}, Dorota Ryszewska-Łabędzka^{1,2}, Marta Ryszewska¹

¹ *Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Oddział w Pile*

² *Akademia Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Katedra Pielęgniarstwa*

Wstęp. W dzisiejszym społeczeństwie, w którym populacja osób starszych ciągle wzrasta, istnieje coraz większa potrzeba edukacji w zakresie rozpoznawania i postępowania w sytuacjach nagłych. Wraz z wiekiem zwiększa się ryzyko wystąpienia różnego rodzaju nagłych sytuacji zdrowotnych. Dlatego ważne jest, aby seniorzy posiadali wiedzę na temat ich rozpoznawania i odpowiedniego postępowania w przypadku zaistnienia takich sytuacji. Badania wykazują, że osoby starsze często nie są odpowiednio przygotowane do radzenia sobie z nagłymi incydentami, jak udary czy wypadki.

Cel. Celem niniejszych badań była ocena wiedzy osób starszych w rozpoznawaniu i postępowaniu w sytuacjach nagłych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono na przełomie kwietnia i maja 2024 roku. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety, składający się z metryczki oraz 15 pytań szczegółowych odnoszących się do najczęściej występujących schorzeń i stanów nagłych u osób starszych. W badaniu udział wzięły osoby w wieku 60-79 lat. Badanie było w pełni anonimowe. Uzyskane dane po opracowaniu statystycznym pozwoliły wyłonić najważniejsze deficyty wiedzy osób starszych i przygotować pilotażowy program edukacyjny.

Wyniki. Przeprowadzone badanie wykazało deficyty wiedzy osób starszych w zakresie rozpoznawania i postępowania w sytuacjach nagłych.

Wnioski. Konieczna jest edukacja osób starszych w zakresie rozpoznawania i prawidłowego postępowania w sytuacji pojawienia się niepokojących objawów chorobowych. Program edukacyjny, musi być zrozumiały i klarowny. Wraz ze wzrostem świadomości osób starszych będzie skracał się czas udzielenia im pomocy medycznej zarówno na poziomie lekarza POZ czy Zespołu Ratownictwa Medycznego. Ponadto wzrośnie ich samodzielność i poczucie bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe: osoby starsze, sytuacje nagłe, upadki, udar, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca

Użycie technologii w edukacji pacjentów

Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwo operacyjne, opiekun – dr Katarzyna A. Kozłowska, dr hab. Grażyna Bączyk

Rozwój technologii umożliwia wsparcie w edukacji pacjentów. Zmieniający się tryb życia, postępy w rozwoju i technologizacji medycyny, pociągają konsekwencje w rozumieniu i formie edukacji chorych. Opracowanie specjalnych aplikacji i stworzenie portali edukacyjnych umożliwia pacjentom czerpanie z fachowej oraz aktualnej wiedzy medycznej, a także na konsultacje w wirtualnym gabinecie lekarza lub pielęgniarki.

Upowszechnienie telefonów komórkowych czy tabletów pozwala na korzystanie z nich w każdym miejscu i porze dnia. Tworzenie przez zespoły medyczne animacji czy filmików edukacyjnych ułatwia wykonywanie procedur, samodzielnie przez chorych, którzy w każdej chwili mogą skorzystać z tych aktywizacji nieskończoną liczbę razy.

Zdalna edukacja, w tym wypełnianie testów sprawdzających przygotowanie pacjentów, pozwala na ciągłe weryfikacje ich wiedzy i aktualizowanie braków. Dzięki czemu chorzy czują się bardziej odpowiedzialni za swoje zdrowie.

„Innowacje to przekształcanie wiedzy w wartość” – John Naisbitt

Słowa kluczowe: edukacja pacjenta, technologia, aplikacje, tablety, portale edukacyjne

Kaniulacja pod USG

mgr Katarzyna Illmer, mgr Jadwiga Pieścikowska

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UMP

Program warsztatu na temat implantacji cewników pośredniej długości obejmuje naukę prawidłowego wyznaczenia miejsca kaniulacji i doboru odpowiedniej kaniuli. Uczestnicy będą mieli okazję zobaczyć symulację założenia wkłucia pośredniej długości oraz treningu na fantomach zmodyfikowanej techniki Seldingera.

A po co ten opatrunek? Praktyczne zastosowanie opatrunków URGO

mgr Sylwia Rogowska

specjalista pielęgniarstwa paliatywnego

Program warsztatów będzie obejmował praktyczne zastosowanie opatrunków specjalistycznych firmy URGO w różnych fazach gojenia rany, które odbędzie się z użyciem fantomów.

Pielęgnacja cewnika żylnego typu Broviac i PICC

mgr Inga Psuja-Marcinkowska, mgr Jolanta Świerkowska

Oddział Gastroenterologii, Ośrodek Leczenia Niewydolności Przewodu Pokarmowego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

Celem warsztatów jest nie tylko przekazanie wiedzy teoretycznej, ale również rozwijanie praktycznych umiejętności z zakresu użytkowania oraz pielęgnacji długoterminowych dostępów naczyniowych typu Broviac i Picc. Część praktyczna warsztatów obejmować będzie zasady utrzymania bezpiecznej linii naczyniowej, rozpoznawanie powikłań oraz pielęgnację cewników z prezentacją materiałów opatrunkowych.

Praktyczne aspekty pielęgnacji pacjentów z dostępem naczyniowym (midline i "bullpub")

dr n. med. i n. o zdr. Sylwia Miętkiewicz, mgr Jakub Przywarty

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

W trakcie warsztatu będzie przedstawiona technika kaniulacji żył obwodowych pod kontrolą ultrasonografii. Poznacie nowe możliwości dostępu naczyniowego na przykładzie linii naczyniowej pośredniej Bullpub w praktyce. Zasady pielęgnacji i prewencji powikłań.

Opieka stomijna - urostomia, ileostomia, kolostomia

dr Hanna Łukaszewska, mgr Anna Kęsicka

Coloplast Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie

W firmie Coloplast od ponad 60 lat intensywnie pracujemy nad podnoszeniem jakości życia pacjentów stomijnych, koncentrując się na innowacjach w taki sposób, aby nasze produkty i usługi jak najpełniej odpowiadały na zmieniające się potrzeby. Nasza praca nie byłaby jednak możliwa bez zaangażowania personelu medycznego zajmującego się opieką nad pacjentami stomijnymi, ponieważ tylko poprzez wymianę doświadczeń i wspólną inspirację, możemy wpływać na kształt dzisiejszej opieki stomijnej.

Realizując ideę wsparcia pracowników ochrony zdrowia w zakresie opieki stomijnej, firma Coloplast zaprasza na warsztat przedstawiający propozycję odpowiedniego dopasowania sprzętu stomijnego dla zindywidualizowanych potrzeb pacjenta.

Szczelność pomiędzy sprzętem stomijnym i skórą jest niezbędna dla zapewnienia prawidłowej opieki stomijnej. Oceniając kształt obszaru skóry wokół stomii, można wybrać właściwy rodzaj sprzętu stomijnego, tak aby dostosować go do własnego stylu życia.

Na warsztatach zaprezentujemy wiele dostępnych rodzajów przylepców, systemów łączenia, sposobów zakładania oraz szeroki wybór akcesoriów, które mają na celu uczynić użytkowanie sprzętu stomijnego jeszcze bardziej komfortowym.

Trudna rozmowa z pacjentem i jego rodziną

dr n. o zdr. Maja Stanisławska-Kubia

Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, UMP

Pacjent choruje w swojej rodzinie. Wiedza na temat rodziny ma tę szczególną właściwość, że każdy człowiek dysponuje własnym doświadczeniem na jej temat. Rodzina jest podstawowym

źródłem przekonań zdrowotnych i zachowań związanych ze zdrowiem, a także może być źródłem stresu i emocjonalnego podtrzymania objawów chorobowych.

Umiejętność pomagania rodzinie, w której jest osoba chorująca, musi być oparta na wiedzy i umiejętnościach rozumienia rodziny i życia rodzinnego. Rodzinę charakteryzuje jej struktura, system ról oraz system władzy i kontroli, która może przyczyniać się do pojawienia i utrzymywania objawów chorobowych. Rodzina ma swoje sposoby porozumiewania się, swoją komunikację, mity rodzinne, przekazy międzypokoleniowe, wzorce, które w nieuchwytny nieraz sposób mogą determinować życie rodziny. Zrozumienie systemu przekonań rodzinnych i ewentualnie wpływania na niego może stanowić klucz do leczenia i profilaktyki.

- Jaką rolę odgrywa chorowanie w rodzinie?
- Jak zmienia się struktura rodziny, jeśli jedno z rodziców jest przewlekle chore, i jak to wtórnie wpływa na przebieg choroby?
- W jaki sposób opieka nad przewlekle chorym dzieckiem wpływa na stabilność związku między rodzicami?
- Jakie są założenia rodziny co do przyczyn choroby oraz jej przebiegu?
- Jaki wpływ na kształtowanie systemu przekonań ma rodzina pochodzenia i wydarzenia z przeszłości dotyczące choroby, utrat, kryzysów i śmierci?

e- recepty

mgr Maciej Kaczkowski

Gdański Uniwersytet Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego

Samodzielność pielęgniarek i położnych w ordynowaniu leków to nowy kierunek zdobycia wyższego prestiżu zawodowego. Preskrypcja w praktyce zawodowej może być przydatna w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, ale także w prywatnym gabinecie lub dla siebie i własnej rodziny.

Zgodnie z Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarki i położne mogą samodzielnie ordynować określone produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne stanowiące załączniki nr 1-3 aktualnego rozporządzenia, a także wystawiać recepty i zlecenia w ramach kontynuacji leczenia zleconego przez lekarza z wyłączeniem substancji bardzo silnie działających, substancji psychotropowych oraz odurzających (narkotycznych).

Recepty elektroniczne wystawiane przez pielęgniarki i położne w praktycznym aspekcie różnią się od wersji papierowej. Jednakże wiele elementów takich jak: dane pacjenta, informacje o produkcie leczniczym, środku spożywczym czy wyrobie medycznym, uprawnienia dodatkowe oraz dodatkowe informacje zapisywane są w analogiczny sposób niezależnie od formy wystawianej recepty.

Samodzielna preskrypcja wymaga od pielęgniarek i położnych znajomości przepisów, szerokiej wiedzy z zakresu farmakologii. Dzięki nowoczesnym programom i aplikacjom ułatwiającym przeprowadzenie wizyty staje się szybsze, łatwe, przejrzyste i zapobiega się powstawaniu nieoczekiwanych błędów i pułapek jak np. ordynacja leku spoza listy do samodzielnej ordynacji, wybór niewłaściwego opakowania czy poziomu odpłatności.

Obsługa portu donaczyniowego, zakładanie igły do portu

mgr Ewa Zawadzka

Katedra Pielęgniarstwa, UMP, Oddział Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

Plan warsztatów:

1. Charakterystyka portów naczyniowych
2. Ogólne zasady obsługi portu naczyniowego
3. Pokaz obsługi portu naczyniowego
4. Ćwiczenia praktyczne z uczestnikami warsztatów

Podstawowe czynności resuscytacyjne w warunkach szpitalnych z wykorzystaniem AED i worka samorozprężalnego

mgr Julian Lisiak

Zakład Ratownictwa Medycznego, Katedra Medycyny Ratunkowej, UMP

Nagłe zatrzymanie krążenia jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów w Europie. Roczna częstość występowania IHCA (In-Hospital Cardiac Arrest) w Europie wynosi 1,5-2,8 na 1000 przyjęć do szpitala. Czynniki związanymi z przeżyciem są: rytm początkowy, miejsce wystąpienia zatrzymania krążenia i stopień zaawansowania monitorowania w momencie zatrzymania krążenia. Odsetek przeżyć 30-dniowych lub przeżyć do czasu wypisu ze szpitala wynosi 15-34%.

Podczas pracy pielęgniarki zdarzyć się mogą sytuację podczas których niezbędne będzie wdrożenie czynności resuscytacyjnych. W czasie trwania warsztatów „Podstawowe czynności resuscytacyjne w warunkach szpitalnych z wykorzystaniem AED i worka samorozprężalnego”

będą mieli Państwo okazję poznać oraz przeciwzyć zasady postępowania w wewnątrzszpitalnym zatrzymaniu krążenia. Dowiedzą się Państwo jaki jest algorytm postępowania według wytycznych ERC i AHA. Przeciwczona zostanie jakość uciśnień klatki piersiowej jako priorytet w zatrzymaniu krążenia. Omówiona zostanie wentylacja zastępcza przy pomocy worka samorozprężalnego oraz będzie możliwość przeciwczenia umiejętności w praktyce. Zaprezentowana będzie również procedura bezpiecznej defibrylacji przy pomocy automatycznego defibrylatora zewnętrznego.

Pacjent w stanie zagrożenia życia – ocena stanu klinicznego z uwzględnieniem interpretacji zapisu EKG

dr n. med. Edyta Cudak-Kasprzak

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, UMP

Ocena kliniczna pacjenta w stanie zagrożenia życia obejmuje w pierwszej kolejności stopień wydolności kluczowych dla życia układów i narządów. Dopełnieniem oceny klinicznej są badania dodatkowe, laboratoryjne, obrazowe jak również zapis czynności elektrycznej serca w postaci 12-odprowadzeniowego elektrokardiogramu (EKG). Zapis EKG stanowi uzupełnienie danych zwłaszcza u pacjentów z dolegliwościami stenokardialnymi. Zarówno ocena kliniczna oraz wykonanie i ocena spoczynkowego elektrokardiogramu pozostają w kompetencji pielęgniarek/pielęgniarzy.

Celem warsztatu jest doskonalenie umiejętności badania podmiotowego, przedmiotowego oraz interpretacji zapisu czynności elektrycznej serca w warunkach symulacji wysokiej wierności w odniesieniu do pacjenta z bólem w klatce piersiowej.

Iniekcje podskórne w opiece paliatywnej

mgr Monika Pyszczorska

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, UMP

Nie u każdego pacjenta może być zastosowana doustna lub dożylna droga podawania leków. W medycynie paliatywnej wykorzystuje się m.in.: iniekcje lub ciągłe wlewy podskórne leków w terapii objawowej, ale także płynów infuzyjnych. *Hypodermoclysis* jest stosowane głównie u pacjentów objętych opieką paliatywną. Podczas warsztatów studenci będą mogli przypomnieć sobie wiedzę i udoskonalić umiejętności z zakresu podawania leków objawowych oraz podskórnego podawania płynów.