

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



SP ZOZ w Myszkowie

Wrzesień 2013r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie powstał 01.10.1972r. w wyniku zespolenia w jedną całość istniejących już zakładów służby zdrowia. W drodze przekształceń istniejącego Zespołu Opieki Zdrowotnej w 1998r. powstał Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej.



SP ZOZ Myszków udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stacjonarnej i świadczeń specjalistycznych ambulatoryjnych w:

Szpitalu Powiatowym we wszystkich oddziałach zapewniona jest troskliwa i fachowa opieka medyczna zapewniająca doskonałą diagnostykę oraz uwzględniająca wykonywanie specjalistycznych procedur medycznych.



- RTG, USG, EKG, ENDOSKOPOWYCH,
- BAKTERIOLOGICZNO-SEROLOGICZNYCH,
- CYTOLOGICZNYCH,

Poradniach Rejonowo-Specjalistycznych SP ZOZ w Myszkowie świadczy usługi medyczne zgodnie z profilem



Obszar działania SP ZOZ Myszków obejmuje Powiat Myszkowski. Świadczenia zdrowotne udzielane są również osobom przyjezdnym z całego kraju oraz cudzoziemcom.



Poradniach przyszpitalnych zapewniają pacjentom dalszą opiekę medyczną po zakończeniu leczenia szpitalnego, dzięki pracowniom diagnostycznym wyposażonym w nowoczesny sprzęt umożliwiający wykonywanie badań takich jak np.



specjalizacji są wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną umożliwiającą wykonywanie diagnostyki w szerokim zakresie.

Dziale Pomocy Doraźnej świadczy usługi w zakresie wyjazdów do wypadków i zachorowań oraz porad ambulatoryjnych dla wszystkich potrzebujących udzielenia pomocy medycznej.

W NUMERZE:

Uchwały Prezydium OIPiP	1
Kalendarium	1
Opinie Konsultanta Krajowego	1
Departament PiP	4
Pisma z NIPiP	5
Studia dla pielęgniarzek	8
Pielęgniarki w Paragwaju	9
System ochrony zdrowia	13
Zdrowie psychiczne...	14
Prace dyplomowe	16
Informacje	21

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

Adres Redakcji:

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

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

Ośrodek szkoleniowy:

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

sekretariat@oipip.czest.pl
www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 28 sierpnia 2013 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę i jedną położną.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla dwóch pielęgniarek.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek w kwocie 3,500.00 zł.
- Podjęto jedną Decyzję odmowy udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych z powodu niezgodności z Regulaminem – rodz. II pkt. 7.
- Stwierdzono posiadanie przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie 2,100.00 zł dla trzech pielęgniarek.



Kalendarium - Sierpień-wrzesień 2013 rok

26.08.2013r. W siedzibie OIPiP w Częstochowie rozpoczęła się kolejna edycja kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne”.

28.08.2013r. W Myszkowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07” zorganizowany przez Ośrodek Szkoleniowy OIPiP w Częstochowie.

28.08.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Rozpatrzone pozytywnie dwa wnioski na łączną kwotę 3.500 zł.

28.08.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Rozpatrzone pozytywnie trzy wnioski na łączną kwotę 2.100 zł.

28.08.2013r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

30.08.2013r. W siedzibie OIPiP odbył się egzamin końcowy przeszkolenia z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.

31.08.2013r. Na zaproszenie Kierownika ZOL „Złota Jesień” Pani Agnieszki Pękalskiej członkowie ORPiP uczestniczyli w PIKNIKU RODZINNYM w Zaborzu.

12.09.2013r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w XVII Zjeździe Sprawozdawczo-Wyborczym Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach.

16.09.2013r. Przewodnicząca ORPiP oraz Kierownik Ośrodka Szkoleniowego uczestniczyły w Konferencji „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego”. Konferencja odbyła się w Warszawie.

16-17.09.2013r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu NRPiP oraz Komisji Kształcenie przy NRPiP w Warszawie.

Opinie Konsultanta Krajowego



Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego dotyczące redukcji ryzyka rozwoju zakażenia miejsca operowanego

Katowice, dnia 14 XII 2010 r.

Zakażenia miejsca operowanego (ZMO) należą do jednej z najczęściej występujących postaci klinicznych zakażeń szpitalnych. Są przyczyną zwiększonej chorobowości, wydłużonego czasu hospitalizacji, zwiększenia kosztów leczenia oraz innych niekorzystnych skutków zdrowotnych i społecznych. Na ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca operowanego mają wpływ czynniki związane z pacjentem, w tym procedury lecznicze i pielęgnacyjne przed i po zabiegu operacyjnym oraz środowisko szpitala. Do czynników ryzyka wystąpienia ZMO zalicza się stopień czystości pola operacyjnego, czas trwania zabiegu oraz ogólny stan zdrowia pacjenta.

Istotnym elementem ochrony pacjenta przed zakażeniem szpitalnym jest właściwe przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego.

W celu redukcji ryzyka powstania zakażenia miejsca operowanego należy w okresie okołoperacyjnym przestrzegać następujących zaleceń:

1. w dniu poprzedzającym zabieg i w dniu zabiegu należy przygotować skórę pacjenta poprzez kąpiel całego ciała z zastosowaniem profesjonalnych środków antyseptycznych przeznaczonych do dekontaminacji skóry
2. w przypadku pacjentów z potwierdzoną kolonizacją lub zakażeniem bakteryjnym wywołanym gronkowcem złocistym metycylinoopornym do dekontaminacji skóry należy użyć preparatu o potwierdzonej skuteczności w kierunku szczepów MRSA
3. w dniu zabiegu należy zdezkontaminować łóżko pacjenta i wyposażać je w czystą bieliznę pościelową
4. u chorych przygotowywanych do zabiegów w znieczuleniu ogólnym należy przeprowadzić dezynfekcję jamy ustnej środkiem antyseptycznym celem redukcji biofilmu bakteryjnego
5. przedoperacyjne usunięcie owłosienia należy wykonać w czasie jak najkrótszym od rozpoczęcia zabiegu z zastosowaniem metody strzyżenia lub depilacji
6. ostrza w strzygarkach należy stosować wyłącznie jednorazowo
7. nie należy usuwać zbędnego owłosienia metodą golenia ani wykonywać tego zabiegu w sali operacyjnej
8. do zabiegów operacyjnych należy używać odzieży i materiałów barierowych
9. należy przestrzegać norm i zaleceń związanych z chirurgicznym myciem rąk i okołoperacyjną dezynfekcją skóry pacjenta
10. należy przestrzegać zasad okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej
11. należy ograniczyć liczbę osób przebywających w sali operacyjnej podczas zabiegu
12. zaleca się stosować folie bakteriobójcze, szczególnie do zabiegów u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju zakażenia miejsca operowanego
13. bezwzględnie przestrzegać zasad aseptyki i antyseptyki
14. wyroby i narzędzia medyczne stosować zgodnie z przepisami oraz przestrzegać zasad sterylności produktów i sposobu ich użycia

15. należy nadzorować i utrzymywać w stanie czystości system wentylacyjny bloku operacyjnego, dbać o właściwą temperaturę i wilgotność powietrza oraz ogrzewanie chorego

Reasumując:

Wystąpienie powikłań infekcyjnych związanych z zabiegiem operacyjnym można ograniczyć poprzez przestrzeganie reżimu sanitarnego, higienę personelu medycznego, stosowanie właściwych okołoperacyjnych środków zapobiegawczych oraz inne działania mające na celu ochronę miejsca operowanego przed zakażeniem. ■

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Epidemiologicznego
Beata Ochocka

Opinia w sprawie delegowania Pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, podczas gdy nie odbywają się zabiegi, do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały np. zachowawcze, zabiegowe, intensywnej opieki medycznej, izbę przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy.

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa, także takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego, za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka, a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy.

W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego. W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewłaściwe, bowiem naruszają zasadę tzw. hermetyzacji bloku. Po wejściu w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapki, maski i zdezynfekowanego obuwia, personel nie może opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Taki ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej

organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarno-higienicznego, ładu i porządku. Jednak, aby wymagać od wysoko wykwalifikowanej kadry personelu pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wyżej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 i upubliczniony w dokumencie pod nazwą „Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarstwa w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie, stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, ich aspekty prawne, prawa pacjentów, aspekt roszczeń w kontekście zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarstwa.

Wniosek:

Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.

Reasumując:

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym bloków operacyjnych w porozumieniu z personelem stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa chorych i personelu. ■

Podpisano

dr n. med. Beata Ochocka

Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

Opinia na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie

Dr hab. Maria Kózka Kraków, dnia 2012-10-18

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

31-501 Kraków, ul. Kopernika 25

tel. 600062588; e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

Pani

Jolanta Skolimowska

Zastępca Dyrektora

Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Dyrektor,

W odpowiedzi na pismo z dnia 11.10.2012 roku (MZ-PP-875-8306-2/BW/12) w sprawie opinii na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej, w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi (ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 oraz rozporządzenie MZ z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego – Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego i badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Przytoczonych regulacji prawnych wynika, że wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarkę/położną w ramach świadczeń diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego wymaga ukończenia szkolenia podyplomowego. Zasadność wprowadzenia takiego uregulowania wynikała z braku przygotowania pielęgniarek/położnych do realizacji tych świadczeń w ramach kształcenia zawodowego.

Transformacja kształcenia pielęgniarek/położnych, a z nią związane zmiany w standardach kształcenia na tych kierunkach studiów umożliwiły wprowadzenie zajęć przygotowujących absolwentów do badania fizykalnego.

Od roku akademickiego 2007/2008 na kierunkach studiów pielęgniarstwo i położnictwo – studia I stopnia, uczelnie są zobowiązane do realizacji 45 godzin zajęć dydaktycznych z przedmiotu o Badanie fizykalne.

Treści przedmiotu na kierunku pielęgniarstwo obejmują: badanie przedmiotowe i podmiotowe niemowląt i dzieci oraz osób dorosłych - stanu psychicznego, stanu ogólnego, skóry, oczu, uszu, jamy ustnej, gardła, szyi, klatki piersiowej, płuc, gruczołów piersiowych, układu sercowo-naczyniowego, brzucha, męskich narządów płciowych, żeńskich narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego oraz układu nerwowego. Dokumentacja kliniczna pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent studiów pielęgniarstwa posiada umiejętności i kompetencje w zakresie: rozumienia i rozpoznawania odrębności w badaniu dziecka i niemowlęcia; wykorzystywania metod i technik w badaniu przedmiotowym i podmiotowym; przeprowadzenia wywiadu; interpretowania dostępnych wyników w badaniu fizykalnym; wykorzystywania wyników do rozpoznawania problemów zdrowotnych; dokumentowania przeprowadzonego badania.

Treści kształcenia na kierunku położnictwo z przedmiotu badanie fizykalne obejmują: badanie przedmiotowe noworodków, niemowląt oraz osób dorosłych - stan psychiczny, stan ogólny, skóra, oczy, uszy, jama ustna, gardło, szyja, klatka piersiowa, płuca, gruczoły piersiowe, układ sercowo-naczyniowy, brzuch, męskie narządy płciowe, żeńskie narządy płciowe, obwodowy układ krążenia, układ mięśniowo-szkieletowy, układ nerwowy. Dokumentacja kliniczna pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent położnictwa posiada umiejętności i kompetencje w zakresie: przeprowadzenia badania fizykalnego u pacjenta - noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej - zgodnie z obowiązującymi zasadami; interpretowania uzyskanych wyników badań.

Zarówno treści jak i efekty kształcenia na studiach I stopnia – kierunek pielęgniarstwo i położnictwo zostały określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 roku w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki – Dz. 2007, U. 2007,164,1166.

W związku z wprowadzeniem Krajowych Ram Kwalifikacji od roku akademickiego 2012/2013 na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo realizowany jest program zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku (Dz. U. z dnia 5.06.2012 r, poz. 631). Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarstwa; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarstwa,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarstwa i jej dokumentowania; rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym; wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo –szkieletowego i układu nerwowego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta; wykonuje badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób sutka i uczy pacjentów samobadania piersi.

Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku położnictwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki położniczej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego przy dokonywaniu oceny stanu zdrowia podopiecznej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie fizykalne, rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, kobiety w okresie rozrodczym, dojrzącej i w senu; rozpoznaje proces chorobowy i nieprawidłowości w budowie morfologicznej i anatomicznej w trakcie badania fizykalnego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i wykorzystuje do oceny stanu zdrowia noworodka, kobiety w okresie rozrodczym, dojrzącej i w senu; stosuje odpowiednie metody i techniki badania fizykalnego w zależności od stanu podopiecznej oraz różnic kulturowych i religijnych.

Z przedstawionej analizy wynika, że absolwenci kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, którzy ukończyli studia I stopnia są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tych kierunków studiów, które można określić jako świadczenia podstawowe. Zakres tych świadczeń powinien być uwzględniony z przygotowywanej przez Ministerstwo Zdrowia nowej wersji rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Specjalistyczne świadczenia diagnostyczne powinny być realizowane przez pielęgniarki/położne po ukończeniu kształcenia podyplomowego. Ich rodzaj i zakres wymaga analizy i uwzględnienia w nowych programach kształcenia podyplomowego. ■

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę leków odczulających w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej

Leczenie odczulające wykonuje się preparatami do alergicznej immunoterapii swoistej, które są lekami silnie działającymi, bowiem istnieje możliwość występowania po ich podaniu powikłań takich jak wstrząs anafilaktyczny i zgon. Wskazaniem do ich podawania są wybrane choroby alergiczne.

Do podawania alergicznej immunoterapii swoistej uprawnieni są lekarze z kwalifikacjami w dziedzinie alergologii, wiedzą i doświadczeniem w prowadzeniu tego typu leczenia. Przy podawaniu leków obowiązuje zasada przestrzegania zaleceń producenta, zasad kwalifikacji do leczenia, wyboru preparatu i monitorowania leczenia. Biorąc pod uwagę zagrożenia związane z leczeniem Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Alergologicznego opracował szczegółowe warunki prowadzenia alergicznej immunoterapii swoistej, które zostały zamieszczone w części I Standardów w Alergologii.

Zgodnie z zasadami kontraktowania świadczeń zdrowotnych podawanie alergicznej immunoterapii wchodzi w zakres badania lekarskiego i należy do uprawnień lekarza.

Pielęgniarka bez względu na poziom i rodzaj ukończonego kształcenia nie jest uprawniona do podawania wyżej wymienionych leków.

Przedstawione stanowisko jest zgodne ze stanowiskiem konsultanta krajowego oraz województwa małopolskiego w dziedzinie alergologii. ■

Kraków, luty 2013 r. dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia Krajowego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarki środków kontrastowych oraz wymaganych kwalifikacji pielęgniarek w tym zakresie

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Podawanie kontrastu choremu w trakcie badań diagnostycznych zostało określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2011 r., Nr 51, poz. 265), z którego wynika, że lekarz posiadający specjalizację z medycyny nuklearnej lub będący w trakcie takiej specjalizacji może zlecić innym lekarzom, radiofarmaceutom, technikom elektroradiologii lub pielęgniarkom wykonywanie technicznych elementów procedur medycznych, w których używane są produkty radiofarmaceutyczne. Lekarze ci sprawują nadzór nad wykonywaniem zleconych czynności. Natomiast minimalne wymagania dla jednostki ochrony zdrowia udzielającej świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nowotworowych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku (Dz. U. z 2011 r. Nr 48, poz. 253). Z § 8 i 9 przywołanego rozporządzenia wynika, że w jeżeli procedury tego wymagają,

w jednostkach ochrony zdrowia, w pracowniach rentgenowskich zatrudnia się pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także obsługi strzykawki automatycznej. W jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyniowej, zapewnia się podczas trwania procedury, opiekę anestezyjologiczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny. W przypadku procedur radiologii zabiegowej nienaczyniowej udział tych osób określony jest opisem właściwej procedury ustalonej w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33g ust. 15 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276).

Z przytoczonych aktów prawnych wynika, że pielęgniarka zatrudniona w Pracowni Tomografii Komputerowej wykonuje zlecenia lekarskie w zakresie podawania środków kontrastowych w strzykawce automatycznej pod nadzorem lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje. Pielęgniarka nie posiada uprawnień do podawania leków, środków kontrastowych bezpośrednio dożylnie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540). W przypadku procedur radiologii zabiegowej pielęgniarka powinna posiadać ukończone kształcenie podyplomowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku. ■

Kraków, listopad 2012 r.
dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa



Departament PiP

Stanowisko Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w sprawie podawania szczepionek zakupionych przez rodziców Warszawa, 2013.04.12

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na pismo znak: L.dz.OiPiP/252/2013, z dnia 6 marca 2013r., w sprawie wątpliwości dotyczących podawania przez pielęgniarkę szczepionek dla dzieci, z którymi do punktu szczepień zgłaszają się rodzice, Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje wyjaśnienia w tym zakresie na podstawie stanowiska wydanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa - Panią dr hab. n. hum. Marię Kózkę.

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) obowiązkowe szczepienia ochronne finansowane są ze środków publicznych, a realizowane przez świadczeniodawcę, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł stosowne umowy. Natomiast w przypadku osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, koszty szczepień są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Same szczepionki, służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, zakupuje Minister

Zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych. Ustawa nie wyklucza podania szczepionki uzyskanej poza tym trybem. Zgodnie bowiem z art. 18 ust. 9 ww. ustawy, osoba może się poddać obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu z zastosowaniem szczepionki innej niż nabyta przez Ministra Zdrowia. Jednak w takim wypadku ponosi koszt jej zakupu.

Pielęgniarka może zatem wykonać inną szczepionkę niż dystrybuowaną przez Ministra Zdrowia. Dostarczony produkt leczniczy (np. przyniesiony przez rodziców) musi być dopuszczony do obrotu na terenie Polski oraz odpowiadać merytorycznym wymogom danego szczepienia, wytyczonym w Komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29 października 2012 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2013 (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z dnia 30 października 2012 r. poz. 78).

Pielęgniarki powinny również zachować warunki stosowania szczepionki określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego tego preparatu. W zasadzie w takich okolicznościach pielęgniarki nie powinny odpowiadać za ewentualne niekorzystne następstwa użycia takiego produktu. W praktyce należy jednak zachować dodatkowe środki ostrożności. Przepisy określają bowiem odpowiednie standardy przechowywania i dystrybucji szczepionek (np. z art. 18 ust. 8 ww. ustawy wynika, iż szczepionki zakupione przez Ministra Zdrowia są transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w przepisach prawa farmaceutycznego). Wymogi te mają zapewnić trwałość i skuteczność danej szczepionki. W przypadku produktu leczniczego dostarczonego przez samego zainteresowanego może wystąpić ryzyko niezachowania tych zasad. Pielęgniarka powinna więc uprzedzić rodziców lub opiekuna prawnego o zaistnieniu zagrożenia i uzyskać od nich informację na temat przechowywania czy dystrybucji danej szczepionki (tzn. odebrać odpowiednie oświadczenie na piśmie o ww. okolicznościach-formularz zgody i odmowy zgody na szczepienie oraz formularz dotyczący wykorzystania szczepionki dostarczonej przez pacjenta). Jeśli istnieją w tym zakresie uzasadnione wątpliwości (np. pacjent nie wie, nie jest pewien lub rażąco naruszył wymagane warunki), pożądana jest odmowa pielęgniarki użycia dostarczonego produktu. Na mocy bowiem art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), pielęgniarka wykonuje swój zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowania praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto art. 12 ww. ustawy stanowi, że pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji, podając przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej. W przypadku odmowy pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

W sytuacji, gdy pielęgniarka ma uzasadnione wątpliwości co do jakości szczepionki transportowanej i/lub przechowywanej w niewłaściwych warunkach, powinna odmówić jej wykorzystania i zasugerować produkt, który wątpliwości tych nie stwarza (dotyczy to także przypadków, gdy szczepionka przechowywana w lodówce pacjenta uległa zamrożeniu, np. w wyniku umieszczenia jej w zamrażalniku lub w bezpośrednim kontakcie z oblodzoną ścianą lodówki).

Odebranie wspomnianego powyżej oświadczenia jest wska-

zane, gdyż wykonanie szczepienia wymaga odpowiedniego udokumentowania. Na mocy bowiem art. 17 ust. 8 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne zostały zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, w tym przechowywania karty uodpornienia oraz dokonywania wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia. Rozwinięcie tej powinności następuje w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086).

Zgodnie z § 9, ust. 1, informacje na temat szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane:

- w karcie uodpornienia, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia,
- w książeczce szczepień, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, stanowiącej odrębną część włączonej do książeczki zdrowia.

W obu tych dokumentach należy odnotować informacje na temat nazwy użytej szczepionki, numeru jej serii oraz daty szczepienia. Dane te zamieszcza się w odpowiednich rubrykach na formularzu, odnośnie do poszczególnych rodzajów szczepień. Kartę uodpornienia przechowuje - jak wspomniano - osoba przeprowadzająca szczepienie ochronne. Natomiast książeczkę szczepień założoną dla dziecka przekazuje się za pokwitowaniem jego przedstawicielowi ustawowemu (osobie sprawującej prawną pieczę nad dzieckiem) lub opiekunowi faktycznemu.

W związku z powyższym, pielęgniarka posiadająca uprawnienia do wykonywania szczepień powinna je wykonać, jednakże w sytuacji uzasadnionych wątpliwości co do jakości szczepionki transportowanej i/lub przechowywanej w niewłaściwych warunkach, powinna odmówić podania takiej szczepionki. ■

z poważaniem
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
Beata Cholewka

Pisma z NIPiP



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 5 kwietnia 2013 r.

Pan
Jan Vincent-Rostowski
Wicepremier RP Minister Finansów

Szanowny Panie Prezesie

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o zwolnienie z obciążenia podatkiem dochodowym pielęgniarek i położnych korzystających z bezpłatnych szkoleń podyplomowych.

Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych wypełniając swój obowiązek wynikający z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038) prowadzą bezpłatne szkolenia dla członków samorządu. Jednakże zgodnie z art. 42a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (j.t. Dz. U. z 2012, Nr 361, poz. 361, z późn. zm.) organizatorzy przedmiotowych szkoleń są zobowiązani do sporządzania ich uczestnikom informacji o wysokości przychodów - PIT-8C.

Warto również nadmienić, że szkolenia są realizowane z budżetu izby utworzonego z obowiązkowych składek członkowskich.

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o zwolnienie z obciążenia podatkiem dochodowym pielęgniarek i położnych korzystających z bezpłatnych szkoleń podyplomowych. ■

Z poważaniem

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

RZECZPOSPOLITA POLSKA MINISTER FINANSÓW

Warszawa, dnia 30 lipca 2013 r.

Pani

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W związku z wnioskiem o zwolnienie z obciążenia podatkiem dochodowym od osób fizycznych pielęgniarek i położnych korzystających z bezpłatnych szkoleń podyplomowych, uprzejmie wyjaśniam co następuje.

W piśmie z dnia 5 kwietnia 2013 r. Nr NRPiP-DS.014.90.2013.KS poinformowaliście Państwo, że Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych wypełniając obowiązek wynikający z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038) prowadzą bezpłatne szkolenia dla członków samorządu. Szkolenia są realizowane z budżetu izby utworzonego z obowiązkowych składek członkowskich, a uczestnicy szkoleń otrzymują od organizatorów informację o wysokości uzyskanych przychodów (tzw. PIT-8C).

Pismem z dnia 24 kwietnia 2013 r. Ministerstwo Finansów zwróciło się o opinię w tej sprawie do Ministerstwa Zdrowia.

W odpowiedzi z dnia 20 czerwca 2013 r. Nr MZ-PP-073-9113-3/RJ/13 resort zdrowia poinformował, że kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zostało uregulowane w rozdziale 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). Zgodnie z art. 61 ww. ustawy, pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Za spełnienie tego obowiązku, uważa się również kształcenie podyplomowe odbywane w ramach studiów podyplomowych w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Pielęgniarka i położna może uczestniczyć w kształceniu podyplomowym na swój wniosek, na podstawie skierowania pracodawcy do organizatora kształcenia, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia lub bez takiego skierowania, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia.

Poza samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych, podmiotami uprawnionymi do kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych są również organizatorzy kształcenia, o których mowa w art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Zgodnie z tym przepisem, organizatorami kształcenia mogą być:

- 1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze;
- 2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, będącego rejestrem działalności regulowanej.

Aktualnie w kraju jest 237 organizatorów kształcenia, uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego (dane Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych).

Źródłem finansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych mogą być środki finansowe pochodzące: z budżetu państwa, ze składek pozostających w dyspozycji okręgowych izb pielęgniarek i położnych, od pracodawcy (w formie częściowego dofinansowania lub całkowitego sfinansowania szkolenia), ze środków własnych pielęgniarek i położnych oraz ze środków UE.

Zgodnie z art. 70 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, specjalizacja jest dofinansowywana ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w ramach posiadanych środków i ustalonych limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek lub położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowywaną z tych środków. Specjalizacja jest dofinansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W roku bieżącym, w ramach środków budżetu państwa przewiduje się dofinansowanie 1850 miejsc szkoleniowych na specjalizację dla pielęgniarek i położnych. Kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego za cały okres trwania specjalizacji wynosi 4 337 PLN.

Jednocześnie koszt jednostkowy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych zależy od rodzaju kształcenia podyplomowego (tzn. specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, kursu specjalistycznego oraz kursu dokształcającego) i czasu trwania tego kształcenia.

Z danych będących w posiadaniu Ministerstwa Zdrowia (udostępnionych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych) wynika, że koszty kształcenia podyplomowego zebrane ze wszystkich okręgowych izb pielęgniarek i położnych kształtują się następująco:

- 1) specjalizacja 4 200-5 740 PLN (Warszawska OIPIP - średni koszt - 4 866 zł),
- 2) kurs kwalifikacyjny 1 300-1 900 PLN (Warszawska OIPIP - średni koszt - 1 920 zł),
- 3) kurs specjalistyczny 350 - 860 PLN (Warszawska OIPIP - średni koszt - 533 zł),
- 4) kurs dokształcający 160 - 290 PLN (Warszawska OIPIP - średni koszt - 427 zł).

Przechodząc na grunt prawa podatkowego należy zauważyć, iż zgodnie art. 84 Konstytucji RP, każdy jest obowiązany do ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, w tym podatków, określonych w ustawie. W konsekwencji, wszelkiego rodzaju preferencje podatkowe stanowią odstępstwo od zasady powszechności opodatkowania, którą w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (dalej „ustawa”) konkretyzuje art. 9 ust. 1. Przepis ten stanowi, że opodatkowaniu podatkiem dochodowym podlegają wszelkiego rodzaju dochody, z wyjątkiem dochodów wymienionych w art. 21, 52, 52a i 52c ustawy oraz dochodów, od których na podstawie przepisów Ordynacji podatkowej zaniechano poboru podatku.

Dochody, które nie mieszczą się w zakresie ww. art. 21, 52, 52a i 52c, lub od których nie został zaniechany pobór podatku w drodze rozporządzenia Ministra Finansów, podlegają opodatkowaniu. Dotyczy to między innymi nieodpłatnych świadczeń z tytułu bezpłatnych szkoleń prowadzonych przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, których wartość ustala się zgodnie z art. 11 ust. 2a ustawy.

Tego rodzaju świadczenie należy wykazać w zeznaniu podatkowym i opodatkować według skali podatkowej.

Zwolnienie z obciążeń podatkiem dochodowym dochodów pielęgniarek i położnych uzyskanych z tytułu korzystania z bezpłatnych szkoleń podyplomowych, skutkowałoby zróżnicowaniem podatników na gruncie podatku dochodowym od osób fizycznych poprzez faworyzowanie wyłącznie jednej grupy zawodowej. Ponadto wywołałoby negatywne skutki finansowe dla dochodów budżetu państwa oraz dochodów jednostek samorządu terytorialnego partycypujących we wpływach z tego podatku, co nie służyłoby stabilizacji polskich finansów publicznych w momencie, kiedy gospodarka znajduje się w fazie spowolnienia.

Jednocześnie pozwolę sobie zauważyć, iż w wyroku z dnia 19 lipca 2007 r. sygn. akt KI 1/06 Trybunał Konstytucyjny stwierdził, „że z Konstytucji nie wynika obowiązek przyjmowania przez ustawodawcę, w dziedzinie ciężarów i świadczeń publicznych, wyłącznie rozwiązań korzystnych dla podatników. Nie wynika też z niej obowiązek, by ustawodawca - rozstrzygając wątpliwości wynikające ze stosowania niejasnych przepisów - musiał działać zawsze na korzyść podatników. Ustawodawca waży bowiem potrzeby państwa i społeczeństwa oraz obowiązki, nakładane na organy państwa Konstytucją i ustawami i stosownie do skali owych potrzeb, zgodnie z wolą polityczną, zadbać musi o środki na ich sfinansowanie”.

„Równowaga budżetowa i stan finansów publicznych są wartościami podlegającymi ochronie konstytucyjnej. Wynika to z całokształtu regulacji konstytucyjnych zawartych w rozdziale X Konstytucji, zwłaszcza zaś z art. 216 oraz art. 220 Konstytucji, ale także z art. 1 Konstytucji, który stanowi, że Rzeczpospolita jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli.” (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 27 lutego 2002 r. sygn. akt K 47/01). Z kolei w wyroku z dnia 12 grudnia 2012 r. sygn. akt K 1/12, Trybunał Konstytucyjny zwraca uwagę, „że większość pozycji budżetowych (a przez to również potencjalnych oszczędności) rozpatrywana z osobna, w proporcji do całości budżetu państwa wydaje się być nieistotna, niemniej suma wielu nawet niewielkich jednostkowo oszczędności może mieć istotne znaczenie dla kondycji całego budżetu państwa”. Powyższa zasada dotyczy zarówno strony wydatkowej jak i dochodowej finansów publicznych. ■

z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Finansów
Podsekretarz Stanu
Maciej Grabowski

Warszawa, 27 czerwca 2013 r.

**Komunikat w sprawie zakończenia negocjacji
nad propozycją zmian legislacyjnych
Dyrektywy 2005/36/WE**

Kończą się prace dotyczące zmian legislacyjnych Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 wrze-

śnia 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz. UE. L.255 z 30.09.2005, str. 22 z późn. zm.).

W projekcie Dyrektywy uwzględniono propozycje polskiego Rządu. Dotyczą one uznawania kwalifikacji zawodowych na zasadzie praw nabytych polskich pielęgniarek i położnych, które ukończyły kształcenie w liceach medycznych, szkołach policealnych lub szkołach pomaturalnych.

Szczegółowe informacje na temat propozycji legislacyjnych Polski zostaną przekazane po przyjęciu Dyrektywy przez Parlament Europejski i Radę. ■

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 21.08.2013

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani prezes

W nawiązaniu do wcześniejszych uzgodnień dot. zamieszczenia wywiadu, który ukazał się w lipcowym wydaniu „Rynku Zdrowia” w ramach artykułu informującego o stanie realizacji Projektu Systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że posiada całość autorskich praw majątkowych do materiałów informacyjno-promocyjnych służących promocji Projektu, w tym tekstu i opracowania graficznego artykułu zamieszczonego w lipcowym wydaniu „Rynku Zdrowia”, umożliwiającą publikację tego materiału w Biuletynach Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych. Wersja elektroniczna artykułu zostanie przesłana na Państwa adres e-mailowy.

Jednocześnie zwracam się z serdeczną prośbą o zamieszczenie jako insertu w Biuletynach Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych ulotki informującej o dodatkowym naborze na studia pomostowe w ramach Projektu w roku akademickim 2013/2014 (nabór jesienny i wiosenny). Poprzez Biuletyny ta bardzo ważna informacja, o ostatnich naborach dofinansowanych w ramach realizowanego Projektu, szybko dotrze do szerokiego grona pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych.

W załączeniu przesyłam Ulotkę, która w ilości 14 500 egzemplarzy jako insert, została zamieszczona w sierpniowym wydaniu: „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” i „Menedżera Zdrowia”. ■

z poważaniem
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
Beata Cholewka

Oni już skorzystali skorzystaj i Ty

z szansy dofinansowania studiów pomostowych z Europejskiego Funduszu Społecznego

KAPITAŁ LUDZKI

człowiek – najlepsza inwestycja

Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, tel. +48 22 53 00 207, fax +48 22 83 12 177, www.dpi.mz.gov.pl, www.pki.mz.gov.pl, www.afp.gov.pl

Projekt Systemowy

pn. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych

współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzi, realizowany przez Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych

Dotąd z szansy dofinansowania skorzystało:

- 27 174 osób w tym:
- 24 208 pielęgniarek
- 342 pielęgniarzy
- 2 624 położnych

Docelowo skorzysta: 40 000 osób

Więcej informacji na:
www.studiapomostowe.mz.gov.pl

Bezpłatne studia dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych

Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia
Kierownik Projektu Systemowego

Ostatnia prosta – „pomostówki” na finiszu

Szanowni Państwo,

od 2008 do 2015 roku pielęgniarki, pielęgniarze, położne i położni w całym kraju otrzymali możliwość zawodowego kształcenia się w ramach studiów pomostowych współfinansowanych ze środków unijnych.

Zainteresowanie Projektem przerosło nasze założenia. Pozyskaliśmy dodatkowe środki na zwiększenie budżetu Projektu, co pozwoliło nam na podniesienie wskaźnika z 24 tys. do 40 tys. osób mogących otrzymać wsparcie finansowe w ramach Projektu. Nie byłoby sukcesu Projektu bez udanej współpracy z Instytucją Wdrażającą – Departamentem Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia i z 71 uczelniami realizującymi kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w ramach Projektu. Absolwentom serdecznie gratuluję zdobycia tytułu licencjata.

Nabór na rok akademicki 2013/2014 trwa. Zapraszamy.

Beata Cholewka

Ulotka współfinansowana przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Warszawa, lipiec 2013.



KAPITAŁ LUDZKI
INICJATYWA EUROPEJSKA



Ministerstwo Zdrowia

człowiek – najlepsza inwestycja



Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, tel. +48 22 53 00 207, fax +48 22 83 12 177



Adres: Misja Medyczna do Paragwaju
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2
Al. Jana Pawła II 7
44-335 Jastrzębie-Zdrój

Tel: 793 - 753 - 083

NUMER NASZEGO KONTA
Parafia Podwyższenia Krzyża Świętego
ul. Kusocińskiego 45
44-330 Jastrzębie Zdrój

Nr Konta: 67 1050 1605 1000 0022 9577 5122
z dopiskiem: MISJA PARAGWAJ

Misja Paragwaj

Patronują nam: Ks. Abp. Wiktor Skworec, Ks. Abp. Zygmunt Zimowski (Papieska Rada ds. Służby Zdrowia - Watykan), Śląska Izba Lekarska, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, WSzS nr 2 Jastrzębie - Zdrój, Kabaret Młodych Panów, Medycyna Praktyczna, Dzieła Misyjne Arch. Katowickiej.

Misjonarzy wyposaża: Akatex, Bielsko Biala (stroje rat. med), Travel Help (preparaty antymalaryczne MUGGA)

Leczenie i opatrunki można
zrobić do:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dwie wspaniałe pielęgniarki podjęły wielkie wyzwanie – wyjazd do Paragwaju, do pracy wśród najuboższych mieszkańców tego kraju. Czas przygotowań wypełniony jest nauką języka hiszpańskiego, kompletowaniem ekwipunku, zbieraniem leków i materiałów opatrunkowych, które potrzebne są w paragwajskich slumsach – miejscach wielkiej biedy... A potem przed nimi 5 tygodni ciężkiej próby i pracy w wyjątkowo trudnych warunkach.

Czuję się zaszczycona, że te dwie wspaniałe kobiety są członkiniami Naszej Izby... że zaszczepią idee śląskiego pielęgniarstwa w odległym Paragwaju. Mam ogromną przyjemność zaprezentować je Państwu...

Przewodnicząca ORPiP
dr Mariola Bartusek

Marta Wdowczyk, energiczna singielka, która poza pracą w szpitalu znajduje jeszcze czas na pracę charytatywną przy zbieraniu środków na fundusz stypendialny dla młodzieży.

Basia Dziak, mama dwudziestoletniego, zaradnego studenta.

Dwie piękne kobiety, doświadczone pielęgniarki, pracujące w oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu nr 2 w Jastrzębiu Zdroju, Marta od 29 lat, Basia - od 20. Swoją wiedzę, doświadczenie, umiejętności – a co najważniejsze – swój czas – przekażą na 5 tygodni najuboższym mieszkańcom slumsów Paragwaju. Całkowicie dobrowolnie, z potrzeby serca, z pełną świadomością ciężkiej pracy jaka ich czeka, bez wynagrodzenia, gratyfikacji i zwrotu kosztów.

Misję „Paragwaj” rozpoczął kilka lat temu **ks. Wojciech Grzesiak**, Człowiek Roku 2012 w Jastrzębiu-Zdroju, kapelan szpitala WSS Nr 2 w Jastrzębiu. Swoją energią działania i ogromnym entuzjazmem skutecznie pozyskiwał ludzi chętnych do wyjazdu na misję do Paragwaju. A pomysł sprowadzenia pielęgniarek podsunęli mu... lekarze.



Ks. Wojciech Grzesiak - Sami

lekarze (bo oni dotąd jeździli na misje) zauważyli potrzebę przyjazdu pielęgniarek, do tej pracy pielęgniarskiej w slumsach, w tych „bariach”. Jeden z lekarzy, uczestnik poprzedniej misji, w Polsce pracujący w hospicjum, wie bardzo dobrze, że o wiele więcej może tam zdziałać pielęgniarka niż lekarz... Tam (w Paragwaju) są pielęgniarki, ale ich poziom wykształcenia, poziom wiedzy jest bardzo ograniczony, popełniają błędy, które u nas są kategorycznie niedopuszczalne, a poza tym – jeżeli one już są w tamtejszej „średniej” klasie społecznej – to już do slumsów nie pójda... My jesteśmy natomiast nastawieni wyłącznie na slumsy, na tych najbardziej potrzebujących z biednych, wykluczonych...

Najbiedniejsi potrzebują zawsze najwięcej... w tej konkretnej sytuacji - rola pielęgniarki znacznie wykracza poza ramy znane w Polsce. Dzień na misji wypełniony jest pracą, minuty spędzane tam są cenne - choć jest to wartość nieprzeliczalna na żadną walutę. Decyzja o wyjeździe podjęta przez Basię i Martę wzbudza podziw, choć pewnie nie każdy zdobyłby się na naśladownictwo.

Marta – Dziękujemy za życzliwość, i spotykamy się na razie z taką życzliwością od wielu ludzi, nie słyszałyśmy żadnych złych opinii, wszyscy podziwiają nas... Ale czy jest to odwaga? To chęć niesienia pomocy. Jest chyba mobilizacja ze strony tych ludzi, co tam byli, opowiadają, dzielą się doświadczeniami – i to są wspaniałe doświadczenia, i chyba to nas tak porwało.

Basia – Śledzimy misję już od trzech lat, oglądamy zdjęcia.... no, wczasy to nie będą, ani wakacje... na pewno. To ciężka praca. Ja od dawna chciałam pojechać na misję, ale to było marzenie bardzo nierealne, bo to trochę kosztuje. Potem chyba ksiądz usłyszał jak mówię, że chciałabym pojechać na misję – i zaproponował mi wyjazd, a ja bez namysłu powiedziałam: Tak. Ten moment zastanowienia się przyszedł trochę później, i to trzeba było rzeczywiście bardzo przemyśleć. To jest 5 tygodni, zostawienie rodziny, pracy...



Miejscem pracy śląskich pielęgniarek będą slumsy przy Guarambare, mieszkają tam ludzie bez tożsamości. Bez imienia, bez nazwiska, niepoliczeni, na terenie republiki paragwajskiej prawnie - nie są ludźmi... Najbiedniejsi, pozbawieni opieki socjalnej państwa, pozostawieni samym sobie. Najpopularniejsze schorzenia? Robaczyce, choroby skóry wszelkiego rodzaju, głównie u dzieci... Jest to spowodowane zaniedbaniami higienicznymi, mieszkańcy slumsów nie znają podstaw higieny, nie mają dostępu do wody, z niewiedzy, z zaniedbania – te choroby się szerzą.. Obok czysto praktycznych czynności pielęgnarskich ważna będzie też rola edukacji zdrowotnej. Edukacja dotyczyć będzie jednak nie tylko higieny, także spraw kobiecych, kobiety w slumsach, niewykształcone, niewyedukowane - nie znają swojego cyklu kobiecego, rzeczy najbardziej podstawowe, które u nas wynikają z edukacji szkolnej – tam są zupełnie obce... Jeżeli dodamy do tego dominującą w kulturze Paragwaju rolę mężczyzny – macho, a także powszechność występowania AIDS – to mamy przed sobą bynajmniej nieprzejaskrawiony obraz społeczeństwa, o którym państwowe władze starają się nie pamiętać. Świeatłem w tunelu jest jedynie życzliwość jaką władze okazują naszym misjonarzom, doceniając rolę jaką mają do spełnienia i ogrom prac, którym starają się podołać. Dużym wsparciem jest także paragwajska Polonia, misjonarze i siostry zakonne – wśród których jest bardzo wielu Polaków. Nic dziwnego, że polska misja medyczna przyjmowana jest niezwykle życzliwie – nie dziwi także, że jest tam bardzo wyczekiwana.



Ks. Wojciech Grzesiak: *Pielęgniarki będą mieszkały u Sióstr Elżbietanek. Ich dzień wypełniony będzie pracą, o 8.30 śniadanie, o 9.00 wyjeżdżamy w teren, o 14.00 jest przerwa na obiad, przyjeżdża się do bazy głównej, o 15.00 znowu się wyjeżdża aż do 19.00 w teren... My jedziemy tam w największy upał, to będzie dla nas męczarnia, jest upał i jest wilgotno, po całym dniu pracy człowiek jest kompletnie wykończony, i te pierwsze 4 – 5 dni to będą takie dni kryzysowe. Soboty i niedziele są wolne, żeby trochę odpocząć, pobyć razem, coś poznać, pooglądać... Ta baza medyczna, baza wypadowa opiera się właśnie o Elżbietanki, one też służą jako tłumaczki.*



Misja „Paragwaj” rozpocznie się 28 stycznia 2014 roku, ale już teraz trwają intensywne przygotowania, bo do tego kraju nie przyjeżdża się z pustymi rękami. Potrzebne jest niemal wszystko: materiały opatrunkowe, lekarstwa, sprzęt medyczny, lista jest ogromna, ale skutecznie ograniczają ją przepisy regulujące ilość bagażu – 2 sztuki, tylko 2 sztuki bagażu. O wszystkie potrzebne na misji rzeczy zabiegają sami jej uczestnicy.



Basia – *O leki, o materiały opatrunkowe – prosimy, bierzemy ze sobą co się da – ale przecież jest ograniczona ilość bagażu. Chodzimy do różnych firm, rozsyłamy listy z prośbami, ale potrzebujemy tak wiele, mamy dużą listę tego, co tam jest najbardziej potrzebne...Od września zaczną nam się szczepienia, żółta febra, wszystkie choroby tropikalne, cały komplet, a najważniejsza jest żółta febra, wymagana prawem, bez tego nie wjedzie się do Paragwaju. Ważny jest też odpowiedni ubiór – buty trekkingowe, „oddychające” koszulki...*

Na miejscu trzeba będzie poradzić sobie z wszystkimi uciążliwościami charakterystycznymi dla klimatu – duża wilgotność powietrza, temperatury przekraczające 30 C, jadowite pająki, owady, których ukąszenia są w najlepszym przypadku ryzykowne – w najgorszym – śmiertelne. I jest jeszcze jedna bariera do pokonania – bariera językowa.

Marta – *Uczymy się języka hiszpańskiego z elementami latino, od kwietnia co tydzień mamy lekcje, w szkole języków w Rybniku. Musimy poznać chociaż to minimum, tyle żeby się chociaż zrozumieć, wszyscy nas pocieszają, że damy radę...*

Mocno trzymamy kciuki za uczestników misji, jesteśmy pewni jej sukcesu – i bardzo chcemy pomóc w realizacji tego wspaniałego przedsięwzięcia. Liczy się każde wsparcie – także finansowe, bo koszty organizacji misji są ogromne. Wszystkich, którzy mogliby wesprzeć Misję „Paragwaj” prosimy o kontakt z księdzem Wojciechem Grzesiakiem – tel. 793753083 lub wpłaty na konto:

Nr. Konta: 67 1050 1605 1000 0022 9577 5122

z dopiskiem: MISJA PARAGWAJ

Parafia Podwyższenia Krzyża Świętego

Ul. Kusocińskiego 45

44-330 Jastrzębie Zdrój

ZAWÓD NA WYMARCIU

NISKI PRESTIŻ I ZAROBKI, CIĘŻKA PRACA BEZ UZNANIA SPRAWIAJĄ, ŻE CORAZ WIĘCEJ WYKSZTAŁCONYCH MŁODYCH PIELĘGNIAREK PORZUCA ZAWÓD. SYTUACJA ZACZYNA BYĆ NIEBEZPIECZNIE TRUDNA, BO BRAKUJE CHĘTNYCH DO TEJ PRACY

Rola pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia wymaga pilnego przededefiniowania. Zawód ten cieszy się niską popularnością w Polsce nie tylko z powodu zarobków, choć oczywiście są one stawiane obecnie na pierwszym miejscu. Młode osoby już w czasie nauki zawodu przekonują się często, że zamiast wykorzystywać zdobywaną wiedzę medyczną, mają pełnić rolę najniższego szczebla personelu pomocniczego. A przecież w części zadań pielęgniarki i pielęgniarze zastąpiliby z powodzeniem lekarzy. Na razie jednak brak na to kompleksowego pomysłu. Wiele można byłoby załatwić na poziomie samych szpitali i przychodni, ale i tu zmian brak lub idą one bardzo opornie. Dlaczego?

MAŁO NAS, MAŁO NAS...

W Polsce mamy bardzo niski jak na Unię wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców. W przypadku lekarzy sytuacja wygląda jeszcze gorzej. To, że osobiście muszą podpisywać wszystkie recepty, nawet na środki opatrunkowe, zlecać nawet najprostsze badania wykonywane cykliczne lub np. na izbie przyjęć, wydaje się marnotrawstwem ich wiedzy i czasu. Choć oczywiście sami lekarze często tego monopolu bronią. W czasie ciąży zastanawiałam się np., dlaczego w każdym przypadku KTG oglądać musi lekarz (pacjentki czekają z tego powodu godzinami). Przecież pielęgniarka, osoba wykształcona, która robi to badanie przez kilka czy kilkanaście lat, jest w stanie bez trudu odsiać wyniki prawidłowe od budzących wątpliwości. Ostatnio, będąc z dzieckiem kilka razy na szpitalnym dyżurze, patrzyłam, jak mali pacjenci czekają po 2,5-3,5 godziny na wizytę u lekarza, który zleca badanie RTG, a potem z wykonanym badaniem znów siedzą kolejną godzinę pod gabinetem. Tu także, jako laikowi, od razu przyszło mi do głowy pytanie: czy pielęgniarki, ewentualnie z pomocą lekarza stażysty, nie mogą dokonywać preselekcji i części osób od razu kierować na badanie? Idąc dalej - wykształcenie pielęgniarek marnuje się, gdy zamiast opiekować się pacjentem, biegają z kaczka czy zmieniają pościel w szpitalu. Myślę, że u osób ambitnych budzi to frustrację, przyspiesza wypalenie, przeraża się w wyuczoną bezradność. Oczywiście są chlubne wyjątki, osoby, które wywalczyły sobie odpowiednie miejsce w szpitalnej hierarchii, ale co do reguły sytuacja pielęgniarek nie wygląda różowo.

Efekt niedocenia ich pracy przez lekarzy, władze szpitala, a nieraz i pacjentów jest to, że więcej pielęgniarek odchodzi z zawodu, niż go podejmuje. Ale paradoksalnie pielęgniarstwa uczy się jeszcze dość dużo osób. W ostatnich trzech latach szkoły pielęgniarskie miały rocznie po 6-7 tys. absolwentów. Ale tylko co trzeci odbierał zaświadczenie niezbędne do wykonywania zawodu. Czemu więc podejmują trudy nauki, która do najprostszych nie należy, bypotem nie korzystać z tej wiedzy? Trudno o badania na ten temat. W publicznej debacie zwykle padają argumenty niskich zarobków, ale przed rozpoczęciem studiów młode osoby z pewnością już o tym

wiedziały. Jednym z ważnych powodów może być rozmiłanie się oczekiwań z realiami późniejszej pracy - zakresem obowiązków, prestiżem, atmosferą pracy. W czasach praktyk mają już przedsmak tego, co czeka je w zawodzie. —Aby pielęgniarki, pielęgniarze i położne byli widoczni w systemie ochrony zdrowia, aby w pełni mogli wykorzystać wiedzę zdobytą w trakcie kształcenia specjalizacyjnego, za które płaci Ministerstwo Zdrowia, należy wymusić na MZ takie zmiany, by nasza grupa była uwzględniona przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych. Podobnie jak grupa zawodowa lekarzy - mówi Iwona Borchulska, do niedawna przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. — Wprowadzenie Rozporządzenia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia, według zasad opiniowanych przez OZZPiP, zapewniłoby opiekę nad pacjentami zgodnie z obowiązującymi standardami - dodaje. Na temat inicjatywy związku pisaliśmy niedawno w Medexpresie. Związkowcy, jak i Izba od lat sygnalizują narastanie zjawiska wypalenia zawodowego, co w konsekwencji prowadzi do marnotrawienia talentu, a także zapału pielęgniarki i położnej do pracy. Wiele do powiedzenia mają też zarządzający szpitalami. To od nich zależy atmosfera pracy, wynagrodzenie oraz zakres obowiązków pielęgniarek. Problemem może być jednak m.in. duże rozwarstwienie w zakresie umiejętności i doświadczenia.

POKOLENIOWA ZMIANA

Średnia wieku pielęgniarek wynosi 45,6 lat, a położnych 44,5 i szybko się podnosi. Pielęgniarek w wieku od 50 do 60 lat jest 76,5 tys., a najmłodszych, mających do 30 lat, jest tylko 16,7 tys. Młode pielęgniarki wyjeżdżające za granicę jako jedną z przyczyn wspominają fakt, że w szpitalu natykają się na grupę osób w wieku ich matek. Nie mają o czym z nimi prywatnie rozmawiać, są na do-czepkę współpracującej od lat grupy. Aby sytuacja faktycznie się zmieniła, najstarsze pokolenia pielęgniarek uczone w innym systemie, przyzwyczajone przez lata do funkcji pomocniczych i służebnych relacji z lekarzami, muszą prawdopodobnie przejść na emeryturę, Kłopot w tym, że ich następczyni nie widać.

— Pokolenie młodszych pielęgniarek i pielęgniarzy musi mieć warunki do wykorzystywania swojej wiedzy. Teraz osoby te przychodzą do szpitali wyedukowane, z ambicjami, ale po paru latach spychania do najprostszych prac wiedza zdobyta w czasie studiów „pójdzie w las” - zwraca uwagę Adam Kozierekiewicz, ekspert zarządzania w ochronie zdrowia. Jego zdaniem proste zadania powinni przejmować opiekunowie medyczni, asystenci pielęgniarek i salowe. Osobom po studiach pielęgniarskich powinno zaś się przekazywać stopniowo niektóre zadania lekarzy. -Nie da się tego zrobić szybko. Wiedza i doświadczenie pielęgniarek bardzo się różnią. Danie od razu szerokich kompetencji młodszemu pokoleniu, które ma świeże podejście do relacji w szpitalu oraz często wyższy poziom edukacji, od razu wzbudziłoby protesty osób od lat pracujących w zawodzie - podkreśla Kozierekiewicz. Takie przekierowanie ról mogłoby ułatwić budowanie ścieżek zawodowych oraz polepszyć wynagrodzenia.

CO NAS CZEKA

- Jeśli nie powstaną mechanizmy zachęcające młodych ludzi do wyboru zawodu pielęgniarki i położnej, to za kilka lat na fachową opiekę z ich strony będzie mogła liczyć mniej niż połowa potrzebujących - przekonuje Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Według Izby w 2035 r. liczba pielęgniarek spadnie

WYKSZTAŁCENIE PIELĘGNIAREK MARNUJE SIĘ, GDY ZAMIAST OPIEKOWAĆ SIĘ PACJENTEM, BIEGAJĄ Z KACZKĄ LUB ZMIENIAJĄ POŚCIEL U AMBITNYCH BUDZI TO WIELKĄ FRUSTRACJĘ

**GRUPA ZAWODOWA PIELĘGNIAREK STARZEJE SIĘ
W SZYBKIM TEMPIE. DZIŚ ŚREDNIA WIEKU WYNOŚI
45 LAT. NAJWIĘCEJ PIELĘGNIAREK JEST JUŻ
W OKRESIE PRZEDEMERYTALNYM.**

poniżej 200 tys. Ich podopiecznych, w związku ze starzeniem się społeczeństwa, przybędzie.

Jakie są motywy wyjazdów pielęgniarek? - Podczas rozmów kwalifikacyjnych kandydaci często zwracają uwagę, że w Polsce w zawodzie pielęgniarki pracują na dwóch etatach, ponieważ jest to konieczne do utrzymania rodziny, ale przez to nie mają czasu dla siebie i bliskich. Szukają dobrze płatnej pracy na jednym etacie - mówi Agata Gołąb, koordynator projektów dla klientów medycznych w agencji Adecco. Poziom wynagrodzeń pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce najczęściej nie przekracza 3 tys. zł brutto miesięcznie. Za granicą dostają wielokrotność tej kwoty. Dodatkowo wybierają państwa, gdzie ich rodziny mogą liczyć na szeroką pomoc socjalną, dzięki czemu różnice kosztów życia nie są przytłaczające. W Niemczech czy Belgii pielęgniarki operacyjne i specjalistyczne na starcie dostają przynajmniej 8 tys. zł brutto. W Norwegii, np. w domu opieki, powyżej 12 tys. zł. Kwalifikacje pielęgniarek z Polski są tam wysoko cenione, kłopotem jest znajomość języków, ale przed wyjazdem kandydatki przechodzą często intensywne szkolenia. Adecco organizowało dla personelu medycznego kursy języka norweskiego, flamandzkiego oraz niemieckiego. Za granicą pielęgniarki mają też z reguły więcej czasu dla każdego z pacjentów. Są cenione, mają pole do awansu. —Biorą udział w spotkaniach interdyscyplinarnych z lekarzami, dzielą się opinią odnośnie postępów leczenia, stanu chorego, ich uwagi traktowane są z szacunkiem - mówi Agata Gołąb. Istotna jest też możliwość pracy w placówkach o wysokim standardzie oraz korzystanie z urządzeń specjalistycznych. Luki po pielęgniarkach i pielęgniarach, którzy wyjadą, nie wypełnią emigranci, np. Ukrainki. Pensje są u nas znacznie niższe niż np. w Niemczech, a w Polsce lepiej zarobić można na sprzątaniu niż pielęgnowaniu chorych. Dlatego decyzje polityczne na poziomie rządu, parlamentu oraz organizacyjne w szpitalach czy przychodniach muszą zapaść — im szybciej, tym lepiej. Na zmianach z pewnością zyskają pacjenci. Nad podniesieniem rangi zawodu muszą popracować też same pielęgniarki. Pacjenci doceniają ich pracę i wiedząc o niskich zarobkach, przymykają nie raz oko na to, że pielęgniarki z jednej strony żalą się na brak czasu dla chorych, z drugiej nierzadko bez skrępowania zajmują się w godzinach pracy np. stawianiem pasjansa na komputerze. ■

Ola Kurowska

Zdrowie psychiczne...**Jak dbać o zdrowie psychiczne
pracownika w stacjonarnej placówce
ochrony zdrowia ?**

„Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”
(cytat z „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego”
z dnia 19 sierpnia 1994 r)

Zdrowie psychiczne to coś, co każdy z nas posiada. Każdy z nas powinien dbać o swoje zdrowie psychiczne w taki sam

sposób w jaki dba o zdrowie fizyczne. Zdrowie psychiczne ma wiele definicji. Każdy człowiek intuicyjnie rozumie, co oznacza to określenie, jednak naukowe zdefiniowanie zagadnienia nastrocza od wielu lat poważnych problemów naukowcom z wielu dziedzin. Kompleksowa definicja zdrowia psychicznego określa je jako wielostronną, kierunkową zdolność do wytworzenia określonych interakcji z otoczeniem przez samą siebie osiągającą pewien społeczny wzorzec ugruntowany warunkami społecznymi, materialnymi, etycznymi i innymi. Zachwianie zdolności do postrzegania świata lub samego siebie może prowadzić do chorób psychicznych, z których wiele jest przypadłościami o bardzo poważnym przebiegu, a większość z nich wymaga bardzo wysoko specjalistycznej opieki medycznej. Aby zapobiegać występowaniu chorób psychicznych należy stosować się do określonych zasad higieny psychiki, która ma warunkować prawidłowy rozwój oraz ewolucję więzi społecznych i skierowanych na samego siebie. Również normy zdrowia psychicznego są uwarunkowane kulturowo i te same zachowania w jednej kulturze mogą być klasyfikowane jako normalne, w zupełnie innej zaś jako silnie patologiczne.

Zdrowie psychiczne ma ogromne znaczenie dla jakości życia w społeczeństwie. Dobre zdrowie psychiczne stanowi część socjalnego, ludzkiego i gospodarczego kapitału społeczeństwa.

Ochrona i wspieranie zdrowia psychicznego zajmują ważne miejsce w programie działań Unii Europejskiej. Wśród celów strategii UE w dziedzinie zdrowia psychicznego za działanie o decydującym znaczeniu uznano między innymi pomoc pracodawcom w tworzeniu otoczenia pracy, w którym wszyscy pracownicy mogliby w pełni rozwijać swój potencjał. W miejscu pracy występuje wiele niekorzystnych dla zdrowia czynników psychospołecznych wywołujących stres. W szpitalu są to zagrożenia wynikające ze stałego dużego dopływu informacji i gotowości do odpowiedzi, zagrożenia wynikające z pracy na stanowiskach decyzyjnych i związanych z odpowiedzialnością, zagrożenia wynikające z narażania życia, a także zagrożenia powodowane monotonią, przeciążeniem pracą lub złą jej organizacją. Czynniki te mogą mieć szkodliwy wpływ zarówno na ogólny stan zdrowia wywołując zmiany określane mianem chorób cywilizacyjnych (nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, czy choroba wrzodowa), jak i na zdrowie psychiczne (niezadowolenie, niskie poczucie własnej wartości, nadużywanie alkoholu i nikotyny, stany lękowe, depresja i inne choroby psychiczne wysuwające się na czoło chorób cywilizacyjnych). Skutkiem narażenia na działania stresu może być wypalenie zawodowe cechujące się zmniejszonym zainteresowaniem pracą i brakiem satysfakcji zawodowej. Zły stan zdrowia psychicznego jest jedną z trzech najczęściej występujących przyczyn absencji chorobowej i trwałej niezdolności do pracy. Znaczne koszty związane ze złym stanem zdrowia psychicznego pracownika ponosi całe społeczeństwo, w tym pracodawcy, pracownicy, a przede wszystkim pacjent. Tu zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską będzie systematycznie wzrastać (starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby osób z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, niezdolnych do samodzielnej egzystencji i samoopieki).

Dlatego wszyscy powinniśmy pomagać tym, których dotknęły problemy zdrowotne. Czasami nasi współpracownicy spotykają się z brakiem zrozumienia. Ponieważ nie potrafimy rozpoznać objawów załamania się zdrowia psychicznego. Co może świadczyć o problemach ze zdrowiem psychicznym?

1. Depresja

Każdy z nas od czasu do czasu ma wszystkiego dość, czuje się nieszczerliwy i smutny. Uczucia te zwykle nie trwają dłużej niż



kilka dni czy tydzień i nie zakłócają aż tak bardzo naszego życia. Jednak jeśli obniżony nastrój towarzyszy przez dwa tygodnie lub dłużej oraz objawy przeszkadzają w codziennych aktywnościach życiowych i występują następujące symptomy:

- poczucie smutku i braku nadziei,
- trudność w wykonywaniu codziennych obowiązków, trudność w koncentracji
- zmiany w dotychczasowym trybie snu i/lub odżywiania.

2. Choroba dwubiegunowa afektywna

Choroba dwubiegunowa afektywna dawniej była nazywana chorobą "maniakalno-depresyjną". Jak sugeruje nazwa, choroba charakteryzuje się zmianami nastroju - czy też epizodami - które są zdecydowanie bardziej intensywne niż te, które są doświadczane przez większość ludzi w ciągu życia. Należy pamiętać, że epizody mogą być też bardzo subtelne i stopniowe.

W chorobie dwubiegunowej nastrój może oscylować pomiędzy nastrojem podwyższonym, obniżonym oraz może być mieszany. Nastrój obniżony obejmuje uczucia intensywnej depresji i rozpacz. Powszechnie stan znany jako depresja, a jej symptomy są takie, jak te wypisane powyżej. Podwyższony nastrój obejmuje uczucia euforii, uniesienia. Powszechnie stan znany jako mania lub epizod maniakalny. Symptomy obejmują nieumiejętność osądu sytuacji czy rzeczywistości, nadaktywne zachowanie, zbyt dużo energii i brak lub bardzo niska potrzeba snu, drażliwość lub gniew oraz nierealistyczne przekonania co do swoich możliwości. Nastrój mieszany obejmuje na przykład nastrój depresyjny wraz ze zniecierpliwieniem oraz nadaktywnością epizodu maniakalnego.

3. Lęk

Lęk jest doświadczany powszechnie zarówno przez kobiety jak i mężczyzn. W zależności od rodzaju i nasilenia lęku, może on mieć szkodliwy wpływ na jakość życia.

Objawy lęku to m.in.: przyspieszone bicie serca, przyspieszony oddech, poczucie paniki, pocenie się, przesadne i nadmierne zamartwianie się, niespokojny sen, napięcie mięśniowe, przerażające myśli i lęk, że osoba oszaleje.

4. Schizofrenia

Schizofrenia to poważne schorzenie psychiczne charakteryzujące się zaburzeniem myśli, spostrzegania, emocji i zachowania. Najczęściej osoby ujawniają chorobę między 15 a 35 rokiem życia. Objawy schizofrenii dzielą się na dwie grupy - symptomy 'pozytywne' i 'negatywne'.

Objawy pozytywne są łatwiejsze do rozpoznania i zaliczamy do nich takie symptomy jak:

halucynacje, słyszenie głosów, urojenia, zaburzenia mowy i myśli (gonitwa myśli), poczucie, że osoba jest kontrolowana. Symptomy negatywne są trudniejsze do zauważenia i obejmują spadek energii, entuzjazmu i motywacji, trudności w koncentracji oraz niepokój w towarzystwie innych osób. Osoby cierpiące na schizofrenię mogą wyzdrowieć i zdrowieją. W jaki sposób dbać o zdrowie psychiczne?

Zaakceptuj siebie

Wszyscy się różnimy, ale jedna rzecz, jaka jest nam wspólna to fakt, że nikt z nas nie jest idealny. Spróbuj nie traktować się zbyt surowo.

Zaangażuj się

Spotkanie się z ludźmi i angażowanie się w nowe aktywności może sprawić wielką różnicę - w życiu. Nie tylko Ty poczujesz się lepiej, ale skorzystasz też ze wspierania innych.

Bądź aktywny

Znajdź coś, co sprawia Ci radość - sport, pływanie, spacerowanie, taniec czy jazdę na rowerze - i po prostu zacznij to uprawiać.

Jedz zdrowo

Spróbuj jeść regularnie i docelowo jedz pięć porcji owoców i warzyw każdego dnia. Zdrowe jedzenie jest podstawą do tego, by Twoje ciało i umysł funkcjonowało poprawnie.

Pozostań w kontakcie z przyjaciółmi

Nie musisz 'być silny' i radzić sobie ze wszystkim samemu. Przyjaciele są ważni, szczególnie wtedy, gdy jest nam ciężko, więc warto być z nimi w kontakcie.

Odpoczywaj

Jeśli za dużo obowiązków sprawia, że masz obniżony nastrój, znajdź czas na relaks i odpoczynek. Nawet 10 minut odpoczynku w ciągu zapracowanego dnia może sprawić ogromną różnicę i pomóc Ci lepiej radzić sobie ze stresem.

Zrób coś kreatywnego

Różne rodzaje kreatywności mogą Ci pomóc, gdy jesteś zaniepokojony czy smutny. Mogą też sprawić, że wzrośnie Twoja pewność siebie. Muzyka, pisanie, malarstwo, poezja, gotowanie czy uprawianie ogrodu - poeksperymentuj, aż znajdziesz coś, co pasuje do Ciebie.

Nie upijaj się

Picie alkoholu, by poradzić sobie z problemami może tylko pogorszyć sprawę. Najlepsze jest spożywanie alkoholu z umiarem i unikanie stanu upojenia.

Rozmawiaj o tym, co Cię gryzie

Wielu z nas czuje się czasami przytłoczonymi problemami i izolowanymi. Rozmowa o tym, jak się czujesz, pomoże Ci. Zwróć się do kogoś, komu ufasz.

Zwróć się po pomoc

Jeśli czujesz się źle fizycznie, idziesz do lekarza, zatem nie czuj się zawstydzony prosząc o pomoc w zakresie zdrowia psychicznego. Tak naprawdę, zwrócenie się po pomoc jest oznaką siły osobowości.

Zatroszcz się o innych

Problemy w relacjach z przyjaciółmi czy rodziną, w pracy, tak jak i stres codziennego życia mogą sprawić, że będziesz nazbyt wrażliwy, leniwy, zamknięty w sobie czy buntowniczo nastawiony. Te uczucia są normalne i zwykle mijają. Jeśli jednak nie ustąpią, mogą być oznaką problemu psychicznego.

By zadbać o swoje zdrowie psychiczne, nie bierz na siebie więcej, niż możesz udźwignąć. Porozmawiaj z kimś o swoich zmartwieniach. W miarę, jak się starzejemy, doświadczamy zmian w niemalże każdej sferze naszego życia. Negatywne przeżycia mogą być stresujące i ten stres może wpłynąć na nasze zdrowie psychiczne. Te przeżycia to:

- molestowanie czy znęcanie się,
- problemy w związku,
- utrata pracy oraz utrata bliskiej osoby.

Molestowanie czy znęcanie się

Wiele osób doświadcza znęcania się czy molestowania psychicznego. Każdy może być prześladowany - bez względu na wiek, kolor skóry, płeć, religię czy orientację seksualną. Może to mieć miejsce w pracy.

Bycie ofiarą znęcania się może spowodować, że poczujesz się zagrożony, zaniepokojony, upokorzony czy słaby. Molestowanie może spowodować fizyczny, psychiczny czy społeczny ból oraz może być przyczyną takich uczuć, jak: poczucie osamotnienia, przerażenie, złość, poczucie bycia zagubionym czy smutek. To wszystko może mieć wpływ na zdrowie psychiczne.

Problemy związane z alkoholem i/lub narkotykami

W trudnych okresach życiowych, ludzie czasem sięgają po alkohol lub inne używki. Nadużywanie alkoholu czy narkotyków może wyrządzić szkody w Twojej psychice.

Samookaleczenie i samobójstwo

Samookaleczenie jest czasem używane przez niektórych ludzi jako sposób na ucieczkę lub poradzenie sobie z bólem czy stresem, którego nie mogą znieść w swoim życiu.

Posiadanie myśli samobójczych nie jest rzadkie nie widzimy wyjścia z sytuacji.

Zasoby ludzkie są najcenniejszym kapitałem każdej organizacji (Armstrong), dlatego zdrowie Społeczeństwa - Nas Samych powinny być wszystkim nieobejętne.



Na co powinien zwrócić uwagę Dyrektor Szpitala by zadbać o zdrowie psychiczne pracowników?

1. Pierwszym krokiem na tej drodze jest dokonanie pomiaru nasilenia i źródeł stresu w danym przedsiębiorstwie. Nie jest to łatwe szczególnie, w przypadku, gdy jest on związany z psychospołecznymi warunkami pracy. Określenie poziomu stresu w przedsiębiorstwie jest pierwszym krokiem w kierunku profilaktyki i tworzenia programów zaradczych.
2. Poprawa komunikacji w przedsiębiorstwie (rozmowy z pracownikami), tworzenie przyjaznej atmosfery w pracy.
3. Ustalenie jasnych zasad kształtujących relacje pomiędzy przełożonymi i podwładnymi.
4. Realne normy zatrudnienia, gdzie jest odpowiednia obsada pielęgniarska rozumiana jako sytuacja gdy świadczona jest wysokiej jakości opieka zdrowotna w bezpiecznych i komfortowych warunkach pracy oraz osiągane są pozytywne rezultaty w leczeniu pacjentów.
5. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu.
6. Dobór kadry na każde stanowisko pracy.
7. Przeprowadzenia dla kadry kierowniczej szkolenia na temat istoty promocji zdrowia w miejscu pracy.
8. Konstruowania zakładanych programów promocji zdrowia.
9. Diagnozowania potrzeb zdrowotnych załogi.
10. Przygotowania materiałów szkoleniowych na potrzeby programu
11. Konsultowania procesu wdrażania programu i jego oceny. ■

Joanna Dziedzic



Prace dyplomowe

Animalterapia

Patrzysz codziennie na swojego psa lub kota, dotykasz go i nawet nie wiesz, jak to dobrze, że go masz. Dzięki niemu możesz uniknąć depresji, reumatyzmu i nadciśnienia. Dobroczynny wpływ mają na nas także konie, osły, kury, delfiny, rybki, ptaki a nawet małpy.

Każdy, kto kiedykolwiek trzymał na kolanach kota, wie jak uspokajająco wpływa na człowieka jego mruczenie. Humor poprawia już sama obecność zwierzęcia w domu. Obniża ciśnienie krwi oraz poziom kortyzolu – hormonu odpowiedzialnego za stres. Zwiększa za to wydzielanie serotoniny, zwanej hormonem szczęścia. Właściciele kotów i psów mają wyższą odporność na alergię, rzadziej miewają udary i ataki serca. Cierpiących na depresję zwierzęta cierpliwie słuchają. Kot może leczyć dzięki wibracjom oraz specyfice swojego pola elektromagnetycznego. Działa jak odpromiennik, ściągając na siebie znaczną część promieniowania emitowanego przez telefony, telewizory, komputery i gniazda elektryczne. Na szczęście jemu to służy.

Kto z nas nie słyszał o psach ratownikach czy przewodnikach...?! W każdej katastrofie, pomagają odszukać zaginionych pod gruzami czy zwałami śniegu. Inne psy specjalnie szkolone ułatwiają życie osobom niewidomym, chorym na cukrzycę i padaczkę. Dzieci autystyczne z upośledzeniem umysłowym, zespołem Downa oraz porażeniem mózgowym dzięki terapii z psami usprawniają w sobie sprawności samoobsługowe, sprawność manualną i ruchową oraz zdolność do komunikacji. Dogoterapia to nie tylko głaskanie zwierzątka, ale starannie przygotowany program oddziaływania, w którym naszym partnerem jest pies.

Hipoterapia wymaga, aby koń, który ma współpracować z pacjentami był do tej współpracy chętny i przyjaźnie nastawiony. Nie może być płochliwy i nerwowy. Musi mieć nawet rytmiczny chód. Hipoterapia zwiększa w ludziach poczucie pewności siebie, poprawia działanie zmysłów wzroku, słuchu, dotyku, wpływa na ogólną sprawność organizmu. Jej wartość terapeutyczna znana była już w starożytności. Dzisiaj wiadomo, że pomaga w mózgowym porażeniu dziecięcym, chorobach mięśni, zaburzeniu integracji sensorycznej, problemach ze wzrokiem, słuchem, wadach postawy, przy udarze mózgu, stwardnieniu rozsianym, a także w zaburzeniach psychicznych.

Pomysłowość ludzka nie zna granic, dlatego też w ostatnich latach pojawiła się nowa forma terapii „care farming”. To różnorakie zajęcia, które odbywają się na farmach, dając możliwość kontaktu z wiejskimi zwierzętami. Okazuje się, że dotknięcie świni czy nakarmienie kur to doskonała forma terapii i poznawania przyrody.

Ponad 20 lat temu odkryto niesamowite zdolności terapeutyczne delfinów butlonosych w leczeniu nerwic, autyzmu, depresji i fobii. W dwóch obszarach medycyny psychoterapii i fizjoterapii udowodniono naukowo niemalże zbawienne działanie tych zwierząt. Spokojne, przyjazne usposobienie delfinów w trakcie wspólnego pływania w wodzie ma dobroczynny wpływ na pacjentów. Podczas terapii same dostosowują ćwiczenia do problemów chorego. Wygląda na to, że delfiny lepiej je rozumieją niż ludzie. Wreć sugerują diagnozę i wskazują rozwiązania. Nigdy się nie mylą. W przypadku fizjoterapii znaczenie ma także działanie wody morskiej oraz hydrokinezyterapia. Dalszych badań wymaga jeszcze wykorzystanie w terapii sygnałów ultradźwiękowych delfinów.

Terapia zwierzętami doskonale sprawdza się także w domach opieki. Więzy między zwierzętami a ludźmi, poprawiają i utrzymują funkcje osób, wzmacniając jakość ich życia w domach opieki. Psychologowie i terapeuci zauważyli zwiększenie niekorzystnych zachowań osób starszych, które są przekazywane do domów opieki. Kiedy pacjenci zaaklimatyzowują się w nowym środowisku, tracą poczucie własnej skuteczności i niezależności. Proste, codzienne czynności zostały im zabrane i pacjenci stają się apatyczni, skłonni do depresji i antyspołeczni, jeśli nie mają stałych gości. Kiedy starsi ludzie są przekazywani do domów opieki, często stają się bierni, pobudzeni, wycofani, z depresją i nieaktywni z powodu braku regularnych odwiedzin lub utraty bliskich. Zwolennicy terapii zwierzętami mówią, że zwierzęta mogą być pomocne w motywowaniu pacjentów do bycia aktywnym fizycznie i psychicznie. W przypadku pensjonariuszy z demencją starczą, taka interakcja ze zwierzęciem jest ważnym aspektem. Terapia dostarcza tym pacjentom możliwość bliskiego kontaktu fizycznego ze zwierzęcymi ciepłymi ciałami, czucia ich bicia serca, dotykania miękkiego futra i przytulania. Terapeuci planują także działania dla pacjentów, którzy potrzebują fizycznego ruchu. Te planowane zadania obejmują pieszczoty zwierzęcia, spacerowanie i pielęgnację. Zwierzęta zapewniają poczucie sensu i przynależności i mogą zaoferować coś, czego pacjenci oczekują podczas ich często długiego pobytu w domu opieki.

Krótką historią animalterapii...

Już w czasach Hipokratesa zalecana była jazda konna, którą uważano za najlepszą formę gimnastyki pobudzającej funkcje organizmu i łagodzącej schorzenia. Jednak pierwsze udokumentowane doniesienia o wykorzystaniu zwierząt w terapii pochodzą z roku 1792 z Wielkiej Brytanii. W szpitalu psychiatrycznym w Yorku powierzono pacjentom pełną odpowiedzialność za wychowanie i opiekę nad zwierzętami. W nie-

długim czasie zaobserwowano, że opieka nad zwierzętami wpłynęła korzystnie na kształtowanie u pacjentów samokontroli. Pomysł ten został następnie wykorzystany w roku 1867 w niemieckim szpitalu Bielefeld. Wybudowano tam specjalny park, w którym pacjenci chorzy na epilepsję mieli nieograniczony kontakt ze zwierzętami. W 1903 roku W. Fowler Bucke przeanalizował 1200 wypracowań dzieci o ich psach. Wysnuł on wniosek, że zwierzę ma siłę uzdrawiania. Zauważył on bowiem, że dzieci w swoich wypracowaniach, przedstawiają psy jako istoty kochające, niosące pociechę w bólu i samotności. Jednym z ważniejszych momentów w historii animaloterapii był rok 1937 i odkrycie terapeutki dziecięcej Anny Freud. Zauważyła ona, że poprzez proces identyfikacji emocje zwierzęcia mogą przenieść się na człowieka.

Dwanaście lat później Kris i Bellac "Children Apperception Test", który opierał się na założeniu, że dzieci łatwiej identyfikują się ze zwierzętami niż z osobami dorosłymi. To właśnie jest głównym motywatorem w animaloterapiach. Kontakt ze zwierzęciem jest dla dzieci największą nagrodą i motywacją do działania. W 1944 roku psychiatra Bossard wysuwa jeszcze jedno ważne przypuszczenie, które w późniejszych badaniach się potwierdza. Uważał on, że ulubione zwierzątko może poprawić samoocenę dziecka, rozwijać u niego zdolność komunikowania się oraz ułatwia pogodzenie się z ograniczeniami fizycznymi. Przełomowym momentem jest rok 1964 i przypadkowe zdarzenie w gabinecie amerykańskiego psychologa Borisa M. Levinsona. Specjalizował się on w terapii psychoanalitycznej dzieci. Do pracy przychodził zawsze ze swoim psem, który na czas wizyt pacjentów opuszczał gabinet. Jednak pewnego dnia pacjent zjawił się w gabinecie przed wyjściem psa. Pacjentem był chłopiec, który przez kilka miesięcy nie odezwał się podczas sesji terapeutycznych. Jednak kiedy chłopiec zobaczył psa, zaczął z nim rozmawiać. Od tego momentu Levinson poświęcił swoje życie na badanie tego obszaru. To właśnie Levinson jako pierwszy użył terminu Pet Therapy - oznaczającego terapię z udziałem zwierząt. Do dziś Levinson uważany jest za ojca animaloterapii.

Od 1977 roku, dzięki amerykańskiemu stowarzyszeniu Delta Society, propagowana jest na całym świecie idea wykorzystania odpowiednio przygotowanych zwierząt w terapii osób niepełnosprawnych. Delta Society prowadzi nadal wiele badań, które potwierdzają wpływ terapii ze zwierzętami na stan psychicznego i fizycznego zdrowia człowieka.

Przesłaniem wszystkich fundacji na całym świecie, zajmujących się animaloterapią, jest niesienie radości z kontaktu ze zwierzętami.

Korzyści płynące z terapii z udziałem zwierząt.

Prowadząc zajęcia animaloterapii można osiągnąć cele terapeutyczne w zakresie funkcji psychomotorycznych oraz w zakresie sfery emocjonalno-społecznej.

W zakresie funkcji psychomotorycznych głównymi celami są:

- rozwijanie funkcji poznawczych
- rozwijanie słownictwa
- poszerzanie pamięci krótko- i długotrwałej
- rozwijanie motoryki dużej i małej
- rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej
- rozwijanie koncentracji uwagi
- rozwijanie orientacji kierunkowo-przestrzennej
- rozwijanie poczucia równowagi
- rozwijanie umiejętności poruszania się na wózku, kulach itp.

W zakresie sfery emocjonalno-społecznej:

- rozwijanie umiejętności współdziałania w grupie

- rozwijanie umiejętności werbalizacji swoich potrzeb i uczuć
- rozwijanie umiejętności relaksacji
- podnoszenie wiary we własne możliwości
- niewielowanie lęków

Ponadto terapia z udziałem zwierząt przynosi korzyści takie jak:

- rozwój empatii
- otwarcie na świat
- powoduje radość i uśmiech
- sprzyja rozwojowi społecznemu
- uczy samoakceptacji
- poprawia komunikację
- stymuluje rozwój mowy i myślenia
- rozwija funkcje poznawcze
- stymuluje funkcje motoryczne
- sprzyja aktywności i samodzielności
- uczy odpowiedzialności i zaufania
- dostarcza rozrywki
- pomaga przejść przez samotność, chorobę i depresję

Zooterapia jest najlepszym uzupełnieniem leczenia i rehabilitacji pacjentów. ■

Opracowała Violetta Stuła - Czernecka

Udar mózgu – choroba, następstwa i problemy funkcjonalne.

Udar, bądź mózgowy incydent naczyniowy spowodowany jest zakłóceniem dopływu krwi do mózgu w wyniku zablokowania lub pęknięcia tętnicy zaopatrującej mózg w krew. Komórki nerwowe pozbawione tlenu i składników odżywczych przestają tymczasowo funkcjonować lub obumierają. Efektem śmierci komórki jest zlokalizowana w danym obszarze martwica, zwana zawałem mózgu. Pozostaje jednak wiele innych komórek, dzięki czemu, jeśli osoba dotknięta udarem jest odpowiednio rehabilitowana, istnieje szansa na odzyskanie chociaż części utraconych przez nią zdolności ruchowych.

Wśród najczęstszych przyczyn udaru wymienić należy: nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzycę, a także palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu oraz brak ruchu.

Udary mózgu dzielimy na krwotoczne i niedokrwienne.

1. Udary krwotoczne są wynikiem anomalii naczyniowych lub nadciśnienia tętniczego, które mogą doprowadzić do pęknięcia naczynia mózgowego.
2. Zawały mózgu wynikają z dwóch procesów patologicznych: zakrzepicy i zatoru.

- zakrzepica jest blokadą tętnicy mózgowej, wywołaną stałym skrzepem krwi bądź skrzepliną tworzącą się w układzie naczyń krwionośnych

- zator z kolei jest blokadą wywołaną oderwanym fragmentem skrzepliny (bądź innej substancji), powstałym gdzie indziej i transportowanym przez krwioobieg do mózgu.

Ze względu na fakt, iż każda półkula mózgowa nadzoruje i kontroluje aktywność przeciwległej strony ciała, jakiegokolwiek uszkodzenie jednej strony mózgu pociąga za sobą upośledzenie przeciwległej strony ciała (układ piramidowy). Osoba, która doświadczyła udaru może napotkać następujące trudności:

- utratę prawidłowo kontrolowanych zdolności ruchowych – jedną z zasadniczych zmian, charakteryzujących pacjentów po przebytych udarach jest utrata prawidłowego napięcia mię-

śniowego po stronie ciała dotkniętej porażeniem. Unie-
możliwia to choremu wykonanie normalnych ruchów kontro-
lowanych. Napięcie mięśniowe może zostać zwiększone (spa-
styczność bądź hipertoniczność) i/lub zmniejszone (wiotkość
bądź hipotoniczność). Utrata ruchów kontrolowanych ogra-
nicza zdolność danej osoby do wykonywania codziennych
czynności,

- trudności w przełykaniu – mogą wynikać z osłabienia mięśni
podniebienia i gardła (zespół opuszkowy lub rzekomoo-
puszkowy), bądź języka. Wywołuje to u pacjenta dyskomfort
i może być przyczyną uczucia głodu,

- nietrzymanie moczu i stolca – u pacjentów dotkniętych
udarem jest to powszechnie występujący problem. Aby
zapobiegać odleżynom oraz różnorodnym infekcjom, obowią-
zkowym jest dbanie o higienę, cewnikowanie, ze szczególnym
zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,

- zaburzenie czucia – uszkodzenie mózgu może spowodować
nie tylko oczywistą niepełnosprawność fizyczną, ale także
trudności percepcyjne oraz utratę zdolności rozróżniania
czuciowego (propriocepcji). W konsekwencji chory dotknięty
udarem może mieć trudności ze stwierdzeniem, gdzie znajdują
się jego kończyny, czy też w jakiej pozycji znajduje się aktu-
alnie jego ciało. Ponadto, w zależności od lokalizacji uszko-
dzenia, pacjent może odczuwać trudności związane z doty-
kiem, wzrokiem, słuchem, powonieniem, czy też równowagą,
- problemy z porozumiewaniem się – występują na ogół
w przypadku osób dotkniętych prawostronnym porażeniem
połowicznym. Istnieją dwa rodzaje, które mogą się pojawić w
następstwie przebytego udaru:

1. Trudności związane z używaniem mowy – wynikają z uszko-
dzenia ośrodka mowy w mózgu. A) Chory rozumie słowa
wypowiedziane przez osobę drugą, ale nie potrafi znaleźć
właściwych słów, koniecznych do porozumiewania się. Jest to
najczęstsza forma trudności komunikacyjnych. Usiłując roz-
mawiać, chory powtarza to samo słowo, bądź też używa
wyrażeń nie mających żadnego znaczenia.

- B) Chory tylko w niewielkim stopniu rozumie kierowanie do
niego słowa, w związku z czym nie potrafi mówić logicznie.
Osoba taka ma trudności ze znalezieniem właściwych
wyrazów, bądź też wypowiada bez przerwy jedno i to samo
słowo. Czasem używa wyrażeń bez znaczenia. Jest to
najostrzejsza forma zaburzenia komunikowania się.

2. Trudności z artykulacją słów – spowodowane są osłabie-
niem mięśni ust, języka, podniebienia i gardła. Mowa jest
spowolniona i monotonna, wydawane dźwięki są niewyraźne.
Chory wymawia zniekształcone dźwięki lub słowa, bądź też
powtarza kilkakrotnie to samo wyrażenie.

- problemy psychologiczne i emocjonalne – osoba dotknięta
udarem może odczuwać depresję, niepokój bądź też nagłe
zmiany nastroju, towarzyszące procesowi przystosowywania
się do zaistniałej sytuacji. Jest to raczej rodzaj naturalnej
reakcji chorego na zmienione warunki, w których przyszło mu
funkcjonować, niż bezpośredni skutek udaru

- społeczne konsekwencje udaru – w następstwie udaru może
dojść do niewielkich, bądź istotnych zmian w relacjach
pomiędzy chorym a członkami jego rodziny. Osoba dotknięta
udarem może zacząć izolować się od swoich krewnych, jak
i znajomych. Często też choroba danej osoby prowadzi do
znacznego obniżenia dochodów finansowych jej rodziny.

Bezpośrednim następstwem zawału mózgowego jest
okres wstrząsu mózgowego. W tym czasie, mogącym trwać od
kilku dni do kilku tygodni, dochodzi do zmniejszenia napięcia
mięśniowego pacjenta (hipotonia mięśniowa). Ruchy strony
ciała dotkniętej porażeniem są utrudnione, bądź w ogóle
niemożliwe. Dotyczy to ruchu mięśni twarzy, języka, tułowia
i kończyn.

Kolejnym etapem po okresie wstrząsu mózgowego jest proces
zdrowienia, rozpoczynający się zazwyczaj pomiędzy drugim
a szóstym tygodniem od wystąpienia udaru. W okresie po-
wrotu do zdrowia można wyróżnić trzy fazy. Długość każdej
z nich jest różnicowana u poszczególnych pacjentów, nie
można również wskazać wyraźnego momentu rozpoczęcia, jak
i zakończenia danej fazy. Często bywa tak, że poszczególne
części ciała, dotknięte udarem, znajdują się równocześnie
w różnych stadiach zdrowienia.

1. Utrzymywanie się hipotonii (stadium zwiotczenia) – w przy-
padku niektórych osób etap ten może trwać dość długo.
W stadium tym, utracie zdolności motorycznej towarzyszy
zazwyczaj znaczna utrata zdolności czuciowych. Ramię cho-
rego jest osłabione i zwiotczone, nie może on go samodzielnie
utrzymać ze względu na osłabienie mięśni i małe napięcie
mięśniowe. W fazie tej u pacjenta występuje najwyższy
stopień upośledzenia, w porównaniu do pozostałych dwóch
faz.

2. Ewolucja w kierunku normalnego napięcia mięśniowego
(etap powrotu do zdrowia) – powraca zdolność ruchowa koń-
czyn początkowo w odcinku bliższym, później dalszym. Dość
często kończyna dolna odzyskuje zdolność ruchową wcześniej,
niż górna. Pomimo faktu, że w wyniku udaru mózgu ginie
pewna liczba komórek mózgowych, pozostałe komórki są
w stanie zastąpić ich funkcje, dzięki czemu możliwe jest odzy-
skanie sprawności ruchowej.

3. Ewolucja w kierunku hipertonii (etap spastyczny) – naj-
częściej występującym zjawiskiem jest odzyskiwanie funkcji
motorycznych, ewoluujące w kierunku spastyczności. W po-
czątkowym etapie charakterystyczne są ruchy bliższych części
kończyn, tj. biodra i barku. Prowadzące do spastyczności zwię-
kszone napięcie mięśniowe, obserwowane jest jednocześnie
w przypadku wielu mięśni, szczególnie odnośnie silniejszych
mięśni ciała, zwanych antygravitacyjnymi. Postępująca spa-
styczność tych mięśni wraz z niezdolnością do wykonania
ruchu po stronie porażonej, prowadzi do asymetrii ruchów,
braku rotacji, nieprzystosowania ciała do siły ciężenia, braku
stopniowania, oraz braku ochronnego prostowania ramienia.
Napięcie mięśniowe różni się u poszczególnych osób. W zale-
żności od jego stanu, jakość ruchów zmienia się następująco:

- w przypadku znacznej spastyczności ruchy są utrudnione,
bądź w ogóle niemożliwe, ze względu na stan ciągłego skurczu
mięśni

- w przypadku spastyczności umiarkowanej ruchy wykony-
wane są powoli, z wysiłkiem i nieprawidłową koordynacją

- w przypadku lekkiej spastyczności możliwe są ruchy ogólne
kończyn, przy czym utrudnione jest wykonywanie precyzyj-
nych ruchów ręki.

W niektórych przypadkach porażenia połowicznego zaata-
kowany może zostać układ mózdkowy, wynikiem czego jest
ataksja. Chory wykonuje wówczas przesadne, niekontrolo-
wane ruchy. Występują trudności w przyjmowaniu i utrzy-
mywaniu pośrednich pozycji ruchowych. Dobrowolne starania,
podejmowane przez daną osobę w celu przezwyciężenia tej
sytuacji powodują drżenie i dysmetrię (niezdolność oceny
zakresu wykonywanego ruchu).

Przez cały czas trwania programu rehabilitacyjnego należy
zapobiegać spastyczności w oparciu o „wzorec antyskur-
czowy” (bark skierowany do przodu, ramię odwrócone na
zewnątrz, łokieć wyprostowany, dłoń skierowana w górę z pa-
lcami rozwartymi, kciuk oddalony od palca wskazującego,
miednica odciągnięta w przód, noga skierowana do wewnątrz
oraz biodro, kolano i staw skokowy lekko ugięte).

Proces rehabilitacji należy rozpocząć jak najwcześniej po
przebytym udarze. W ostrym stadium choroby priorytetowe
znaczenie odgrywa postępowanie, mające na celu ratowanie

życia. Równocześnie należy przedsięwziąć działania zapobiegające powstaniu przykurczów i odleżyn, poprzez korygowanie ułożenia chorego leżącego w łóżku oraz kontrolowanie jego zakresu ruchów. W momencie, gdy stan pacjenta jest stabilny, należy rozpocząć czynny proces leczenia. Aby osiągnąć pozytywne wyniki, leczenie musi być rozpoczęte odpowiednio wcześniej, prowadzone w sposób intensywny i powtarzalny. Celem wczesnego leczenia jest zapobieganie powstawaniu nieprawidłowych wzorców ruchowych, będących skutkiem nieprawidłowego napięcia mięśniowego oraz nauczenie chorego, aby nie starał się niepotrzebnie i w sposób szkodliwy dla zdrowia, kompensować niepełnosprawności przy pomocy zdrowych części ciała, może to bowiem prowadzić do zwiększenia spastyczności, wywołania nieprawidłowych „reakcji towarzyszących” oraz zniechęcenia do posługiwania się stroną ciała dotkniętą udarem.

Odzyskiwanie kontroli ruchu powinno przebiegać w kierunku od części bliższych do dalszych. Dlatego też należy ustalić najpierw kontrolę ruchów górnej części tułowia i barku, oraz dolnych partii tułowia i biodra.

Wszystkie ćwiczenia kończyn dotkniętych udarem powinny być wykonywane w ustalonej kolejności: ćwiczenia bierne, czynne wspomagane oraz czynne. Po przebyciu wymienionych etapów chory powinien być w stanie ustawić swoją kończynę w określonej pozycji i w tej pozycji ją utrzymać. Jeśli pacjent odzyska w tym zakresie wystarczającą sprawność, można przystąpić do oporowych ćwiczeń wzmacniających.

Im dłużej osoba po przebytym udarze pozostaje bezczynna (nieaktywna), tym więcej starań trzeba później dołożyć, aby odzyskała ona utraconą sprawność. Program rehabilitacyjny rozpoczyna zawsze mobilizacja bierna. Ma ona istotne znaczenie ponieważ:

- pomaga utrzymać właściwy zakres ruchomości stawów oraz elastyczność tkanek miękkich (więzadeł i mięśni), dzięki czemu ryzyko wystąpienia przykurczów i zniekształceń jest znacznie mniejsza
- pozwala utrzymać „wyobrażenie ruchu” na poziomie mózgowym. Ruch wszystkich części ciała wywołuje przepływ odpowiednich informacji do mózgu. Ograniczenie ruchów we wczesnym okresie po doznaniu udaru powoduje gwałtowną przerwę w przepływie tej informacji. Osoba dotknięta udarem „zapomina” w jaki sposób należy poruszać chorymi kończynami, ponieważ wszystkie bodźce, powstające podczas wykonywania ruchów, przestają dopływać do mózgu. Dzięki prawidłowemu układaniu ciała chorego oraz wczesnym ćwiczeniom biernym możliwe jest wygenerowanie sygnałów proprioceptywnych, wytwarzanych w wyniku napinania aparatu torebkowego i mięśniowego
- mobilizacja wspomaga krążenie krwi i limfy oraz zapobiega obrzękowi porażonych kończyn.

Wszystkie stawy porażonej strony ciała muszą wykonywać ruch bierny we wszystkich kierunkach i w normalnym zakresie ruchu. Ruch powinien być wykonywany powoli (szybki bowiem powoduje zwiększenie sztywności stawów) i delikatnie (aby uniknąć wystąpienia przemieszczenia w stawach oraz innych urazów). Jak najwcześniej po dokonaniu się udaru należy zwrócić szczególną uwagę na bark i biodro chorego. Przy ich mobilizacji istotne jest ostrożne układanie ciała chorego. W przypadku, gdy dana czynność wymaga mobilizacji kończyny górnej, należy brać pod uwagę położenie kończyny dolnej i odwrotnie. Przykładowo, ćwiczenia barku w pozycji leżącej na plecach muszą być wykonywane po uprzednim ostrożnym ułożeniu porażonej kończyny dolnej w pozycji zgodnej z „wzorcem antyskurczowym”. Pacjent powinien także opanować samodzielne wykonywanie ćwiczeń zwiększających zakresy ruchów kończyny górnej, np. trzymając ręce razem

i wykorzystując zdrowe ramię w celu przesunięcia ramienia wiotkiego.

Postęp w rehabilitacji osób po przebytym udarze osiąga się na ogół poprzez realizację kolejnych, coraz bardziej skomplikowanych ćwiczeń nawiązujących do wzoru rozwoju motoryki u małego dziecka. Istotne jest zachęcanie chorego do wykonywania wszystkich czynności dnia codziennego tak, aby osiągnął jak największy stopień niezależności. Pacjent musi nauczyć się samodzielnego ubierania się i rozbierania, samodzielnego spożywania posiłków, wykonywania osobistych zabiegów higienicznych itd.

Ostatni etap procesu rehabilitacji koncentruje się na kontrolowaniu ruchów ręki. Precyzyjne ruchy ręki są możliwe do osiągnięcia w przypadku, gdy chory odzyska kontrolowane ruchy barku i łokcia a ręka jest wolna od uścisku zgięciowego.

Ustalenie realnych celów programu rehabilitacyjnego należy rozpocząć od przeprowadzenia gruntownej oceny stanu pacjenta. Ponieważ nie ma dwóch identycznych ludzi, trzeba najpierw określić możliwości konkretnej osoby, zweryfikować otrzymane wyniki i zaproponować odpowiedni rodzaj terapii. Metoda leczenia powinna być opracowana szczegółowo, z uwzględnieniem wszystkich aspektów niepełnosprawności pacjenta, a nie tylko oczywistego upośledzenia motorycznego czy czuciowego.

Chory po przebytym udarze oczekuje, że w wyniku rehabilitacji osiągnie maksymalny stopień samodzielności fizycznej i psychicznej. Osoba taka powinna dążyć do osiągnięcia niezależności funkcjonalnej nie tylko w takim środowisku, jakim jest szpital, ale przede wszystkim w domu i w swojej grupie społecznej. Oznacza to, że terapia powinna obejmować swym zasięgiem każdy aspekt życia codziennego, stając się częścią rutynowych zajęć, nie powinna natomiast mieć formy wyodrębnionych ćwiczeń, wykonywanych dwa lub trzy razy tygodniowo podczas domowych wizyt rehabilitanta.

Odzyskiwaniu sprawności funkcjonalnej sprzyja ruch czynny. Choremu po przebytym udarze należy pomagać w wykonywaniu normalnych czynności codziennych, nawet jeśli ten wykonuje je nieudolnie. Zadaniem terapeuty jest wybór czynności, które chory potrafi wykonać oraz umiejętności, pozwalających mu osiągnąć wyższy poziom sprawności funkcjonalnej. Konkretną czynność można często rozłożyć na poszczególne ruchy. Chorego należy zachęcić do praktykowania każdego z tych ruchów jako swego rodzaju ćwiczenia. W końcowym etapie terapii daną czynność można wykonywać w całości.

Należy unikać wywoływania frustracji chorego, wynikającej z doznanych przez niego niepowodzeń. Przechodzenie do kolejnych etapów programu rehabilitacyjnego powinno odbywać się stosownie do możliwości pacjenta.

Istnieje wiele sposobów wspomaganie chorego po przebytym udarze. Dzięki specyficznemu treningowi i odpowiedniej zachęcie osoba rehabilitowana może odzyskać utracone zdolności ruchowe oraz zwiększyć swoją niezależność. Termin „niezależność”, stosowany w odniesieniu do chorych po przebytym udarze nie oznacza, że osoba taka musi nauczyć się wykonywać wszystko sama. Chodzi o to, aby dać jej szansę powrotu do normalnego życia oraz wykonywania możliwie jak największej liczby czynności bez niczyjej pomocy, pomimo występowania pewnych ograniczeń. Celem rehabilitacji jest podniesienie poziomu niezależności funkcjonalnej. ■

Paweł Michalski
fizjoterapeuta

Oddział Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie
kierownik: dr n. med. Maciej Jackowski

SAMOBÓJSTWA I PRÓBY SAMOBÓJCZE

„Człowiek dzisiejszy zdaje się być stale zagrożony przez to, co jest jego własnym wytworem, co jest wynikiem jego rąk, a zarazem i bardziej jeszcze-pracy jego umysłu, dążeń jego woli”

JAN PAWEŁ II

1. Definicja samobójstw/wa.

Samobójstwo to rodzaj śmierci dowolnej, jest świadomym wyborem sposobu i czasu śmierci. Akt ten świadczy o rezygnacji jednostki z życia, staje się obyczajową formą rozwiązywania problemów psychicznych, brakiem akceptacji i norm życia, biologiczną ucieczką przed bólem oraz formą wyłączenia się ze społeczeństwa. Wyraz samobójstwo po raz pierwszy pojawił się w języku angielskim w 1934r. Natomiast w języku polskim w latach 70 XVIII w.

Istnieje bardzo wiele definicji samobójstw.

Wg Durkheima E.: „Samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania przejawiającego przez ofiarę, zdającą sobie sprawę ze skutków swego zachowania”. Shneidman uważa, że (...) „We współczesnym zachodnim świecie, samobójstwo jest świadomie podjętym działaniem mającym na celu samozniszczenie (...)”, zaś Diekstr R.F. definiuje to pojęcie jako „(...) Wybrane dowolne zachowanie, które w możliwie najkrótszym terminie ma spowodować śmierć”. Czapiński pisze, iż samobójstwo „ (...) Jest efektem utraty woli życia, a to nie zależy od przypadku losu, jest w nas, u większości silna, u nielicznych słabsza. Silną wolę życia zniszczyć może choroba, alkohol, narkotyki (...).

Samobójstwo to nie tyle pragnienie śmierci, co strach przed życiem. Jest symptomem problemów, sytuacji i tendencji, których odpowiednio nie rozpoznajemy i nie rozwiązujemy. Jest formą wołania o pomoc często cichą, której nie słyszymy lub nie chcemy słyszeć. Samobójstwo to rodzaj zagadki - tak określił je Edwin Shneidman, uznany za ojca suicydologii, tj. działu psychiatrii zajmującej się samobójstwami i próbami samobójczymi.

Jest to zjawisko, z którym wiąże się poczucie wstydu, strachu, niepokoju i poczucia winy. Samobójstwo postrzegane jest jako przeznaczenie, którego nie można uniknąć. Sekcja zwłok może wykazać fizjologiczną przyczynę śmierci, ale w przypadku samobójstwa nasuwa się pytanie: „Dlaczego?” Zagadkę tą próbują rozwiązać suicydolodzy poprzez dziedziny nauki: od psychologii, socjologii, po etykę i teologię.

2. Etiologia i genetyka zachowań samobójczych

W badaniach nad zjawiskiem samobójstw i prób samobójczych stosowane są dwie metody.

Pierwsza to statystyczno-socjologiczna analiza zasięgu struktury trendów rozwojowych oraz różnych cech zjawiska, pomagających wyjaśnić charakter oraz społecznych uwarunkowań. Druga natomiast stanowi metodę kierującą się uchwyceniem przyczyn zamachów, badaniem osobowości oraz środowisk niedoszłych samobójców.

U podłoża zachowań samobójczych leżą zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne, jak i społeczne. Samobójstwo dotyczy ludzi z różnych klas społecznych, wiekowych, niezależnie od płci. Tak samo różne są sposoby i powody popychające do samozniszczenia. Zjawisko to jest o tyle dramatyczne o ile powszechne.

Wyniki badań epidemiologicznych pokazują że największą grupę ludzi umierających z powodu śmierci samobójczej stanowią osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne: schizofrenia, depresja, uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Jest wiele dowodów na to, że w popełnieniu samobójstwa duże znaczenie ma podłoże genetyczne. Choroby psychiczne są dziedziczone zgodnie z modelem wielogenowym.

Dołączają się tutaj również cechy charakteru, temperamentu, osobowości oraz radzenia sobie w różnych sytuacjach trudnych.

Według Durkheima wyróżniamy 4 rodzaje samobójstw:

1. Samobójstwo egoistyczne - kiedy jednostka jest bez wsparcia, zepchnięta na margines.
2. Samobójstwo altruistyczne – dokonywane jest dla dobra społeczeństwa.
3. Samobójstwo anomiczne - występuje wskutek gwałtownych zmian społeczno-gospodarczych przy braku zasad i stabilności.
4. Samobójstwo falistyczne – które popełnia osobnik, tracący sens życia, nie panujący nad swoim losem.

3. Czynniki, przyczyny i motywacje doprowadzające do zadania sobie śmierci.

Współczesne badania wykazują, że przyczyny samobójstw i prób samobójczych to oddziaływanie wzajemnie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych.

Rozpowszechnianie samobójstw w różnych krajach jest zróżnicowane. Obserwuje się wzrost liczby samobójstw wśród młodzieży. Najwięcej aktów samozniszczenia popełniają mężczyźni po 45 roku życia, dodatkowo są one bardziej drażliwe. Kobiety natomiast częściej dokonują prób samobójczych poprzez zażycie leków i różnych trucizn.

Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest większa u osób samotnych, owdowiałych, czy rozwiedzionych.

Obecność chorób psychicznych wykazano u około 90% samobójców, gdzie zaburzenia depresyjne stanowiły około 50%.

Czynniki zwiększające ryzyko samobójstw dzielimy na:

1. Demograficzne:
 - płeć (mężczyzna),
 - starszy wiek,
 - samotność,
 - bezrobocie.
2. Wywiad dotyczący przeszłości:
 - próby samobójcze w przeszłości,
 - próby samobójcze wśród członków rodziny,
 - ofiary nadużyć fizycznych i seksualnych.
3. Psychiatryczne:
 - choroby psychiczne (depresja, schizofrenia, zespoły lękowe, zaburzenia osobowości),
 - alkoholizm,
 - nadużywanie środków psychoaktywnych,
 - niedawna hospitalizacja psychiatryczna.
4. Środowiskowe:
 - utrata bliskiej osoby,
 - utrata pracy,
 - izolacja społeczna.
5. Medyczne:
 - ciężka choroba somatyczna.
6. Behawioralne:
 - działania antyspołeczne,
 - słaba kontrola impulsów.

Samobójstwa najczęściej dokonywane są przez:

- powieszenie,
- skoki z wysokości,
- zażycie środków nasennych,
- rzucanie się pod pociąg,
- postrzały oraz inny okaleczenia.



Motywacją do popełnienia samobójstwa może być ukaranie siebie za wyrządzone krzywdy, samobójstwo może być także buntem przeciwko światu, jego wartościom. Może być podsygnowane także chęcią przysporzenia cierpienia innym, zemstą i wzbudzaniem w innych poczucia winy. Jednak najczęściej jest to wołanie o pomoc w błędnym poczuciu bezradności.

4. Mity i fakty dotyczące samobójstw.

Największą rolę w zapobieganiu samobójstw odgrywa rodzina i najbliższe otoczenie. Wielokrotnie ludzie wołają o pomoc, ale słowa te nie są wysłuchiwane. Aby krewni i przyjaciele mogli chronić swych bliskich przed drastycznym wyborem śmierci, powinni więcej wiedzieć o zakorzenionych w umysłach mitów i fałszywych przekonaniach, które nie mają żadnego uzasadnienia na temat samobójstw i prób samobójczych.

Oto kilka z nich:

Mit 1. Osoba, która chce popełnić samobójstwo nie przyznaje się do tego zamiaru.

Faktem natomiast jest że 9 na 10 osób, które popełniły samobójstwo, mówiło o tym wprost albo czyniły stosowne iluzje.

Mit 2. Ludzie, którzy grożą samobójstwem nigdy go nie popełniają.

Faktem jest, że groźby dotyczące samobójstwa traktujemy jako szantaż lub manipulację, a tymczasem osoby te wyrażają swoje zamiary w różny sposób za pomocą komunikatów werbalnych, gestów oraz zmian w zachowaniu.

Mit 3. Samobójstwo to tchórzostwo.

Badania wykazują, że przyczynami samobójstwa nie jest strach, czy tchórzostwo, ale cierpienie jednostki.

Mit 4. Samobójstwo to akt odwagi.

Faktem jest, że ludzie popełniający samobójstwa nie są ani tchórzliwi, ani odważni, są to osoby potrzebujące pomocy i wsparcia.

Mit 5. Pytanie wprost o samobójstwo osobę z ryzyka, może ją do czynu popchnąć.

Wykazano, że rozmowa o samobójstwie z osobą zagrożoną nie prowokuje jej, a wręcz odwrotnie, przyczynia się do zmniejszenia prawdopodobieństwa jego dokonania. Taka rozmowa może mieć wpływ do przeanalizowania swojego rozumowania.

5. Historia poglądów na temat samobójstw.

Ukształtowanie się postawy wobec życia, czyli etyka świętości w kontekście religijnym jest przekonaniem, że życie jest darem Boga. Natomiast w sferze działań międzyludzkich to, co podarowane można swobodnie dysponować. Jednak według ogólnych przekonań dar ten można oddać, gdy sam Darczyńca tego zażąda. Życie jest świętością i nie powinno być pozostawione do swobodnej dyspozycji człowieka.

Samobójstwo, to rodzaj śmierci dowolnej, odzwierciedla neutralność społeczną, obyczajową i osobowościową. Jak każde zjawisko społeczne, podlega zmianom historycznym i kulturowym.

Samobójstwo jest znane ludzkości od zawsze. Spotykamy się z nim w Starym Testamencie, w Mitologii, Starożytnej Grecji i Rzymie. Represja wobec samobójców polegała na bezczeszczeniu lub paleniu zwłok, izolację rodziny od reszty społeczeństwa. Samobójców grzebano na niepoświęconej ziemi, ponieważ Kościół katolicki uważał, że życie jest darem od Boga, a samozniszczenie jest grzechem ciężkim.

Zrozumienie zachowań samobójczych zmieniało się z upływem wieków. Począwszy od aktywnego wspierania i asystowania w trakcie wykonywania tego aktu publicznie w wiekach antycznych, poprzez cichą akceptację w kolejnych epokach, aż do dzisiejszego zrozumienia zjawiska.

W IX wieku pojęcie o samobójstwie stało się faktem społecznym i dotyczy wszystkich bez względu na rasę, wyznanie, płeć, wiek i pochodzenie społeczne.

Współcześnie Kościół katolicki uważa, że samobójstwo nie jest grzechem jeśli jest popełniane w chorobie, stresie, czy poświęceniu. Dlatego obecnie nie zabrania się samobójcom katolickiego pogrzebu.

Małgorzata Szymczyk

Informacje



Wyjaśnienie pojęcia: Umowa cywilnoprawna

W związku z pojawiającymi się pytaniami wyjaśniam, iż w języku prawniczym funkcjonuje pojęcie „umowa cywilnoprawna”. Określenie to oznacza inne niż stosunek pracy formy zatrudnienia mające swoje źródło w kodeksie cywilnym. Umowy cywilnoprawne są najczęściej stosowane w momencie, w którym dany podmiot nie planuje zatrudniać pracownika, a zależy jej na wykonaniu określonych czynności, zadań. Do umów cywilnoprawnych należy zaliczyć:

- umowę zlecenie,
- umowę o dzieło,
- umowę agencyjną.

Należy pamiętać, że powyższe umowy nie są umowami o pracę i nie dotyczą ich przepisy Kodeksu pracy.

Należy także pamiętać, iż to nie nazwa stosunku zobowiązaniowego, lecz jego treść decyduje o rodzaju umowy. Jeżeli dana umowa cywilnoprawna posiada cechy typowe dla umowy o pracę (podporządkowanie, określenie: czasu, miejsca, zadań oraz wynagrodzenia, obowiązek osobistego świadczenia), to istnieje możliwość sądowego uznania, iż strony łączy umowa o pracę, a nie umowa cywilnoprawna.

Radca Prawny
Artur Zubkiewicz

UWAGA!

SKŁADKA CZŁONKOWSKA

Wysokość składki z tytułu umowy zlecenia lub działalności gospodarczej w roku 2013 wynosi 38,75 zł miesięcznie.

Składki należy wpłacać na konto:

MILLENNIUM BANK 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

lub w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie ul. Pułaskiego 25



Kącik edukacyjny !

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu informacyjnego będziemy zamieszczać 10 Pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedna odpowiedź jest poprawna. Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

Model pielęgnowania F. Nightingale należy do grupy teorii:

- a) potrzeby
- b) środowisko,
- c) systemy,
- d) interakcje.

Zadanie 2.

Objawami II* odleżyn wg. Torrance'a NIE jest:

- a) owrzodzenie,
- b) rumień utrzymujący się po ustaniu ucisku,
- c) powierzchniowy obrzęk,
- d) uszkodzenie naskórka

Zadanie 3.

Dieta pacjentów z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia pęcherza żółciowego i dróg żółciowych NIE powinna zawierać:

- a) produktów z dużą zawartością błonnika,
- b) węglowodanów prostych,
- c) produktów z niską zawartością tłuszczu,
- d) warzyw i owoców gotowanych

Zadanie 4.

System w pełni kompensacyjny D. Orem należy zastosować wobec pacjenta:

- a) w III okresie śpiączki wątrobowej,
- b) w I okresie śpiączki wątrobowej,
- c) z rozpoznaniem marskości wątroby,
- d) w trakcie badań diagnostycznych.

Zadanie 5.

Objawami przedawkowania opioidów (morfiny) u pacjenta przewlekle chorego NIE jest:

- a) zwolnienie oddechów <10/min,
- b) słaba reakcja na światło,
- c) zaburzenia świadomości,
- d) biegunka.

Zadanie 6.

We wczesnej diagnostyce klinicznej świeżego zawału serca, największe znaczenie posiada oznaczenie:

- a) troponiny sercowej (TnT)

- b) dehydrogenazy mleczanowej (LDH)
- c) aminotransferazy asparaginowej (AST)
- d) aminotransferazy alaninowej (ALT)

Zadanie 7.

Ośrodkowe ciśnienie żyłne /OCŻ/ jest podwyższone w:

- a) prawokomorowej niewydolności krążenia,
- b) krwotoku,
- c) odwodnieniu,
- d) wstrząsie anafilaktycznym.

Zadanie 8.

Próba Trendelenburga służy do oceny:

- a) refluksu w żyłach powierzchniowych,
- b) drożności żył przeszywających,
- c) wydolności żył głębokich,
- d) wydolności żyły odpiszczelowej.

Zadanie 9.

Plwocinę do badania bakteriologicznego należy pobrać:

- a) rano po obudzeniu się,
- b) po spożyciu posiłku,
- c) wieczorem,
- d) o dowolnej porze dnia.

Zadanie 10.

Do czynników podwyższających próg bólowy należą:

- a) ciepło, komfort psychiczny, odwrócenie uwagi, opio-
czynek, sen, dobry nastrój, alkohol,
- b) indywidualna wytrzymałość, komfort psychiczny i fizyczny,
rozmowa, ograniczenie kontaktów z rodziną,
- c) czas trwania choroby, właściwe metody leczenia, depresja,
zaburzenia świadomości,
- d) zły stan ogólny, alkohol, czas trwania choroby, wypo-
czynek, sen.

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

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

- 1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
- 2. Pielęgniarstwo operacyjne
- 3. Pielęgniarstwo geriatryczne
- 4. Pielęgniarstwo zachowawcze
- 5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
- 6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
- 7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
- 8. Pielęgniarstwo położnicze

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

DRUKI MEDYCZNE
ARTYKUŁY BIUROWE
KUPONY REKUS

9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

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

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarzek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgniowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

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

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarzkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarstkich w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylniej i obrzęku limfatycznym

Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest uczestnictwo min. 20 osób.

UWAGA!

Zgodnie z § 2 pkt.4 Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ponoszonych przez członków OIPIP w Częstochowie w przypadku ukończenia kursu podnoszącego kwalifikacje zorganizowanego przez inną jednostkę, a znajdującego się w ofercie ośrodka szkoleniowego OIPIP w Częstochowie, dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje.

Fundacja Rodzić po Ludzku

Warszawa 01 lipca 2013 r.

Serdecznie zapraszamy do udziału w XVII Ogólnopolskiej Konferencji Fundacji Rodzić Po Ludzku

„Być położną dziś i jutro – jak sprostać wymaganiom współczesności”

19-20 listopada 2013 r.

Miejsce: Instytut Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN, ul. Księcia Trojdena 4, Warszawa

Konferencja skierowana jest do wszystkich osób zajmujących się kobietą w okresie okołoporodowym: położnych, lekarzy ginekologów, neonatologów, pielęgniarzek noworodkowych, instruktorek szkół rodzenia, doradczyń laktacyjnych, doul, a także do osób odpowiedzialnych za organizację opieki okołoporodowej w Polsce.

XXI wiek stawia przed osobami zajmującymi się kobietą w okresie okołoporodowym coraz to nowe wyzwania.

Zmieniające się Standardy w opiece okołoporodowej, większa świadomość i oczekiwania beneficjentek opieki sprawia, że zawód położnej i lekarza wymaga nie tylko nieustającego kształcenia, ale także radzenia sobie coraz bardziej stresującymi sytuacjami.

Warto odpowiedzieć sobie na pytania: „Kim jest współczesna rodząca? Jakie są jej oczekiwania? Co to jest pokolenie „Y” i jak sobie z nim radzić?”

W programie Konferencji między innymi: jak budować samorządność położnych w Polsce, alternatywne techniki prowadzenia porodu, najnowsze doniesienia naukowe z zakresu położnictwa, znaczenie pierwszego kontaktu dla powstania więzi matki z dzieckiem, standardy postępowania zespołu terapeutycznego podczas dystocji barkowej, zespół wypalenia zawodowego w zawodzie położnej oraz socjologiczne spojrzenie na współczesne pokolenie rodzących kobiet.

Więcej informacji oraz możliwość rejestracji na stronie: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Inne/XVII-Konferencja.html>

Zapraszamy !!!

Joanna Pietrusiewicz
Prezeska
Fundacja Rodzić po Ludzku

SP ZOZ w Myszkowie zamierza w najbliższym czasie przeprowadzić konkursy na n/w stanowiska:

- 1) Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych I Szpitala Powiatowego w Myszkowie
- 2) Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych II Szpitala Powiatowego w Myszkowie
- 3) Pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć Szpitala Powiatowego w Myszkowie
- 4) Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego Szpitala Powiatowego w Myszkowie

Więcej informacji u Organizatora: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie



*„Ci którzy nas opuścili, nie odeszli
są nadal z nami są wciąż obecni, choć niewidzialni.”*

Łączymy się z Tobą w smutku.....

Koleżance Marioli Bartusek

Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



*„Bliscy naszemu sercu,
zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”*

Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci

Taty

**Koleżance
Zdzisławie Krakowian**

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

*„Tylko życie poświęcone innym
warte jest przeżycia.”*

Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy

**Koleżance
Reginie Nowackiej**

Składają
pielęgniarki z Centralnej Sterylizatorni
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespólnego
w Częstochowie.



*Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięć się im płaci”*

Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

Reginie Nowackiej

składa
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

GODZINY PRACY BIURA OIPI

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

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie.



Egzamin końcowy kursu specjalistycznego
**„Wykonanie i interpretacja zapisu
elektrokardiograficznego Nr 03/07”**

Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
Myszków dnia 28 sierpnia 2013 roku.

