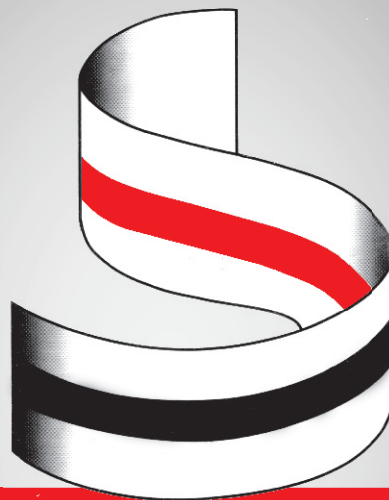


MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



PAŹDZIERNIK 2008r

CZĘSTOCHOWA, UL. KOPERNIKA 38



W NUMERZE:

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Domy Pomocy Społecznej | 1 |
| Aktualności | 2 |
| Kalendarium | 3 |
| Biblioteka | 4 |
| Studia pomostowe | 5 |
| Szkolenia | 7 |
| Prace dyplomowe | 8 |
| Konferencja naukowa | 16 |
| Informacje | 17 |

**Biuletyn informacyjny wydawany przez
Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie**

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

Adres Redakcji:

Siedziba Biura OiPiP w Częstochowie
Ul. Kopernika 38
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18
www.oipip.czest.pl

BANK PKO SA II O. w Częstochowie
ul. Kopernika 17/19, 42-200 Częstochowa
nr: 02124022521111000031585147

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
Nakład 1000 szt.

Notatka ze spotkania z Panem Jarosławem Dudą Wiceministrem Pracy i Polityki Społecznej

W dniu 17 września 2008 roku odbyło się spotkanie w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej dotyczące sytuacji pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Uczestnicy spotkania:

Jarosław Duda - Wiceminister Pracy i Polityki Społecznej,
Krystyna Wyrwicka - Dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej w MPIPS,
Zuzanna Grabusińska — doradca Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
Elżbieta Buczkowska - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Elżbieta Garwacka-Czachor — Wiceprezes NRPIP,
Ewa Obuchowska - członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wystąpiła do Pani Minister Jolanty Fedak z prośbą o spotkanie, niezwłocznie po powzięciu informacji o skierowanym przez Panią Minister piśmie do Starostów Powiatu i Prezydentów Miast (pismo z dnia 23 lipca 2008 roku znak: DPS VII 073 - ZG - 8 / 08), będących organem założycielskim dla domów pomocy społecznej.

Powyższe pismo wprowadziło niepokój wśród pielęgniarek i położnych zatrudnionych w DPS. W przedmiotowej kwestii w poszczególnych regionach kraju zostały zorganizowane przez wojewodów spotkania z Dyrektorami DPS oraz przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia, na których były omawiane problemy poruszane przez Panią Minister we wskazanym piśmie. Niestety, nie zawsze, na powyższe spotkania są zapraszani przedstawiciele Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych, co dodatkowo utrudnia wyjaśnienie problemu i osiągnięcie racjonalnego porozumienia.

Z przedstawionych dotychczas informacji, jedną z kluczowych kwestii w tych dyskusjach jest kontraktowanie z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w DPS. Wiemy, że w obecnym stanie prawnym, takich możliwości jest kilka, jednak każda z tych form jest niedoskonała, niedostosowana do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców tych domów. W tej sytuacji niezbędnym się wydaje potraktowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w DPS jako „lex specjalis” i wypracowanie nowego rozwiązania dla tej grupy świadczeń. Jednak powyższe rozwiązanie wymaga zgody i porozumienia kilku stron: Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wszystkie te kwestie zostały przedyskutowane na spotkaniu. W wyniku dyskusji podjęto następujące ustalenia:

- 1) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej prześle do Starostów Powiatów i Prezydentów Miast oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pismo wyjaśniające stanowisko z dnia 23 lipca 2008 roku. (Po otrzymaniu pisma przez NRPIP zostanie ono przesłane do Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych).
- 2) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej zwróci się do organizatorów spotkań regionalnych z Dyrektorami DPS, aby na powyższe spotkania zapraszano przedstawicieli Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych.

- 3) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej powoła Zespół, którego zadaniem będzie wypracowanie najbardziej racjonalnego rozwiązania dla każdej ze stron. W skład zespołu wejdą przedstawiciele: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes NRPIP

Częstochowa dn.30.09.2008r

PREZES
Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych
Warszawa

Upieramie informuję, iż w dniu 23.09.2008r. w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach odbyło się spotkanie Przewodniczących Okręgowych Rad z Bielska Białej, Częstochowy i Katowic z Wojewodą Śląskim Panem Adamem Matusiewicz w sprawie pielęgniarek zatrudnionych w Domach Pomocy Społecznej i projektów aktów prawnych reformujących służbę zdrowia.

Na ręce Pana Wojewody złożono pismo w/w sprawach z prośbą o podjęcie zdecydowanych działań mających na celu zagwarantowanie bezpieczeństwa zatrudnienia pielęgniarek z Domów Pomocy Społecznej. Ponadto poruszano kwestie projektów aktów prawnych reformujących służbę zdrowia i zapisów w nich zawartych lub ich braku, które w konsekwencji są nie korzystne dla pielęgniarek i położnych. Pan Wojewoda obiecał przychylność i podjęcie działań w celu wsparcia dążeń pielęgniarek i położnych.

Z poważaniem
Halina Synakiewicz

słowa, które nas budują
noce, które nas karmią
gesty, które nas stwarzają

nasz mały świat

jedyny
prawie zapomniany,
ostatni
pewny

Agata Polak

Radom, 18.09.2008r

Notatka z posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia w dniach 04.09,10.09,11.09.2008r

W dniu 04 września 2008r odbyło się posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia, której tematem było rozpatrzenie poselskiego projektu ustawy - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia (druk nr 294). Spotkaniu przewodniczył poseł Bolesław Piecha (PIS), który poinformował o poprawkach w art. 1a - 1y jakie zostały wprowadzone do projektu. Prezes NIL zwrócił się z prośbą aby projekt ustawy oraz poprawki wniesione do tego projektu zostały udostępnione stronie społecznej. Niepokój Przewodniczącego B. Piechy budził brak oceny skutków regulacji w szczególności finansowych. Pani poseł Beata Małecka-Libera (PO) omówiła projekt ustawy oraz zakres wprowadzanych poprawek, które głównie dotyczyły likwidacji podziału zakładów opieki zdrowotnej na publiczne i niepubliczne w konsekwencji ich przekształcenie w spółki prawa handlowego. Restrukturyzacja będzie uzależniona od kondycji finansowej szpitala i zakwalifikowanie do kategorii A, B lub C. Poseł B. Piecha jako przewodniczący komisji nie posiadając wiedzy na temat skutków finansowych jakie niosą za sobą przekształcenia przełożył prace nad ustawą do dnia 10-11 września 2008r obligując Rząd do przygotowania wyliczeń w tej kwestii.

Posiedzenie w dniu 10 września 2008r otworzył przewodniczący B. Piecha, w którym uczestniczyła Minister Zdrowia Pani Ewa Kopacz. Przewodniczący B. Piecha zaproponował aby wystąpić do UKIE o przedstawienie analiz czy zaproponowane projekty poselskie ustaw dotyczą pomocy publicznej. Pani Minister poprosiła o wyjaśnienia Mecenasa M. Puzonia, który w tej kwestii udzielił odpowiedzi. Do projektu ustawy zostały dołączone poprawki, które przedstawiała poseł B. Małecka-Libera. Poprawka dotyczyła art. 1 aby dodać bardzo obszerny art. 1a - 1y. Zgłaszane wątpliwości przez posła M. Balickiego dotyczyły szacowania nieruchomości pozostających w posiadaniu szpitali i kto ponosić będzie koszty. Biuro analiz sejmowych sugerowało, że powinna być wskazana możliwość finansowania dotycząca szacowania nieruchomości.

Kolejnym tematem dyskusji jaka powstała były wskaźniki według których będą kategoryzowane szpitali przy przekształceniach w jaki sposób ustala się przynależność do poszczególnych kategorii A, B, C Zapisy ustawy są nieprecyzyjne według posłów opozycji natomiast strona Rządowa wyjaśniła, że każdy rok będzie liczony odrębnie. Ponadto jeśli chodzi o zobowiązania publiczno- prawne to będą rozpatrywane one do 31 grudnia 2007r.

Wiele wątpliwości budziły warunki sfinansowania przez szpitali dostosowania do norm sanitarno - technicznych. Gorącą dyskusję wywołało uzależnienie bytności szpitali od Banku Gospodarstwa Krajowego, który w przypadku nie przyjęcia planu naprawczego z jakim wystąpi szpital podlegać będzie likwidacji. Ponadto wnoszono o uwzględnienie czynnika ludzkiego jaki stanowi podstawę funkcjonowania szpitali i zawarcie w projektach ustawy pakietu osłonowego dla pracowników tam pracujących.

W poprawkach do projektu - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia uwzględniono zapisy dotyczące dokumentacji jaka obowiązuje pielęgniarkę i położną przy wykonywaniu zawodu. Wątpliwości i niepokój

budził brak zapisów o możliwości pozyskiwania danych od pacjentów jakie gwarantował nam art. 20 ust 4-8 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, który został wykreślony. W odpowiedzi na te wątpliwości Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Pan Marek Haber zapewnił iż stosowne regulacje zawiera projekt Ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta natomiast w przypadku braku satysfakcjonujących samorząd pielęgniarek i położnych zapisów poprawki do tych regulacji będą uwzględnione jeszcze przed drugim czytaniem. Procedura rozpatrywania projektu ustawy została zakończona i przegłosowana większością głosów posłów PO i PSL.

Notatkę ze spotkania sporządziła
Mariola Łodzińska Przewodnicząca ORPiP w Radomiu
reprezentująca NRPiP

Notatka z Konferencji Uzgodnieniowej dotyczącej projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych, która odbyła się w Ministerstwie Zdrowia w dniu 22 września 2008r.

22 września 2008 r. (w godz. 11.00 - 20.15) w Ministerstwie Zdrowia odbyła się Konferencja Uzgodnieniowa dotycząca projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych.

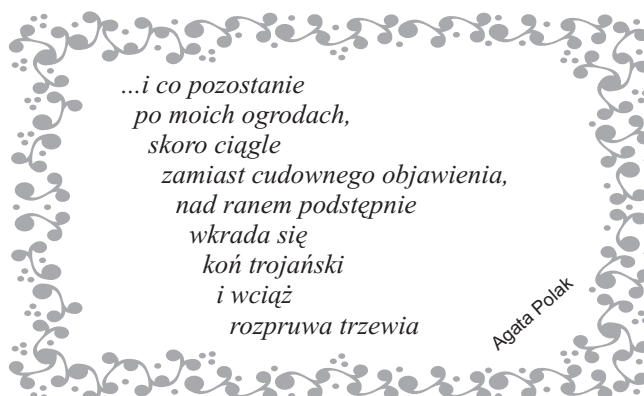
W konferencji uczestniczyła Mariola Głowacka - Przewodnicząca KPiP przy NRPiP. Do przedmiotowego projektu złożono 298 uwag.

Uwagi zgłoszone przez NRPiP dotyczyły:

- dopisania do grupy zawodów medycznych: perfuzjonisty (uwaga została odrzucona),
- poszerzenia zadań dietetyka o współuczestniczenie w leczeniu otyłości (uwaga została uwzględniona w formie zapisu: „prowadzenie profilaktyki chorób dieto pochodnych - po konsultacji z prof. Szczygłem),
- wykreślenie z zadań opiekunki dziecięcej zapisu: „stosowania zabiegów profilaktycznych i prostych zabiegów leczniczych oraz podawania leków na zlecenie lekarza", gdyż zawarte są one w wyłącznych kompetencjach pielęgniarki.

W uzupełnieniu powyższej argumentacji wskazałam, że w programie nauczania opieki dziecięcej uwzględnione są wyłącznie: podaż leków drogą doustną oraz wykonywanie kompresów, okładów i wprowadzenie ogólnego zapisu „podawanie leków na zlecenie lekarza" może powodować nadużycia praktyczne.

Przewodnicząca KPiP
(-) Mariola Głowacka



25 VIII – Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w Warszawie.

27 VIII - W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

29 VIII - W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – podjęto 10 uchwał. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiło:

- dofinansować kształcenie w formie kursów i studiów dla 22 pielęgniarek na łączną kwotę 10.330.00 zł, zgodnie z przedłożonymi wnioskami, pozytywnie zaopiniowanymi przez Komisję ds. Kształcenia i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego,
- udzielić pomocy finansowej dla dwóch pielęgniarek na łączną kwotę 2000.00 zł

02 IX – W siedzibie OIPIp została przeprowadzona kontrola przez przedstawiciela Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

03 IX – Przewodnicząca ORPiP spotkała się z kierownictwem Ośrodka Terapii Uzależnień

04-05 IX - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w konferencji naukowo- szkoleniowej na temat: „Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej”, która odbyła się w Warszawie pod patronatem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

8-10 IX - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Miętnej, k/Garwolin

18 IX - W siedzibie OIPIp odbyło się szkolenie na temat „Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożeniach życia”, w szkoleniu uczestniczyły 22 osoby.

15 IX - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w konferencji na temat „Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX-XX wieku. Organizatorem konferencji była Komisja Zdrowia Senatu RP

15-16 IX – W Katowicach odbyło się dwudniowe szkolenie dla członków Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

16 IX – W Katowicach odbyło się jednodniowe szkolenie dla członków Okręgowego Sądu

18 IX – Przewodnicząca ORPiP brała udział w posiedzeniu komisji kwalifikacyjnej na kurs „Pielęgniarstwa Rodzinnego w Szpitalu Powiatowym w Myszkowie zakwalifikowano 24 pielęgniarki

18 IX – W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy i Trudnych Sytuacji Losowych Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami

18 IX - W siedzibie OIPIp odbyło się szkolenie na temat „Cukrzyca jako problem społeczny” w szkoleniu udział wzięły 22 osoby.

23 IX - W siedzibie OIPIp przeprowadzona została kontrola przez Okręgową Komisję Rewizyjną – kontrola przebiegła bez zastrzeżeń

25 IX - W siedzibie OIPIp odbyło się czwarte posiedzenie Okręgowej Rady

30 IX - W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

01 X - W siedzibie OIPIp odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji oraz Komisji Zmian Systemowych, zaopiniowano następujące projekty aktów prawnych :

- Projekt Ustawy o Izbach Lekarskich
 - po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono KPL/58/08
- a) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu postępowania w jednostkach naukowych ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub ich preparatami oraz prekursorami kategorii 1
 - po przeprowadzeniu analizy dokumentacji uwag nie naniesiono KPL/59/08
- b) Projekt Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określania kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- c) Projekt Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania umów – leczenia szpitalne w zakresie chemioterapia na 2009 rok

02 X - W siedzibie OIPIp odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Prawo wykonywania zawodu” w szkoleniu udział wzięły 24 osoby.

03 X - W siedzibie OIPIp odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożeniach życia”, w szkoleniu uczestniczyły 30 osób.

03 X – Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu z pielęgniarkami Ośrodka Terapii Uzależnień w Parzymiechach

03 X - W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – podjęto 10 uchwał. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiło:

- dofinansować kształcenie w formie kursów i studiów dla 33 pielęgniarek zgodnie z przedłożonymi wnioskami, pozytywnie zaopiniowanymi przez Komisję ds. Kształcenia i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego, udzielić pomoc finansowej dla pięciu pielęgniarek na łączną kwotę 4600.00 zł

1. Pielęgniarstwo-ćwiczenia tom 1 - redakcja naukowa Wiesława Ciechaniewicz
2. Pielęgniarstwo-ćwiczenia tom II - redakcja naukowa Wiesława Ciechaniewicz
3. Anestezjologia i intensywna opieka - klinika i pielęgniarstwo - redakcja naukowa Laura Wolowicka i Danuta Dyk - szt. 2
4. Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek - Bonita Morrow Cavanaugh
5. Wielki poradnik medyczny: Choroby i dolegliwości: rozpoznawanie, leczenie konwencjonalne i naturalne
6. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii - pod redakcją Celiny Łepeckiej- Klusek
7. Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek- pod redakcją Elżbiety Kraj ewskiej-Kułąk
8. Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych- pod redakcją Elżbiety Rutkowskiej
9. Higiena - pod redakcją Jana Kazimierza Karczewskiego
10. Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych- autorka Kazimiera Adamczyk
11. Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku - pod redakcją Kornelii Kędziory-Kornatowskiej, Marty Muszalik
12. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne - Mary E.Muscari
13. Pielęgniarstwo w chirurgii - Wojciech Kapała
14. Filozofia i teorie pielęgniarstwa - pod redakcją Jolanty Górąjek-Jóźwik
15. Pielęgniarstwo neurologiczne - autorka Kazimiera Adamczyk
16. Farmakologia - pod redakcją Grażyny Rajtar-Cynke
17. Zarządzanie w pielęgniarstwie - pod redakcją Anny Ksykiewicz-Dorota
18. Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych - pod redakcją Leona Jabłońskiego i Ireny Doroty Karwat
19. Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej -pod redakcją Jolanty Górąjek-Jóźwik
20. Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożylnie - autorki Wiesława Ciechaniewicz, Elżbieta Grochans, Ewa Łoś
21. Rodzina - zdrowie-choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego - autorka Zofia Kawczyńska-Butrym
22. Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową - pod redakcją Anny Koper i Ireny Wrońskim
22. Praktyczny angielski dla pielęgniarek 2CD - autorka Ewa Orawczak
23. Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym-Autor Robert Ślusarz
24. Bandażowanie - autorka Anna Chrzęszczewska
25. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej - pod redakcją jś Krystyny de Walden-Gałaszko i Anny Kartacz
26. Pielęgniarstwo XXI wieku nr 18,19, 20,21
27. Stany zagrożenia życia . Wybrane standardy- pod redakcją Marii Kózki
28. Pielęgniarstwo operacyjne - Maria Ciuruś
29. Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym - NRPiP
30. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych - NPiP
31. Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie neurochirurgicznym - Robert Ślusarz
32. Promocja zdrowia. Materiały edukacyjne - NPiP
33. Współczesne problemy i wyzwania pielęgniarek i higienistek szkolnych -II Krajowa Konferencja Pielęgniarek i Higienistek Szkolnych.
34. Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach- prawa pacjenta -autorka Dorota Karkowska.
35. Położnictwo i ginekologia - Misha Datta, Louise Randall, Nami Holmes
36. Pediatria błyskawicznie - Helen Brough, Rola Alkurdi, Ram Nataraja,
37. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie- Maria Kózka, Lucyna Płaszwska-Żywko
38. Onkologia - Arkadiusz Jeziorski
39. Podstawy neonatologii - Jerzy Szczapa
40. Psychiatria -Janusz Heitzman
41. Psychologia w praktyce medycznej - Anna Jakubowska-Winecka, Dorota Włodarczyk
42. Pielęgniarstwo - pod redakcją Kazimierza Zahradniczek.
43. Choroby wewnętrzne - pod redakcją Leszka Pączka, Krzysztofa Muchy i Bartosza Foroncewicza.
44. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego- pod redakcją Elżbiety Wawelskiej
45. Położnictwo i ginekologia w zarysie - Errol Norwitz, Jon Schorge
46. Słownik medyczny łacińsko-polski i polsko-łaciński.
47. Problemy pielęgniarstwa - czasopismo PTP Tom 15, zeszyt 2,3 rok 2007
48. Problemy pielęgniarstwa - czasopismo PTP Tom 16, zeszyt 1,2 rok 2008
49. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej - pod redakcją D.Kilańskiej
50. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej tom II - Beata Brosowska, Elżbieta Mielczanek-Pankiewicz.
51. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne - redakcja naukowa Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Dorota Talarska.
52. Interpretacja EKG - Dale Dubin wydawnictwo lekarskie PZWL.
53. Choroby zakaźne i pasożytnicze- Janusz Cienciara, Jacek Juszczyk wydawnictwo CZELEJ
54. Podstawy pielęgniarstwa Tom I, II - Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Kazimiera Zahradniczek- wydawnictwo CZELEJ
55. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii - Celina Łepecka-Klusek wydawnictwo CZELEJ



56. Zdrowie publiczne - Teresa Kulik, Maciej Latałski - wydawnictwo CZELEJ
57. Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa - Anna Ksykiewicz-Dorota wydawnictwo CZELEJ
58. Promocja zdrowia Tom I Teoretyczne podstawy promocji zdrowia -Anna Andruszkiewicz, Mariola Banaszkiewicz - wydawnictwo CZELEJ
59. Komunikowanie się z chorymi psychicznie- Ewa Wilczek-Rużyczka - wydawnictwo CZELEJ
60. Stopa cukrzycowa. Diabetologia. - Kazimierz Werdyn, Waldemar Karnafel, Katarzyna Życińska - wydawnictwo CZELEJ
61. Cukrzyca typu 1 - Ewa Janeczko-Sosnowska - wydawnictwo CZELEJ
62. Anatomia człowieka tom I-V - Adam Bochenek, Michał Reicher - PZWL
63. Kardiologia - pod redakcją Tadeusza Mandeckiego - PZWL
64. Patologia ; podręcznik dla licencjackich studiów medycznych - Stefan Kruś -PZWL
65. Neurologia - redakcja naukowa Wojciech Kozubski, Paweł Liberki - PZWL
66. Medycyna ratunkowa i katastrof- redakcja naukowa Andrzej Zawadzki - PZWL

67. Mikrobiologia - pod redakcją Piotra Heczko - PZWL
68. Nadciśnienie tętnicze- pod redakcją W.Januszewicza, M.Sznajdermana - PZWL
69. Choroby reumatyczne - Irena Zimmermann- Górka - PZWL
70. EKG w praktyce - John Jon.Hampton - PZWL
71. Dawkowanie leków u noworodków, dzieci i młodzieży- K.Bożkowska, H.Siwińska-Gołębiowska - PZWL
72. Wytyczne 2005 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej - 2 szt.
73. Specjalistyczne Zabiegi Resuscytacyjne - 2 szt. NOWOŚCI
74. Pielęgniarstwo w pediatrii - E.Barczykowska, R.Ślusarz, M.Szewczyk
75. Pielęgniarstwo w geriatric - M.Birczewicz, M.Szewczyk, R.Slusarz
76. Pielęgniarstwo w neurochirurgii- M.Szewczyk,R.Slusarz
77. Pielęgniarstwo w chirurgii - M.Szewczyk, R.Ślusarz
78. Gastroenterologia dziecięca - Franciszek Iwańczuk
79. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich XIX,XX wieku- Bożena Urbanek

Studia pomostowe



Studia pomostowe - interpelacja i komunikat

Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia - z upoważnienia ministra - na interpelację nr 3240 w sprawie studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych

Szanowny Panie Marszałku! W nawiązaniu do interpelacji poselskiej pani Beaty Małeckiej-Libery z dnia 12 maja 2008 r., przekazanej przy piśmie, znak: SPS-023-3240/08 z dnia 20 maja 2008r., w sprawie studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień:

W odniesieniu do pytania 2 dotyczącego możliwości skrócenia czasu kształcenia na studiach pomostowych dla pielęgniarek i położnych realizowanych na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 11 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 110, poz. 1170), uprzejmie informuję, że istnieje możliwość skrócenia liczby semestrów - do takiego działania uprawnia bowiem przepis art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 92, poz. 885), zgodnie z którym tzw. studia pomostowe dla

pielęgniarek lub położnych mogą trwać krócej niż 6 semestrów, w związku z § 2 ww. rozporządzenia - przy jednoczesnym zachowaniu warunku dotyczącego liczby godzin.

(...)

Ministerstwo Zdrowia w celu zmiany powyższego rozporządzenia podjęło następujące działania:

- Przygotowano i przesłano w lutym 2007 r. do Komisji Europejskiej materiały dotyczące liczby godzin kształcenia w liceach medycznych i szkołach policealnych w latach 1970-2006. Komisja Europejska ponad rok analizowała przesłaną dokumentację, po czym przekazała stronie polskiej kolejne pytania dotyczące przekazanych programów nauczania. Ministerstwo Zdrowia do końca czerwca br. przekazało Komisji odpowiedź na sformułowane zapytania włącznie z wnioskiem w sprawie skrócenia okresu trwania studiów pomostowych.

- W dniu 27 maja 2008 r. delegacja Ministerstwa Zdrowia pod przewodnictwem pana Marka Twardowskiego, podsekretarza stanu, przeprowadziła rozmowy na powyższy temat z przedstawicielami Komisji Europejskiej, w tym z dyrektorem generalnym DG Marki, panem Jorgenem Holmquistem, zmierzające do ustalenia postępowania w zakresie zmian dotyczących omawianego rozporządzenia i a.

Należy zauważyć, że wprowadzenie zmian w rozporządzeniu będzie wymagało akceptacji zarówno samej Komisji, jak i wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej.

Z poważaniem
Podsekretarz stanu
Marek Twardowski

Warszawa, dnia 5 czerwca. 2008 r.



Warszawa, I września 2008 r.

MINISTERSTWO ZDROWIA
DEPARTAMENT
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Komunikat

w sprawie zasad dofinansowania studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych w ramach projektu pn. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007 - 2013

W związku z napływającymi do Departamentu Pielęgniarek i Położnych pytaniami od pielęgniarek i położnych, dotyczącymi kwestii udziału w studiach pomostowych w ramach projektu pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL), Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, co następuje.

Zgodnie z założeniami w/w projektu, przyjętego do realizacji na podstawie Decyzji Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2008 r. w sprawie dofinansowania Projektu systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”, współfinansowanego z Europejskiego

Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działania 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w studiach pomostowych mogą brać udział pielęgniarki i położne, zakwalifikowane do udziału w tych studiach na etapie rekrutacji przeprowadzonej przez uczelnie, które zostały wyłonione w drodze postępowania przetargowego na wybór wykonawców studiów pomostowych dofinansowanych z EFS w ramach PO KL.

Podjęcie przez pielęgniarki i położne studiów pomostowych finansowanych w całości ze środków własnych, zarówno w uczelniach, które otrzymały dofinansowanie z EFS na realizację tych studiów jak też w pozostałych uczelniach, które nie otrzymały środków unijnych, będzie skutkowało niemożnością dofinansowania tego kształcenia, kontynuowanego w kolejnych semestrach, ze środków unijnych w ramach w/w projektu.

Innymi słowy, podjęcie kształcenia na studiach pomostowych finansowanych w całości ze środków własnych, jest równoznaczne z utratą możliwości skorzystania z dofinansowania tego kształcenia, również w kolejnych semestrach, ze środków unijnych w ramach PO KL.

(-) Jolanta Skolimowska

Z-ca Dyrektora

Departamentu Pielęgniarek i Położnych

4 Międzynarodowe Medyczne Dni Kariery

Szanowni Państwo!

Serdecznie zapraszamy już po raz czwarty na Targi Pracy sektora medycznego i farmaceutycznego. Do udziału w tym wysokospecjalistycznym Wydarzeniu zaprosiliśmy wiodących pracodawców sektora medycznego, farmaceutycznego oraz badań klinicznych z kraju i z zagranicy.

W trakcie Medycznych Dni Kariery:

- Setki ofert pracy w Polsce, Niemczech, Wielkiej Brytanii, Irlandii, Danii, Szwecji, Norwegii, Francji, Kanadzie i wielu innych krajach.
- Liczne prezentacje dotyczące różnych możliwości rozwoju kariery zawodowej w kraju i za granicą, programu prezydenckiego w USA, nauki angielskiego medycznego, redagowania medycznego CV i wiele innych.

- Kraków, 8-9 listopad 2008

ul Opolska 14a

Rejestracja on-line na wykłady i seminaria podczas MDK dostępna będzie na stronie internetowej: www.IMCdays.org od dnia 01.09.2008r

Targi otwarte dla zwiedzających w godzinach:

11-18 (Sobota) oraz 10-17 (Niedziela)

Wstęp na wszystkie imprezy jak również na towarzyszącą im część konferencyjną jest bezpłatny



STOWARZYSZENIE OPIEKI HOSPICYJNEJ ZIEMI CZĘSTOCHOWSKIEJ

42-202 Częstochowa, ul Krakowska 45a,
tel./fax 034 360-54-91, 034 360-55-37
e-mail: hospicjum.czestochowa@wp.pl
www.hospicjum-czestochowa.pl

KOMUNIKAT I

Zaproszenie na XIII Jasnogórską Konferencję Zespołów Hospicyjnych i Opieki Paliatywnej pt: „Idea hospicyjna a polskie standardy opieki paliatywnej”, która odbędzie się w dniach 30 stycznia - 1 lutego 2009r w Częstochowie na Jasnej Górze.

Organizatorzy:

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej
Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
i Hospicyjnej

Program ramowy:

Piątek, 30.01.2009r.

10.00 - 11.00 Uroczyste otwarcie XIII Jasnogórskiej
Konferencji Zespołów Hospicyjnych i Opieki
Paliatywnej oraz wykład inauguracyjny
11.00 - 13.00 I Sesja naukowa
13.00 - 14.30 Przerwa obiadowa
14.00 - 15.30 Msza Święta w Kaplicy Cudownego Obrazu na
Jasnej Górze
16.00 - 17.30 Warsztaty
18.00 - 18.30 Kolacja
19.00 - 21.00 Spektakl teatralny

Sobota, 31.01.2009r.

08.30 - 09.00 Śniadanie
09.00 - 11.00 II Sesja naukowa
11.00 - 11.30 Przerwa na kawę
11.30 - 13.00 III Sesja naukowa
13.00 - 14.30 Obiad
14.30 - 16.00 Warsztaty
16.30 - 18.00 IV Sesja naukowa
18.00 - 19.00 Kolacja
19.00 - 20.45 Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
i Hospicyjnej
21.00 Apel Jasnogórski

Niedziela, 1.02.2009r.

08.30 - 09.00 Śniadanie
09.30 - 10.30 Msza Święta w Kaplicy Cudownego Obrazu na
Jasnej Górze
11.00 - 12.30 V Sesja naukowa
12.30 - 13.00 Podsumowanie Konferencji
13.00 - 15.00 zwiedzanie Jasnej Góry dla pozostałych
uczestników
14.00 - 16.00 Obiad

Wpisowe do dnia 31.12.2008r:
100,00 zł - członkowie Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej
200,00 zł - pozostali uczestnicy
wpisowe po dniu 31.12.2008r:
150,00 zł - członkowie PTPOPiH

Konto bankowe:
PeKaO S.A. Oddział Częstochowa,
nr 15124012131111000023794368
Numer KRS 0000056401;
Regon 150873476;
NIP 573-11-78-324

250,00 zł - pozostali uczestnicy

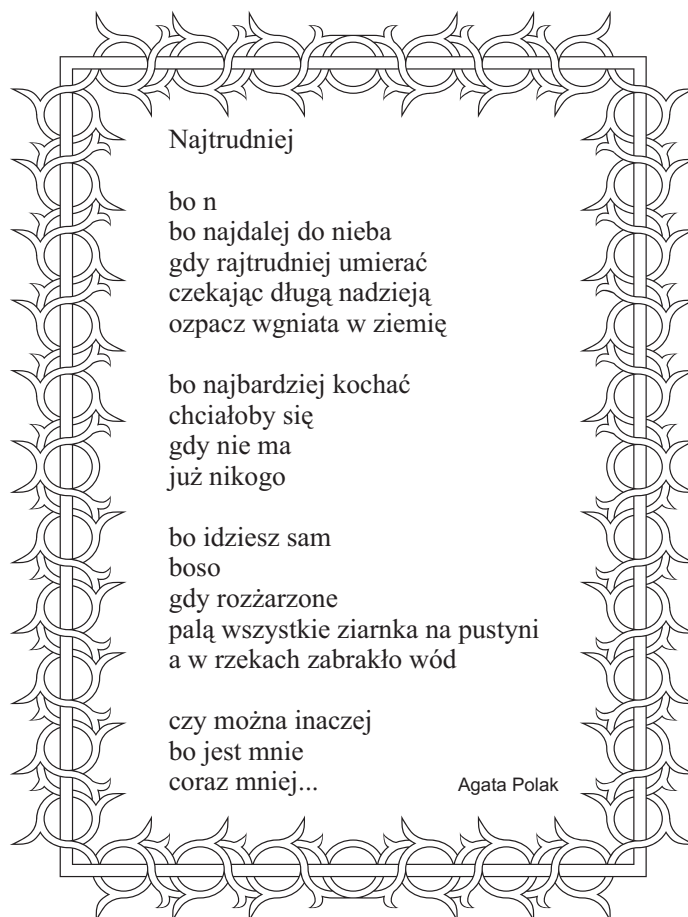
Zgłoszenia przyjmowane są do dnia 23 stycznia 2009 roku na adres:

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej,
ul. Krakowska 45a, 42-202 Częstochowa z dopiskiem
„**Konferencja 2009**”
lub faxem na numer: 034 360 54 91

Osoby zainteresowane czynnym udziałem w konferencji
prosimy o nadesłanie tematu referatu oraz streszczenia
w programie Microsoft Word do 10.12.2008r.

Wszelkich informacji na temat konferencji oraz warunków uczestnictwa udzielają:

Beata Gradoń 0 501 04 66 57 Aneta Długosz 0 504 941 868
tel./fax. 034 360 54 91



Mięśniaki macicy a ciąża

Mięśniaki macicy są najczęściej występującymi zmianami niezłośliwymi narządu rodniczego u kobiet. Występują najczęściej między 35 a 45 rokiem życia. Uważa się, że u kobiety ciężarnej zmiana ta pojawia się częściej w młodszy wiek i często jest większych rozmiarów.

Częstość występowania mięśniaków macicy w przebiegu ciąży według literatury waha się od 0,09% do 20%. Faktyczna częstość występowania może być jednak większa ze względu na to, że małe mięśniaki nie zawsze są rozpoznawane w przebiegu zaawansowanej ciąży.

Rozpoznanie mięśniaków u kobiety w ciąży nie sprawia większych problemów. Oparte jest głównie na badaniach klinicznych oraz ultrasonografu (USG).

W ostatnich latach obserwowany jest wzrost wykrywalności mięśniaków u kobiet w ciąży. Przemawia za tym fakt, że coraz więcej jest kobiet decydujących się na macierzyństwo po 35 roku życia.

Jest to zjawisko pozytywne, głównie z tego powodu, że obecność mięśniaków w ciężarnej macicy jest przyczyną wielu powikłań, które są niebezpieczne zarówno dla kobiety w ciąży, jak i płodu.

Wśród tych powikłań wskazuje się na poronienia i przedwczesne porody, jak również nieprawidłowe ułożenie płodu, nieprawidłową masę urodzeń. Do poważnych powikłań zalicza się skręt macicy, który może być powodem zgonu płodu w łonie matki.

Mięśniaki stanowią wciąż istotny problem w patologii ciąży.

Mięśniaki macicy są najczęściej występującymi nowotworami niezłośliwymi narządu rodniczego. Wywodzą się z włókien mięśni gładkich lub ścian naczyń krwionośnych mięśniówki macicy. Występują u około 20% kobiet po 30 roku życia, ich częstość występowania u kobiet w ciąży wynosi około 0,1 - 5%. Mięśniaki występują głównie u kobiet w wieku rozrodczym, bardzo rzadko rozpoznaje się mięśniaki u dziewcząt przed okresem pokwitania i u kobiet w menopauzie. Guzy te częściej rozpoznaje się u kobiet, które nie rodziły lub, u których występowały niepowodzenia położnicze. Zaburzenia hormonalne z jednej strony predysponują do powstawania mięśniaków, z drugiej do zaburzeń płodności.

Uważa się, że u kobiety ciężarnej występują częściej, są większe i powstają w młodszy wiek. W etiologii mięśniaków macicy podstawową rolę odgrywają estrogeny, ale wpływ na ich powstawanie mają również: wiek, rasa, płodność, masa ciała, doustne środki antykoncepcyjne, palenie papierosów i inne. Mięśniaki trzonu macicy rozwijają się częściej jako guzy mnogie. Zależnie od umiejscowienia dzieli się je na: podśluzówkowe, śródściennne i podsurowiczkowe.

Podstawowym badaniem w diagnostyce mięśniaków zarówno w ciąży jak i poza nią jest badanie ultrasonograficzne, gdyż tylko część tych zmian jest rozpoznawalna badaniem klinicznym. W opisie mięśniaków rozwijających się u kobiety ciężarnej należy określić ich wielkość, położenie w stosunku do poszczególnych części macicy i jej ścian, liczbę oraz umiejscowienie w stosunku do łożyska. Tak opisane badanie pozwala określić grupę ciężarnych szczególnie narażonych na powikłania okresu ciąży i porodu.

W początkowym okresie choroby guzy te nie dają objawów klinicznych, w miarę ich wzrostu mogą wystąpić: obfite i długie krwawienia miesiączkowe, bóle w podbrzuszu, objawy zakażenia. Często pierwszym objawem mięśniaków w ciąży jest ból. Może on wynikać z procesów zwyrodnieniowych w mięśniakach wskutek zmian w ich ukrwieniu lub z powodu infekcji.

Ciąża ze współistniejącymi mięśniakami jest ciążą wysokiego ryzyka, ponieważ związana jest z możliwością licznych powikłań. Powikłania ciąży, porodu i porodu mają związek z położeniem guza w stosunku do tkanki łożyskowej, błony śluzowej oraz poszczególnych części macicy.

Do najczęściej występujących powikłań należą: poronienia, porody przedwczesne, zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, nieprawidłowe położenie płodu, przedwczesne odklejenie się łożyska, zaburzenie akcji skurczowej, nieprawidłowe obkurczanie się macicy w porodu.

Wybór sposobu leczenia mięśniaków macicy uzależniony jest od kilku czynników, między innymi od: wielkości i liczby zmian, wieku ciężarnej (chęci zachowania płodności, posiadania potomstwa), stanu ogólnego chorej (choroby towarzyszące w wywiadzie), nasilenia objawów.

W przypadku małych, bezobjawowych mięśniaków stosuje się kontrolę, co kilka miesięcy. Zabieg operacyjny u młodej kobiety, chcącej w przyszłości urodzić dziecko polega na wyluszczeniu mięśniaków. U kobiet starszych z licznymi guzami i nasilonymi objawami, wykonuje się wycięcie trzonu macicy z przydatkami lub bez.

Leczenie operacyjne macicy w ciąży budzi kontrowersje. Gdy u ciężarnej występują silne dolegliwości bólowe wynikające ze zmian degeneracyjnych lub skręcenia szypuły mięśniaka należy wykonać ich usunięcie. Przeciwnicy usuwania mięśniaków w ciąży uważają, że następstwem mogą być poronienia i porody przedwczesne oraz że zabieg ten powoduje wzrost odsetka cięć cesarskich.

Leczenie zachowawcze tych niezłośliwych zmian w ciąży jest ograniczone, ponieważ znaczna część preparatów zmniejszających objętość mięśniaków jest w tym okresie przeciwwskazana. Wybór sposobu ukończenia ciąży jest uzależniony od liczby, wielkości i lokalizacji zmian. Ostateczną decyzję podejmuje się po badaniu położniczym, USG oraz analizując sytuację kliniczną każdej pacjentki.

Wskazania do wyluszczenia mięśniaków podczas cesarskiego cięcia są pojęciem spornym. Niektórzy autorzy uważają, że mięśniaki należy usunąć by zapobiec dolegliwościom bólowym i konieczności ponownego otwarcia jamy brzusznej w przyszłości. Ci sami twierdzą, że prawidłowo ustalone wskazania, odpowiednie przygotowanie oraz zastosowanie prawidłowej techniki operacyjnej sprawia, że zabieg jest bezpieczny. Inni uważają, że należy je usuwać jedynie w określonych przypadkach. Nie powinno się wykonywać wyluszczenia mięśniaków przy słabo obkurczonej macicy, mięśniakach położonych w pobliżu dużych naczyń krwionośnych, przy trudnych do określenia granicach guza i mnogich zmianach.

Powikłania połogowe wywołane obecnością mięśniaków występują rzadko, jeśli ciąża i poród prowadzone były prawidłowo. W porożu obserwuje się tendencję do zmniejszania się mięśniaków.

Agata Walaszczyk

Program zdrowotny przeznaczony dla kobiet „Rak szyjki macicy” - opracowanie programu zdrowotnego Lewicka Zofia

I. W Polsce rocznie rejestruje się około 4 tysiące zachorowań na raka szyjki macicy, a umiera z tego powodu powyżej 2 tysięcy Polek. Wysoka umieralność utrzymuje się pomimo zmniejszającej się, ale wciąż wysokiej zachorowalności.



Niepokojący jest obecny wzrost zachorowań u kobiet coraz młodszych oraz niekorzystna struktura zachorowań w wysokich stopniach zaawansowania choroby (stopnie II - III B stanowią około 60 % wszystkich zachorowań) i niski odsetek raka przedinwazyjnego, nie powodującego przerzutów (20 %). Ta niekorzystna struktura w stopniach zaawansowania choroby wpływa zdecydowanie na złe wyniki leczenia. Rak szyjki macicy może się objawić w każdym wieku. Im szybciej zostaną podjęte kroki w walce z tą chorobą, tym większe szanse na wygraną.

Z badań wynika, że 2,6% kobiet między 30. a 60. rokiem choruje na raka szyjki macicy spowodowanego infekcją. U młodszych kobiet infekcje stanowią najczęstszą przyczynę zachorowań. Inne przyczyny stanowiące podłoże do rozwoju raka szyjki macicy to zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (wywołującego m.in. kłykciny kończyste) czy rzęsiśka (15-krotnie zwiększa ryzyko).

Zachorowalność wzrasta również z liczbą ciąż z warunkami ekonomicznymi - wyższa w grupach o niższym standardzie życia. Rak szyjki macicy bardzo rzadko występuje w społeczeństwach, w których stosuje się obrożenie, które zmniejsza ryzyko infekcji. Stopień ryzyka zachorowania zwiększa palenie papierosów (jest 16-krotnie większe). Przypuszcza się, że substancje powstające podczas palenia tytoniu wchłaniane z płuc do krwi obniżają odporność organizmu na czynniki rakotwórcze.

II. Cele ogólne i szczegółowe programu:

- 1) Zmniejszenie umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy
- 2) Obniżenie wskaźnika umieralności do poziomu osiągniętego w wysoko rozwiniętych krajach Unii Europejskiej
- 3) Podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka
- 4) Większa wykrywalność nowotworów szyjki macicy w najwcześniejszym stadium
- 5) Zwiększenie odsetka wyleczeń
- 6) Wprowadzenie na terenie całego kraju zasad postępowania diagnostycznego

III. Program był realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia

IV. Program profilaktyczny skierowany był do grupy kobiet najbardziej zagrożonych rakiem szyjki macicy w wieku od 25 do 59 lat, które w ciągu ostatnich trzech lat nie miały wykonywanego badania cytologicznego.

V. Partnerami w realizacji programu byli: wojewódzki szpital zespólny w Częstochowie, Urząd Miasta Częstochowa, telewizja Katowice i radio RMF MAX.

VI. Program był realizowany we wszystkich placówkach szpitalnych posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

VII. W realizacji programu wykorzystane były: najnowocześniejszy sprzęt cytologiczny (np. mikroskop do cytologii), ulotki, pieniądze z NFZ, Urzędu Miasta i przekazane od sponsorów.

VIII. Realizacja programu Panie z określonej grupy wiekowej zgłaszały się same, bez skierowania, do jednej z wymienionych placówek.

Lekarz na podstawie wywiadu (rozmowa dotyczy m.in. występowania nowotworów w rodzinie, przyjmowanych środków antykoncepcyjnych) oceniał czynnik ryzyka wystąpienia nowotworu szyjki macicy i pobierał materiał do badania cytologicznego. Pacjentki osobiście odbierały jego wynik.

Decyzję o dalszym postępowaniu, w zależności od wyniku badania, podejmował lekarz: kierował pacjentkę na badanie

kolposkopowe lub wskazywał konieczność ponownego badania za 3 lata.

Ważne: Uczestnictwo w programie, badania diagnostyczne i konsultacja lekarza były bezpłatne.

IX. Program ten został wysoko oceniony przez pacjentki i przez samych lekarzy. Cele zostały zrealizowane, przebadanych zostało 430 osób. Łącznie wydano na ten cel 143 tys. zł. W przyszłym roku zaplanowano podwoić liczbę przebadanych osób.

X. Duże zainteresowanie ze strony samych adresatek akcji, poparcie instytucji i organizacji prowadzących działania w tym zakresie, bądź żywo zainteresowanych i zaangażowanych w profilaktykę raka szyjki macicy (np. Główny Inspektorat Sanitarny, itp.) sprawiły, iż w roku bieżącym pragniemy przeprowadzić akcję poszerzając zakres działań o profilaktykę raka piersi, oraz zwiększając grono odbiorców.

XI. Wykłady, pokazy, prezentacje, instruktaże samobadania, samokontroli i wreszcie badania cytologiczne - wszystko to mieściło się w ramach projektu. Działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia są domeną przede wszystkim pracowników służby zdrowia. Ich szczególna rola polega na właściwym zmotywowaniu uczestników programu, poradnictwie i wspieraniu w podejmowaniu i we wprowadzeniu zmian pozytywnych dla zdrowia. Informacja o znaczeniu poszczególnych czynników ryzyka chorób, badania profilaktyczne, motywacja i uwzględnienie konkretnych warunków mogą być wykorzystane w przekształcaniu, zminimalizowaniu lub zlikwidowaniu występujących chorób raka szyjki macicy.

Jadwiga Wach - Bukala

Położnictwo niestacjonarne

Argumenty uzasadniające pogląd, że zawód pielęgniarstwa i położnej zawiera elementy pedagogiki.

Według Wincentego Okonia pedagogika to nauka o wychowaniu, której przedmiotem jest działalność wychowawcza, mająca na celu wyposażenie całego społeczeństwa w wiedzę, sprawności ogólne i zawodowe, zainteresowania, systemy wartości, postawy i przekonania.

Już w samym wyjaśnieniu znaczenia słów „pielęgniarka” i „położna” znajdujemy argument na to, że zawody te zawierają w sobie elementy pedagogiki, bowiem oprócz tego, że pielęgniarstwo czy położnictwo sprawują opiekę medyczną nad pacjentem, to także zajmują się szeroko rozumianą edukacją zdrowotną oraz promocją zdrowia.

Potencjalnie każdy człowiek może znaleźć się w roli pacjenta. Choroby cywilizacyjne, życie w większym stresie czy wypadki często sprawiają, że człowiek, dotąd sprawny i w pełni sił, staje w obliczu choroby. A choroba, jak wiadomo, niesie za sobą pewne ograniczenia: inna dieta, odmienny niż dotychczas styl życia, regularne przyjmowanie leków, regularne wizyty u lekarza itp. To właśnie w większej mierze pielęgniarstwo - z racji tego, że ma zdecydowanie częstszy kontakt z pacjentem, niż lekarz - uczy tego zupełnie nowego stylu życia. Uczy np. dawkowania leków, wyjaśnia ich działanie, a także przedstawia skutki nieprzyjmowania bądź przedawkowania. Tłumaczy konieczność nowego stylu życia. U osób po przebytych operacjach pielęgniarstwo sama przeprowadza toaletę rany pooperacyjnej jednocześnie ucząc tego samego pacjenta.

Także zawód położnej zawiera w sobie elementy pedagogiki. Kiedy kobieta rodzi, a szczególnie wtedy, kiedy dzieje się to pierwszy raz, to właśnie nikt inny, tylko położna wchodzi w rolę wychowawcy - nauczyciela. Tłumaczy kobiecie, co się teraz z nią dzieje, a także mówi, co rodząca ma w danej chwili robić (np. kiedy ma przeć a kiedy przestać). Wyjaśnia wszystkie konieczne czynności, które trzeba zrobić w czasie porodu oraz objaśnia ich sens (np. nacięcie krocza, wykonanie enemy czy założenie wenflonu). Po porodzie uczy opieki nad noworodkiem (kąpania, przewijania, karmienia itp.). Uczy także tego, co będzie się działo z ciałem kobiety w czasie porodu. Bez wątpienia kobiecie łatwiej jest przejść przez poród i połóg przy wsparciu i pedagogicznej pomocy położnej, szczególnie wtedy, kiedy kobieta rodzi po raz pierwszy, a więc jest to dla niej zupełnie nowa sytuacja.

Położna pomaga kobiecie nie tylko w okresie porodu czy porodu. Pomaga także kobietom po przebytych zabiegach czy operacjach ginekologicznych, dla których sytuacja, w której się znalazły, jest sytuacją nową.

Pielęgniarka i położna wprowadzają pacjentów w nowy dla nich stan rzeczy. Aby zrobić to skutecznie muszą przekazywać informacje stosownie do stanu zdrowia czy wieku pacjentów. Położna inaczej będzie postępowała z kobietą, która rodzi któryś raz z kolei, a inaczej z kobietą rodzącą po raz pierwszy, inaczej z nastolatką, inaczej z kobietą pełnoletnią. Pielęgniarka inaczej rozmawiać będzie z osobą młodą, a inaczej z osobą w podeszłym wieku. To także argument na to, że zawód pielęgniarki i położnej zawiera w sobie elementy pedagogiki - odpowiednie dobranie środków (odpowiedni język) do osiągnięcia celu (zrozumienie swojej sytuacji przez pacjenta oraz nauczanie się nowego stylu życia).

Renata Leśko
poł. niestacjonarne

PATOLOGIA 2

Zagrożenia związane z wiekiem.

Są znane przypadki pojawienia się cech starości, w tym nasilonej miażdżycy, już w 5-6 rż. (progeria), ale u niejednego 90- latka miażdżycza jest minimalna.

Według statystyki:

a) choroby naczyń i serca oraz ich następstwa są naj częstszą przyczyną śmierci (wśród 90-latków umiera 85% mężczyzn i 70% kobiet),

b) ciśnienie tętnicze stopniowo podnosi się,

c) konsekwencją zmian z punktu a i b są także udary mózgu. Sprzyjające zakrzepicy migotanie przedsionków zwiększa zagrożenie za pośrednictwem zatorów skrzepelinowych,

d) szczyt śmiertelności z powodu nowotworów złośliwych przypada na 7. dekadę życia, a w 10. dekadzie umiera na nowotwory już tylko 10% osób.

Nie zabijają, ale uprzykrzają życie następujące stany.

e) cechy osteoporozy i zwyrodnienia stawów (osteoarthritis) pojawiające się i nasilające od 6. dekady życia; człowiek ma mniejszą chęć do ruchu z powodu bólów, grozi mu unieruchomienie z jego konsekwencjami, jest bardziej narażony na upadki i złamania niż ludzie młodzi,

f) utrata pamięci, często bez innych elementów otępienia, niedosłyszenie i niedowidzenie (zaćma), większa wrażliwość na niską temperaturę, narastająca częstość otępienia starczego, majaczenia i przywidzenia,

h) częstsze oddawanie moczu wskutek rozrostu gruczołu krokowego, nie trzymanie moczu (u obu płci), maleje

odporność, zwiększa się skłonność do zakażeń,
j) wzrasta wrażliwość na zmiany pogody.

PRAWIDŁOWY PRZEPŁYW KRWI

I SAMOISTNE ZATRZYMYWANIE KRWAWIENIA

W warunkach prawidłowych krew jest płynna, dopóki się znajduje w łożysku układu krwionośnego. Wynika to z właściwej proporcji i aktywności czynników sprzyjających i przeciwdziałających jej krzepnięciu.

Są nimi:

a. Prawidłowy przepływ krwi przez serce i naczynia.

Krew płynąca środkiem światła naczynia niesie krwinki czerwone, białe i płytkowe. Natomiast warstwę obwodową stanowi samo osocze. Krwinki nie mają więc kontaktu ze śródbłonkiem.

b. Prawidłowa czynność komórek śródbłonka.

c. Prawidłowa aktywność osoczowych inhibitorów krzepnięcia, hp. antytrombiny III i białek C i S.

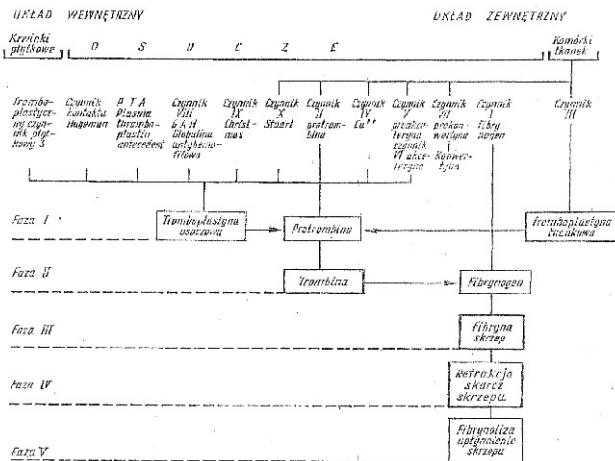
d. Prawidłowa fibrynoliza dzięki plazminie, enzymowi proteolitycznemu, trawiącemu włóknik; powstają wtedy produkty rozpadu włóknika, hamujące agregację płytek.

Samoistne zatrzymywanie krwawienia. ,

Samoistna, fizjologiczna hemostaza jest możliwa jedynie po uszkodzeniu tętniczki, drobnej żyły albo naczyń włosowatych. Samoistne tamowanie krwawienia z takich naczyń jest zapoczątkowane przez przywieranie płytek krwi do odsłoniętych włókien kolagenu uszkodzonej ściany naczynia. Jednocześnie komórki śródbłonka uwalniają tromboksan A2 sprzyjający agregacji płytek, czyli przytwierdzeniu się ich jedna do drugiej. Częsteczki fibrynogenu łączą poszczególne płytki. W ten sposób powstaje czop płytkowy, wypełniający ubytek w ścianie naczynia. Pod wpływem bodźców nerwowych oraz serotoniny i tromboksanu A2 przecięta tętniczka kurczy się, a jej brzegi zawijają się do środka (zwężenie), co zmniejsza przepływ krwi przez naczynie i jej utratę. W żyłach zjawisko to nie występuje.

Do trwałego zatrzymania krwawienia, zwłaszcza z nieco większych naczyń krwionośnych, jest jednak niezbędna tzw. hemostaza wtórna, to jest aktywacja białek osoczowego układu krzepnięcia. Dochodzi do niej na dwóch drogach: wewnątrzpochodnej (zaktywowanej wskutek kontaktu czynnika XII z kolagenem) i zewnątrzpochodnej (uruchomionej w wyniku zetknięcia się czynnika VII z czynnikiem tkankowym). Krew, wypływająca ze zranionego naczynia, wchodzi w kontakt z tkankami, co pozwala na równoczesne uruchomienie obu dróg aktywacji krzepnięcia. Protrombina przekształca się w trombinę. Trombina rozszczepia fibrynogen na monomery fibryny. Te z kolei łączą się i tworzą polimer fibryny, nierozpuszczalne ciało stałe (strup). Dzięki uczynnieniu przez trombinę czynnikowi XIII powstają wiązania poprzeczne między nitkami włóknika, co nadaje skrzepowi trwałość.

Samoistne hamowanie krwawienia jest trudniejsze, gdy tkanki otaczające naczynie są wiotkie, np. w błonie śluzowej jamy nosowej, przewodu pokarmowego lub pęcherza moczowego. Skaleczenie dużej tętnicy albo żyły, a w szczególnych przypadkach - serca, wymaga zabiegu chirurgicznego (hemostaza sztuczna).



Ryc. 88. Schemat krzepnięcia krwi.

ZAKRZEPICA Krew może przybrać postać ciała stałego po śmierci i za życia. Po śmierci krzepnie ona w świetle jam serca i dużych naczyń (skrzep, cruor). W razie śmierci nagłej krew pozostaje płynna. Za życia krew przybiera postać ciała stałego w 2 okolicznościach:

- po jej wylaniu się poza uszkodzone naczynie. Jest to zjawisko fizjologiczne, hamujące krwawienie. Złóg składający się z włókniaka i krwinek nazywa się skrzepem, pospolicie - strupem.
- w świetle naczyń lub serca w postaci zakrzepu, czyli skrzepimy. Zakrzep powstaje tylko w warunkach patologicznych, a samo zjawisko, zakrzepica, zawsze zagraża poważnymi konsekwencjami. W wytwarzaniu zakrzepu biorą udział mechanizm krzepnięcia oraz, osadzanie się i zlepianie płytek

Przyczyny zakrzepicy.

- 1/zaburzenia przepływu krwi
 - 2/ zmiany w warstwie powierzchniowej ściany naczyń i serca - ,
 - 3/ nieprawidłowości składu krwi- nadpłytkowość, czerwienica, nadmierne stężenie fibrynogenu, niedobór antytrombiny 3
- aktywacja osoczkowego mechanizmu krzepnięcia.

Losy zakrzepu. ,

Zakrzep może powiększać się, zmniejszać, rozpuszczać, ulegać organizacji, wapnieć. Następstwem zakrzepicy może być niedokrwienie, przekrwienie, zatory.

Krwotok jest wypływaniem krwi z układu krążenia wskutek przerwania ciągłości ściany naczyń lub serca albo zmniejszenia się jej szczelności bez widocznego uszkodzenia.

Zależnie od źródła krwawienia wyróżnia się krwotoki sercowe, tętnicze, żyłne i z naczyń włosowatych (miąższowe). Przyczyny- uraz, choroby naczyń lub toczące się w otoczeniu naczyń, skazy krwotoczne.

Skaza krwotoczna jest stanem niezdolności do samoistnego zatrzymania krwawienia albo skłonnością do samoistnego krwawienia.

a. Skazy płytkowe Skazy te są przejawem upośledzenia hemostazy pierwotnej, niewytwarzania się czopu hemostazy. Dzieje się tak wskutek zmniejszenia się liczby płytek albo ich niewydolności w warunkach prawidłowej lub nawet zwiększonej liczby płytek. Czas krwawienia jest przedłużony, czas krzepnięcia prawidłowy. W skórze i błonach śluzowych pojawiają się samoistne punkcikowate wybroczyny albo rozległe wylewy.

Chory długo krwawi po drobnych urazach, ma skłonność do krwawienia z nosa i przewodu pokarmowego, u kobiet miesiączkowanie jest obfite i długotrwałe.

b. Skazy osoczkowe W skazach tych czas krwawienia jest prawidłowy, a czas krzepnięcia - wydłużony. Jest to pozornie sprzeczne z obserwacją, że po urazie krwawienie trwa bardzo długo. Wydaje się, że do zamknięcia minimalnego uszkodzenia w próbie laboratoryjnej wystarczy jedynie czop hemo- statyczny, ale do zatamowania krwawienia po większym urazie jest konieczna hemostaza wtórna, a tej właśnie nie ma. Skazy osoczkowe i mogą być uwarunkowane genetycznie lub nabyte.

Uogólnione krzepnięcie wewnątrznacyniowe (ang. disseminated intravascular coagulation, DIC).

W jego toku pojawiają się liczne zakrzepy w drobnych naczyniach wielu narządów, widoczne tylko mikroskopowo. Zakrzepy te składają się z płytek i włókniaka. We krwi krążącej małe zatem liczba płytek, zawartość fibrynogenu i innych osoczkowych czynników krzepnięcia, co ujawnia się skazą krwotoczną (koagulopatia ze zużycia).

Jest to powikłanie:

- zakażeń, zwłaszcza *E. coli* i meningokokiem,
- nieprawidłowości położniczych (zator płynem owodniowym, przedwczesne odklejenie się łożyska, gestoza, zatrzymanie martwego płodu),
- rozległych urazów (w tym rozległych operacji) i oparzeń,
- nowotworów (raki: trzustki, żółądka, płuca, prostaty, sutka, szyjki macicy, okrężnicy; ostra białaczka zwłaszcza promielocytowa),
- ostrej niewydolności wątroby (martwica).

W tych przypadkach krzepnięcie jest następstwem aktywacji zewnątrzpo pochodnego mechanizmu krzepnięcia.

Zespołowi temu sprzyjają: stan wstrząsu, ciąża, naświetlanie promieniami jonizującymi i kortykoterapia. Oprócz skazy krwotocznej w zespole tym rzadko pojawia się martwica kory nerek, martwica krwotoczna kory nadnerczy.

Uogólnione krzepnięcie wewnątrznacyniowe może mieć różne nasilenie. Jest ono najbardziej dramatyczne w przypadkach operacji albo porodu, kiedy niespodziewanie następuje obfite krwawienie z pola operacyjnego lub macicy. Skazą krwotoczną może się też wikać leczenie heparyną.

c. Skazy nacyniowe

Są one wyrazem zwiększenia przepuszczalności ściany drobnych naczyń. Można je ujawnić stwierdzeniem dodatniego objawu opaskowego. Korzystają z aparatu do mierzenia ciśnienia krwi w mankiecie utrzymuje się przez 7 minut ciśnienie wyższe od rozkurczowego, ale niższe od skurczowego. W wyniku skazy krwotocznej pojawiają się wybroczyny na skórze przedramienia.

Skazy nacyniowe mogą być uwarunkowane genetycznie lub nabyte.

Podział krwotoków.

Krwotoki dzieli się na zewnętrzne i wewnętrzne.

Krwotoki zewnętrzne (krew jest widoczna na zewnątrz ciała) to krwotoki:

- bezpośrednie (np. po uszkodzeniu naczyń skóry),
- pośrednie, tzn. takie, kiedy miejsce krwawienia znajduje się w narządach kontaktujących się ze światem zewnętrznym jarną ustną, nosową, układ oddechowy, pokarmowy, moczowy, rodny).

Następstwa krwotoków mogą być miejscowe lub ogólnoustrojowe.



Niedokrwienie - jest stanem zmniejszonego dopływu krwi tętniczej do pewnego obszaru ciała. Przyczyny niedokrwienia mogą być czynnościowe lub organiczne.

Zatorowość

Polega na zatykaniu naczyń czopem (embolus), niesionym przez krew z odcinka szerszego do węższego, przez który nie może się przemieszczać.

Czopem może być ciało stałe, płynne lub półpłynne i gazowe.

Przekrwienie

Oznacza zwiększenie się ilości krwi w łożysku naczyniowym. Dzieli się je na tętnicze (czynne) i żyłne (bierno).

Zawał

Jest ogniskiem martwicy która powstaje w następstwie niedostatecznego dopływu krwi tętniczej w warunkach braku skutecznego krążenia obocznego, lub nagłego przerwania odpływu krwi żyłnej jednocześnie z niewystarczającym napływem krwi tętniczej.

Makroskopowo dzieli się zawały na białe (niedokrwienne) i czerwone (krwotoczne).

LIMFOTOK

Gromadzenie się chłonki w jamach opłucnej jest stanem, w którym chłonka wycieka z przewodu piersiowego do jednej z nich, częściej lewej.

Przyczyną wycieku jest zamknięcie przewodu przez naciek nowotworowy lub jego ujścia przez zakrzep w żyłę pod- obojczykowej albo przez powikłania urazu.

W jamie brzusznej chłonka zbiera się, kiedy jej odpływ jest utrudniony wskutek skrętu krezki albo blokady naczyń i węzłów przez nowotwór. Jest też powikłaniem pierwotnej enteropatii wysiękowej.

Limfotoki zdarzają się niezwykle rzadko.

Ocena sytuacji zdrowotnej i społecznej pacjentów po endoprotezie stawu biodrowego.

Kończyny dolne dźwigają masę naszego ciała i umożliwiają człowiekowi samodzielne poruszanie się dzięki silnemu układowi kostno-mięśniowemu

Zmiany patologiczne i schorzenia kończyn dolnych upośledzają sprawność i wydolność chodu, a nawet mogą doprowadzić do całkowitego uniemożliwienia chodzenia

Celem usprawnienia kończyn dolnych będzie, więc przywrócenie zdolności chodzenia w sensie możliwości obciążenia kończyn i posługiwania się nimi przy przenoszeniu się z miejsca na miejsce.

Znając zalety i wady obecnie stosowanych endoprotez istnieje zgodność opinii, że generalnie są one przewidziane dla chorych powyżej 40 roku życia. Istnieją jednak przypadki takie jak: obustronne, wczesne zwyrodnienie stawów biodrowych lub zaawansowane wielostawowe zmiany w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów młodych ludzi młodych, dla których nie ma rozwiązań alternatywnych. Nie wdając się w szczegółowe rozwiązania, głównymi wskazaniami do wykonania artroplastyki są: ból, sztywność i deformacja w wyniku, czego dochodzi do znacznego lub dużego ograniczenia funkcji stawów.

Udoskonalenie protez trwa nieprzerwanie. Najlepsze materiały obecnie to: polietylen, filomer, ceramika

cyrkonianowa, cementy fosforanowe z włóknami węglowymi, tytan, wchodzi materiały kompozytowe biozgodne i bardziej wytrzymałe.

Z analizy literatury, z własnych obserwacji, z wyników przeprowadzonej ankiety endoprotezy zakłada się w większości przypadków u ludzi starszych. Takie leczenie nie wymaga następowego unieruchomienia, pozwala na wczesną mobilizację chorego, co jest bardzo istotne dla utrzymania i rozwinięcia sprawności fizycznej osób starszych.

Leczenie operacyjne poprawiło niewątpliwie szansę wielu chorych. Przywrócenie pacjentowi funkcji sprawności, którą utracił nie jest wyłącznie zasługą przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, ale również prawidłowo prowadzonej rehabilitacji z jego własnym udziałem i całego zespołu rehabilitacyjnego.

Wynikiem działań ortopedii i rehabilitacji narządów ruchu jest przywrócenie lub utrzymanie jak największego stopnia sprawności ruchowo - statycznej, osiągnięcie życiowej samodzielności. Zabieg operacyjny endoprotezy stawu biodrowego zmniejsza uciążliwość leczenia i poprawia jego wynik, powinien być jednak uzupełniony prawidłowo prowadzoną rehabilitacją. Nie wystarczy zalecić, pokazać sposobu wykonywania ćwiczeń, trzeba je wielokrotnie powtarzać, kontrolować, poprawiać. Szczególnie trzeba dbać o osoby starsze i bardziej niesprawne, a właśnie ta grupa chorych stanowi największą liczbę pacjentów po endoprotezie stawu biodrowego.

W przyszłości może będzie tak, że każdy pacjent po opuszczeniu oddziału ortopedycznego po endoprotezie stawu biodrowego będzie miał możliwość usprawniania w oddziale rehabilitacji.

Badania przeprowadzono w oddziale rehabilitacji i ortopedii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie w dwudziestoosobowej grupie pacjentów, po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. W badaniach zastosowano anonimową ankietę.

Reasumując wyniki badań, najważniejszą formą powrotu do pełnej sprawności fizycznej jest odpowiednio wczesna i profesjonalnie podjęta rehabilitacja, najpierw na oddziale ortopedii przez fizjoterapeutę, a następnie na oddziale rehabilitacji, gdzie oprócz zabiegów pod kontrolą fizjoterapeutów czynny udział bierze personel pielęgniarski - sprawujący opiekę nad pacjentem przez całą dobę.

„Możliwość wykonania zabiegu nie jest wskazaniem do jego wykonania”-Salter. To pacjent musi świadomie wybrać zabieg i zgodzić się na jego wykonanie.

WNIOSKI

1. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego uwalnia pacjentów od bólu, zwiększa wydolność chodu, jest skutecznym sposobem leczenia.
2. Najczęściej zabiegowi endoprotezoplastyki poddawane są kobiety po 60 roku życia.
3. Większość pacjentów jest rehabilitowana w warunkach domowych, jednak miejsce zamieszkania nie jest przystosowane do możliwości pacjentów z endoprotezą stawu biodrowego.
4. Brak działań profilaktycznych w kierunku zapobiegania zmianom chorobowym w narządach ruchu.
5. Zmiany chorobowe w stawach biodrowych powodują duże dolegliwości bólowe, dlatego pacjenci przed i po zabiegu stosują leki przeciwbólowe.
6. Większość pacjentów uzyskała dostateczną ilość informacji dotyczących form opieki po wyjściu ze szpitala.



7. Należy poprawić dostępność sprzętu pomocniczego po zabiegu endoprotezy stawu biodrowego.
8. Współudział pielęgniarki w rehabilitacji medycznej jest znaczący.
9. W opinii pacjentów opieka pielęgniarska przed i pooperacyjna była dobra.

Elżbieta Całus-Kiebdój

CO TO JEST SCHIZOFRENIA?

Irena Cieślak

Schizofrenia jest schorzeniem zaburzającym czynność mózgu, polegająca na nieprawidłowym przekazywaniu i przetworzeniu informacji. Zaburzenia dotyczą:

- integracji informacji i wrażeń zmysłowych,
- emocji, koncentracji,
- procesów, myślowych.

W schizofrenii zdolności intelektualne zwykle nie są zaburzone. Podstawowe objawy w schizofrenii:

- autyzm,
- zmiany w sferze uczuć,
- rozszczepienie osobowości.

Autyzm

Jest to objaw psychopatologiczny, polegający na znacznej przewadze zainteresowania się chorego swoimi przeżyciami wewnętrznymi i postępującej utracie kontaktu ze światem zewnętrznym (dereizm). Chory żyje swoimi pragnieniami, lękami, swoją wyobraźnią, nie dzieli się z otoczeniem swoimi przeżyciami, przez co staje się niezrozumiały dla otoczenia.

Postawa wyizolowania sprawia, że otoczenie odnosi się krytycznie i czasem z dezaprobatą, a taka postawa rani godność chorego i w konsekwencji doprowadza do jeszcze większej izolacji i zaniknięcia się w sobie.

Autyzm jest więc zaburzeniem komunikacji międzyludzkiej.

Zmiany w sferze uczuć

Są dalszą konsekwencją autyzmu i polegają na obniżeniu uczuciowości wyższej i jej zubożeniu. Następuje utrata związków uczuciowych z innymi ludźmi, występuje pustka emocjonalna, kontakt z chorym staje się powierzchowny, niezrozumiały. Wyrażone myśli są nieadekwatne do mimiki, od chorego wieje chłód uczuciowy, obojętność. Uczucia przeżywane przez chorego nie mają odzwierciedlenia na zewnątrz, cechuje je pewna sztuczność, nieszczerłość.

Przy próbie dotarcia do przeżyć chorego, reaguje on oporem lub gniewną drażliwością.

Rozszczepienie osobowości

Objawy rozszczepienia; dotyczą wszystkich aspektów osobowości. Następuje rozszczepienie między czynnościami myślowymi, a uczuciowymi, zaznacza się to w braku adekwatnych reakcji mimicznych i nieprawidłowej modulacji głosu np. chory mówiąc o przykrych przeżyciach ma wesoły wyraz, twarz.

Rozszczepienie może spowodować zaburzenia toku i treści myślenia, wyraża się to rozkojarzeniem myśli i trudnościami w konstruowaniu logicznych zdań, dobieraniu odpowiednich słów dla wyrażenia aktualnych przeżyć. Chorzy tworzą neologizmy, to są nowe słowa, utworzone z kilku innych słów, które są niezrozumiałe dla otoczenia,

Objawy osiowe w schizofrenii w ostrej fazie choroby mogą być różnie nasilane.

2.1. ETIOLOGIA SCHIZOFRENII

Przyczyny schizofrenii tak do końca są niezbadane, ale w ogólnie dostępnych źródłach podawane są jako:

- czynnik genetyczny (tabela nr 1)
- udział czynników genetycznych potwierdzają również badania adopcyjne, dzieci adoptowane krótko po urodzeniu przez rodziny z brakiem choroby, wykazywały zwiększone ryzyko zachorowania na schizofrenię,
- urazy okołoporodowe, które mogą prowadzić do hipoksji w następstwie uszkodzenia szczególnie wrażliwych struktur: hipokampa, kory mózgu, jąder podstawy, których dysfunkcja wydaje się odgrywać istotną rolę w patogenezie schizofrenii,
- neuroinfekcja wirusowa wieku niemowlęcego lub wczesnego dzieciństwa,
- większe prawdopodobieństwo zachorowania osób urodzonych w zimie lub wczesną wiosną, co ma związek z infekcjami wirusowymi w tym czasie,
- zachorowanie na gripę w II trymestrze ciąży (prenatalna ekspozycja wirusem grypy), a późniejszą zapadalnością na schizofrenię,
- czynniki psychospołeczne, stresy - przewlekły stres (distres) wyzwała wystąpienie pierwszego epizodu choroby i kolejnych nawrotów.

Tabela1. Czynniki genetyczny

| Rodzaj pokrewieństwa | Ryzyko zachorowania (%) |
|--------------------------------------|-------------------------|
| Ogólna populacja | 1% |
| Bliźnięta jednojajowe | 48% |
| Bliźnięta dwujajowe | 17% |
| Dzieci, gdy oboje rodziców choruje | 46% |
| Dzieci, gdy jedno z rodziców choruje | 17% |
| Siostrzeńcy/bratankowie | 4% |
| Rodzeństwo, jedno z rodziców choruje | 17% |
| Wnukowie | 5% |
| Bracia i siostry przyrodnie | 6% |

2.2. EPIDEMIOLOGIA

Ryzyko zachorowania na schizofrenię wynosi około 0.85%, w równym stopniu dotyczy mężczyzn i kobiet. Początek choroby najczęściej występuje pomiędzy okresem dojrzewania 18 a 35 rokiem życia. U mężczyzn wcześniej między 15-25 rokiem życia niż u kobiet 25-35 rokiem życia.

2.3. SCHIZOFRENIA, A INNE CHOROBY

Chorzy mają większą podatność na choroby układu krążenia i iniekcje, natomiast mniejszą na reumatoidalne zapalenie stawów i chorobę nowotworową.

2.4. WPŁYW ALKOHOLI- I SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA PROCES LECZENIA

Coraz częściej u chorych z rozpoznaniem schizofrenii współistnieje uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Leczenie tych chorych w pierwszej fazie polega na usunięciu objawów pozytywnych, a dopiero później leczy się uzależnienie. W tej grupie chorych rokowania dotyczące wyleczenia są zdecydowanie gorsze.

PROBLEM BÓLU W OPIECE NAD PACJENTEM ONKOLOGICZNYM

PRZYGOTOWAŁA: MONIKA JASIŃSKA

Najprostsza definicja bólu ustalona przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu mówi, że jest to przykre czuciowe i emocjonalne doznanie, występujące pod wpływem bodźców uszkodzających tkanki lub zagrażających ich uszkodzeniem. Ból jest doznaniem subiektywnym. Na siłę jego odczuwania mają wpływ zarówno doświadczenia z przeszłości, jak i aktualny stan fizyczny, psychiczny oraz wrodzona odporność danej osoby.

Przewlekły ból, w tym nowotworowy, zatracił swoją fizjologiczną funkcję ostrzegawczą. Jego długotrwały charakter prowadzi do postępującego upośledzenia wydolności fizycznej, zaburzeń w pełnieniu funkcji społecznych i zawodowych oraz poważnych zaburzeń psychologicznych, takich jak lęk, depresja, bezsenność.

Chorzy mają prawo do leczenia przeciwbólowego, które wobec konsekwencji przewlekłego bólu, staje się obowiązkiem każdego lekarza stykającego się z chorym na nowotwór. Na całym świecie zwraca się uwagę na dane potwierdzające niewystarczające opanowanie bólu u chorych.

Szacuje się, że lekarze pierwszego kontaktu oraz onkolodzy kliniczni mogą samodzielnie opanować ból u ok. 80 proc. chorych cierpiących na przewlekły ból nowotworowy i tylko pozostali wymagają leczenia w wyspecjalizowanych ośrodkach leczenia bólu.

Jedną z przyczyn niewłaściwej kontroli bólu są mity, dotyczące leczenia środkami opioidowymi (uzależnienie, skrajne nasilone objawy uboczne, zbyt wczesne wyczerpanie skuteczności leków), dlatego onkolog musi umiejętnie korygować te opinie i negatywne nastawienie chorych do opioidów. Lekarz musi także poznać etiopatogenezę bólu u swojego chorego, gdyż jest to kluczowa informacja dla doboru leków przeciwbólowych.

Ocenia się także, że brak właściwych relacji z pacjentem stanowi często źródło niepowodzeń w leczeniu bólu. Obserwacja chorego i przebiegu choroby nowotworowej pozwala stwierdzić dynamiczny charakter bólu oraz zmieniające się zapotrzebowanie chorego na środki przeciwbólowe. Pojawienie się nowoczesnych form leków (doustne postacie typu retard, system TTS) pozwala na proste i wygodne leczenie.

Właściwa edukacja lekarzy onkologów i możliwość korzystania z nowoczesnych leków może pozwolić na kontrolę bólu nowotworowego u blisko 80%. Ból nowotworowy jest zjawiskiem, które znacznie różni się od bólu towarzyszącego innym jednostkom chorobowym. Dzieje się tak z powodu specyfiki choroby nowotworowej, która między innymi polega na tym, że zaburza wszystkie sfery życia chorego. Tak więc sam ból jako taki jest tylko jednym z wielu czynników powodujących lub nasilających cierpienie chorego na nowotwór.

Pozostałymi czynnikami są

- objawy fizyczne, takie jak skutki uboczne leczenia (uporczywe nudności i wymioty, osłabienie, biegunka itp.) lub współistniejące schorzenia nie nowotworowe (np. dusznica bolesna, astma czy gościec)
- problemy psychologiczne (niekorzystna zmiana wyglądu, okaleczenie, depresja, złość, rozdrażnienie, tendencje samobójcze)
- czynniki społeczne (utrata pracy i zarobków, co powoduje pogorszenie warunków życia, utrata pozycji społecznej, odsunięcie od przyjaciół oraz ograniczenie, a w niektórych

przypadkach zanik życia towarzyskiego i kulturalnego, biurokratyczne traktowanie chorego i zły kontakt z lekarzami, samotność)

- rozterki duchowe (lęk przed: bólem, śmiercią karą za grzechy, byciem ciężarem; obawa o rodzinę, poczucie winy, niepewność jutra itp.).

Według teorii Cecily Saunders, założycielki ruchu hospicyjnego w Wielkiej Brytanii, suma oddziaływań bólu i pozostałych wymienionych czynników składa się na doznanie chorego, które nazywamy bólem lub cierpieniem totalnym (inaczej wszechogarniającym). Cierpienie to zawsze dotyczy wszystkich części składowych osobowości człowieka: ciała, psychiki i duszy. Wszystkie elementy bólu totalnego wzajemnie na siebie oddziałują

Ból uważany jest za jedno z najbardziej przykrych i nieprzyjemnych doznań zmysłowych zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Spośród wszystkich zespołów bólowych.

Spośród wszystkich zespołów, tak ostrych, jak i przewlekłych, ból w chorobie nowotworowej jest problemem najważniejszym, mimo że dotyczy on tylko 3% wszystkich chorych odczuwających ból. Wynika to ze specyficzności choroby, towarzyszących emocji, takich jak lęk, depresja, gniew.

Trwający długo ból przejmuje całkowitą kontrolę nad umysłem, doprowadzając do przygnębienia, niepokoju, wyczerpania fizycznego wynikającego choćby z braku snu.

Warto zwrócić uwagę, że problem bólu nowotworowego włączana jest również rodzina chorego. Szacuje się, że bardzo duża liczba chorych spędza ostatnie tygodnie, miesiące, a nawet lata w olbrzymim dyskomforcie, bólach i cierpieniu.

Na uwagę zasługuje fakt, że wbrew powszechnym opiniom ból występuje już we wczesnych stadiach choroby nowotworowej. W chwili rozpoznania odczuwa go 40 - 50% chorych na nowotwory piersi, gruczołu krokowego, okrężnicy, odbytnicy, jajnika i 20% - z nowotworami macicy i szyjki macicy.

Chory podczas wizyty u onkologa zwykle nie zgłasza dolegliwości bólowych. Dopiero poradnia przeciwbólowa jest miejscem, gdzie chory opowiada o nie leczonych cierpieniach w trakcie terapii choroby nowotworowej. Wiedząc, że ból występuje u co najmniej 51% chorych pytanie o jego występowanie, natężenie i charakterystykę powinno być rutynowo zadawane przez onkologa podczas każdej wizyty. Pozwoli to na określenie zespołu bólowego, procesu patofizjologicznego, patofizjologicznego przez to i planowanie postępowania przeciwbólowego.

Natężenie bólu

Natężenie bólu jest podstawą dalszych decyzji leczniczych. Pokazuje, jak szybko trzeba działać, jak silny powinien być lek, jaką drogą podany oraz z jaką szybkością miareczkowany

Powszechnie stosowaną skalą oceny natężenia bólu jest skala wzrokowo-analogowa (VAS).

Posługiwanie się skalą VAS ma jeszcze dodatkowe, psychologiczne znaczenie. Nadanie bólowi wartości liczbowych czyni ból „widocznym” dla pielęgniarki i lekarza. Nie bez znaczenia jest też fakt, że na podstawie wyników VAS można ocenić jakość leczenia przeciwbólowego.

Lokalizacja bólu

Pełne badanie kliniczne, a w szczególności badanie neurologiczne, powinno być dokładne i przeprowadzone według ogólnych zasad. Wnioski z przeprowadzonego badania oraz analizy wykonanych badań pomocniczych uzupełniają



zebrany uprzednio wywiad służyć potwierdzeniu i uzupełnieniu postawionego wcześniej rozpoznania.

Rodzaje bólu

Bóle nowotworowe mogą mieć charakter ostry, przewlekły i przebiegający.

Bóle ostre to bóle szybko narastające, przeważnie o dużym natężeniu, dla których możliwe jest określenie momentu rozpoczęcia i ustąpienia. Zwykle nie trwają one dłużej niż pół roku. Następnie znikają bądź przekształcają się w bóle przewlekłe. Często towarzyszą im objawy vegetatywne, takie jak na przykład nudności czy nadmierna potliwość.

Przez pojęcie **bólu przewlekłego** rozumiemy ból trwający od dłuższego czasu (najczęściej ponad 6 miesięcy) lub towarzyszący chorobom przewlekłym. Nie zawsze udaje się określić jego przyczynę. Doprowadza on do zmian osobowości i stylu życia chorego.

Ból przemijający to ból ostry, napadowy i przemijający. Nakłada się on na dotychczas istniejące, stałe dolegliwości lub pojawia podczas skutecznej terapii przeciwbólowej. Jest znacznie silniejszy od bólu podstawowego. Jego zasadnicze cechy to charakter napadowy (od kilku do kilkunastu epizodów dziennie), krótki czas trwania (ok. 30 min) i duże natężenie. Najczęściej wywołany jest przez ruchy ciała, kaszel, połykanie czy defekację. Występowanie bólów tego typu znacznie ogranicza aktywność życiową chorego oraz świadczy o tym, że stosowana terapia przeciwbólowa

Leczenie bólu nowotworowego

Obecnie standardem leczenia bólu nowotworowego jest podawanie leków przeciwbólowych wg tzw. trójstopniowej drabiny **analgetycznej** opracowanej przez **WHO**

Ponadto w każdym stadium choroby nowotworowej znajdują zastosowanie tzw. leki wspomagające. Odpowiednio dobrane leczenie pozwala na opanowanie bólu u około 90% chorych, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:

- stosowanie leków silniejszych, gdy słabsze przestają działać,
- zapewnienie utrzymania stężenia terapeutycznego leku we krwi przez jego regularne podawanie,
- stosowanie dodatkowych dawek, jeśli zachodzi taka potrzeba (np. przy pojawieniu się bólów przeszywających),
- kojarzenie leków przeciwbólowych z lekami uzupełniającymi, zapewniające kompleksową terapię,
- zapobieganie i leczenie objawów niepożądanych występujących po zastosowaniu analgetyków,
- zastosowanie optymalnej drogi podania leku, w zależności od stanu chorego,
- objęcie opieką psychologiczną zarówno chorego, jak i jego rodziny.

Drabina analgetyczna wg WHO

1. I stopień — nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający.
2. II stopień - słaby opiod + nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający.
3. III stopień - silny opiod + nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający.

Podział leków stosowanych w zwalczaniu bólu nowotworowego

- analgetyki nieopiodowe (np.. niesteroidowe leki przeciwzapalne - **ibuprofen, naproxen, diklofenak, paracetamol**

- słabe opiody (np. **tramadol kodeina**),
- silne opiody (np. **morfina, fentanyl, buprenorfina, tidiline**),
- leki uzupełniające (koanalgetyki).

Leki stosowane uzupełniająco, na każdym ze szczebli drabiny analgetycznej. Zastosowanie znajdują leki z następujących grup:

- leki przeciwdrgawkowe
- leki psychotropowe
- leki steroidowe

CO MOŻE BYĆ RÓWNIEŻ SKUTECZNE?

Wśród sposobów pokonywania bólu ważne są metody niefarmakologiczne. Należy pamiętać o roli:

- Pozytywnego myślenia i autosugestii
- Technik oddechowych zmniejszających poziom odczuwanego bólu

• Odwracania uwagi od bólu poprzez kierowanie uwagi cierpiącego człowieka na inne bodźce, celowe jest wspomaganie przyjemnego nastroju, pozytywne doznania, korzystne emocjonalnie przeżycia

• Przekonania, że pacjent nie jest pozostawiony sam sobie z przeżywanymi problemami. Musi mieć cierpliwych i oddanych słuchaczy, aby usłyszeć słowa współczucia i pocieszenia

- Korygowania błędnych informacji

• Akupunktury i akupresury. Akupunktura jest bardzo starą techniką medycyny chińskiej. Polega na wbijaniu igieł w niektóre z 782 punktów znajdujących się na tak zwanych meridianach, czyli liniach, po których przepływa energia życiowa. Igły są wbijane na różną głębokość i pozostają w ciele średnio od 5 minut do 2 godzin. Tego rodzaju zabieg ma uwolnić przepływ energii odpowiedzialnej za leczenie danego problemu zdrowotnego. Akupresura bazuje na analogicznej teorii, z tym że oddziaływanie igieł zastępuje manualny nacisk lub masowanie odnośnych punktów.

RADY DLA PACJENTA

1. Pacjent z przewlekłym bólem musi akceptować własne granice, dzielić czas i siły zależnie od aktualnych możliwości. Trzeba uznać, że życie z bólem stało się „normalne”, ale jednocześnie należy tak dzielić czas, aby każda chwila bez bólu lub przy jego mniejszym natężeniu była jak najefektywniej wykorzystana.

2. Nie wolno się przemęczać. To pogłębia dolegliwości, wtedy zaś trzeba przyjąć więcej środków przeciwbólowych.

3. Pacjent ma właściwie przede wszystkim o siebie samego. Trzeba umieć we właściwym momencie powiedzieć: nie. Nie wolno prowokować bólu i stanów go nasilających.

4. Każdy wzrost aktywności (wykonywanie prac domowych, zwiększenie wykonywanych ćwiczeń) powinien następować stopniowo, małymi krokami. Bezwzględnie trzeba unikać zbyt radykalnych zmian.

5. W miarę możliwości nie należy się kłaść do łóżka w ciągu dnia. To powiększa poczucie bycia chorym, a także powoduje problemy z zaśnięciem i przespaniem całej nocy. Przewlekły ból i tak budzi chorego w czasie spoczynku nocnego - nie należy mu jeszcze ułatwiać tego zadania. Wyjątek stanowi oczywiście jednoznaczne zalecenie lekarskie co do leżenia w ciągu dnia.

6. Jak najwięcej ćwiczeń odprężających psychikę i ciało. Najprostsze, które można przeprowadzić w ciągu kilku minut, nadają się dla każdego.



KONFERENCJA NAUKOWO - SZKOLENIOWA ASPEKTY PRAWNE WYKONYWANIA ZAWODÓW PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ WARSZAWA, 4 – 5 WRZEŚNIA 2008r.

W dniach 4 - 5 września 2008 r. w siedzibie Polskiej Akademii Nauk w Warszawie odbyła się konferencja naukowo – szkoleniowa dotycząca aspektów prawnych wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Organizatorem konferencji był Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o. w Warszawie we współpracy z ABACUS Biuro Promocji Zdrowia Sp. z o.o. oraz Szkoła Prawa Medycznego.

Konferencja odbyła się pod patronatem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Czas trwania Konferencji to 2 dni podzielone na V sesji tematycznych.

W pierwszym dniu odbyły się trzy sesje tematyczne, na które składały się następujące tematy:

Sesja I

1. Prawo wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej
 - Dr n. biol. Elżbieta Buczkowska, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
 - Dr n. biol. Tomasz Niewiadomski, Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
2. Uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej
 - Radca Prawny Iwona Choromańska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
 - Mgr Marcin Michalczyk, specjalista ds. prawnych, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Sesja II

3. Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej
4. Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne jako zasada generalna
 - Dr n. prawn. Małgorzata Serwach, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Sesja III

5. Dokumentacja medyczna
 - Mgr Grażyna Piegdoń, Pielęgniarka Naczelna, Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa
6. Rola dokumentacji medycznej w postępowaniu prowadzonym w sprawie popełnienia błędu medycznego
 - Prof. dr hab. n. med. Karol Śliwka, Katedra Medycyny Sądowej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Drugi dzień konferencji to dwie sesje tematyczne z następującymi tematami:

Sesja IV

1. Odpowiedzialność cywilna
 - Dr n. prawn. Kinga Bączek – Rozwadowska, Katedra Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego, Uniwersytet Im. M. Kopernika, Toruń

Sesja V

2. Odpowiedzialność karna
 - Sędzia Tomasz Malinowski, Sąd Okręgowy w Warszawie

3. Odpowiedzialność zawodowa

- Radca Prawny Jacek Derlacki, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

4. Przewinienia zawodowe w praktyce naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

- Dr n. med. Grażyna Rogala – Pawelczyk, Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Otwarcia Konferencji dokonała Pani Elżbieta Buczkowska Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych po czym omówiła temat: **Prawo wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej**, którego streszczenie przedstawiam poniżej.

Wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej zostało zdefiniowane ustawowo.

Cytując zapisy artykułu 4 i 5 Ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.)

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia (art. 4.1). Udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez:

- 1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych;
- 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych;
- 3) sprawowanie opieki pielęgnacyjnej;
- 4) samodzielny udział w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) edukacji zdrowotnej.

Wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem. (art. 5.1).

Udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, położna wykonuje przede wszystkim poprzez:

- 1) prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
- 2) rozpoznawanie ciąży i sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej oraz przeprowadzanie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej,
- 3) kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka,
- 4) prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej,
- 5) przyjmowanie porodu siłami natury wraz z nacięciem i szyciem naciętego krocza,
- 6) podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym przyjęcie porodu z położenia miednicowego oraz ręczne wydobycie łożyska,



- 7) sprawowanie opieki nad matką i monitorowanie przebiegu okresu poporodowego,
- 8) badanie noworodków i opiekę nad nimi,
- 9) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 10) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- 11) profilaktykę chorób kobiecych i patologii położniczych.

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej uważa się również nauczanie zawodu, prowadzenie prac naukowo-badawczych, kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych. Zatem zakres działań objętych terminem wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej jest bardzo szeroki.

W świetle przepisów ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej należy odróżnić:

- a) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarszą, położnej/położnego,
- b) ograniczone prawo wykonywania zawodu,
- c) czasowe i okazjonalne wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej.

Ze względu na warunki, jakie muszą spełniać oba zawody stosuje się jednolitą, procedurę postępowania stwierdzającą i przyznającą prawo wykonywania zawodu odpowiednio pielęgniarską, położnej.

Prawo wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej zawarte jest w Rozdziale 3 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Zgodnie z art. 11, ust. 1 zawód pielęgniarki, położnej może wykonywać osoba posiadającą prawo wykonywania zawodu

stwierdzone przez okręgową radę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu.

W dalszej części swojego wykładu Pani Prezes omówiła procedurę i tryb wydawania prawa wykonywania zawodu dla pielęgniarki i położnej :

- posiadającej obywatelstwo polskie oraz pracującej w Polsce
- posiadającej obywatelstwo polskie oraz zamierzającej pracować poza granicami kraju
- będącej obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej
- niebędącej obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

W wyżej wymienionym temacie zabierał również głos Pan Tomasz Niewiadomski.

Ze względu na wagę poruszanych tematów w dzisiejszym sprawozdaniu przedstawiłam koleżankom i kolegom krótkie streszczenie pierwszego tematu konferencji. Kolejne tematy przedstawię w miarę możliwości w następnych wydaniach biuletynu.

Z ramienia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w konferencji uczestniczyła Pani Halina Synakiewicz Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Aniela Stopa
uczestniczka konferencji



*Koleżance
Stanisławie Wyrwisz
serdeczne wyrazy współczucia
z powodu tragicznej śmierci
Córki i Zięcia*

*Składają
Współpracownicy wraz
z Dyрекcją Szpitala
Chorób Wewnętrznych HUTNICZY*



Informacje na temat studiów pomostowych

WYKAZ OFERT WYKONAWCZYCH NA CYKL KSZTAŁCENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NA STUDIACH POMOSTOWYCH, DOTYCZĄCYCH DWÓCH UCZELNI CZĘSTOCHOWSKICH, UCZELNI WOJ. KIELECKIEGO, WOJ. OPOLSKIEGO ORAZ WOJ. ŚLĄSKIEGO.

| Pozycja w rankingu | Nazwa i adres wykonawcy | Cena oferty wykonawczej 1 semestra /osobę[pln] | Oferowana liczba miejsc |
|--------------------|---|--|-------------------------|
| 2 | UNIwersytet Humanistyczno-PRZYRODNICZY ul. Zeromskiego 5, 25-369 Kielce | 1775 | 160 |
| 4 | PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA ul. Grodzka 19, 48-300 Nysa | 1800 | 50 |
| 6 | WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA ul. Rząsawska 40, 42-209 Częstochowa | 1845 | 150 |
| 15 | WYŻSZA SZKOŁA PLANOWANIA STRATEGICZNEGO ul. Kościelna 6, 41-303 Dąbrowa Górnicza | 1980 | 130 |
| 23 | AKADEMIA POŁONIJNA ul. Pułaskiego 4/6, 42-200 Częstochowa | 2100 | 50 |
| 24 | WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA ul. Wojska Polskiego 6, 41-200 Sosnowiec | 2100 | 100 |
| 25 | PAŃSTWOWA MEDYCZNA WYŻSZA SZKOŁA ZAW. ul. Katowicka 68, 45-060 Opole | 2100 | 140 |

Odpowiedź na interpelację oraz komunikat w sprawie studiów pomostowych

BĘDĄ MINIMALNE NORMY ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK

Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Longina Kaczmarska poinformowała, że związek ma zapewnienie przedstawicieli rządu, iż w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej znajdzie się zapis o minimalnych normach zatrudnienia pielęgniarek. Jak podkreśliła, taką deklarację pielęgniarki otrzymały od szefa doradców premiera Michała Boniego i minister zdrowia Ewy Kopacz.

Zapis o minimalnych normach zatrudnienia jest jednym z głównych postulatów związku.

Stanowisko nr 18 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 9 września 2008 r. w sprawie limitowania liczby miejsc na studia dla pielęgniarek i położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się limitowaniu miejsc na studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych. Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 20.04.2004 r.

O zmianie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej Minister Zdrowia i Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie mają uprawnień w zakresie limitowania liczby miejsc na studia dla pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu (pomostowych).

Limitowanie miejsc jest ograniczeniem dostępności do nauki, co pozostaje w sprzeczności z Konstytucją RP.

Uważamy, że działania te w rażący sposób dyskryminują pielęgniarki i położne, które dążą do uzupełnienia swojego wykształcenia do poziomu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Powyższe stanowisko uzasadniamy potrzebami naszego środowiska zawodowego w zakresie podnoszenia kwalifikacji, co w przyszłości przyczyni się do umocnienia statusu społecznego i zawodowego pielęgniarek i położnych oraz ułatwi dostosowanie kwalifikacji do wytycznych dyrektyw Parlamentu Europejskiego i Traktatu Bolońskiego.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski

Prezes
Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 19 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 9 września 2008 r. w sprawie likwidacji pielęgniarskich stanowisk pracy w domach pomocy społecznej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, mając na uwadze bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców domów pomocy społecznej z ogromnym niepokojem obserwuje działania mające na celu rezygnację z zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej.

Organizacja instytucjonalnej opieki w tym zakresie powinna uwzględnić potrzeby ludzi starszych i niepełnosprawnych, którzy sami nie mogą zapewnić sobie samodzielnej egzystencji.

Stan zdrowotny mieszkańców domów pomocy społecznej warunkuje realizację innych potrzeb, w tym bytowych i socjalnych, i jest dla samych mieszkańców priorytetem.

Wychodząc naprzeciw tym potrzebom konieczna jest realizacja całodobowych świadczeń zdrowotnych przez profesjonalistów.

Działania Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, mające na celu likwidację zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych odbiera jako bezduszość wobec bezbronnej części społeczeństwa polskiego.

Tworzenie uwarunkowań prawnych regulujących tak trudną materię powinno być nacechowane głębokim humanitaryzmem i wychodzić naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom ludzi niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Dostosowanie tej formy opieki do podziału zadań pomiędzy dwa resorty - zdrowia i polityki społecznej - w zamian za zorganizowanie realizacji świadczeń całodobowych w obecnych strukturach domów pomocy społecznej, zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest nie do zaakceptowania.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski

Prezes
Elżbieta Buczkowska

Uchwała nr 82/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 9 września 2008 r.

w sprawie zmiany uchwały nr 7/W/2007 z dnia 12 grudnia 2007 r. w sprawie powołania komisji problemowych i zespołów stałych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 7 w związku z art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 - zmiany: Dz. U. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410; z 1998 r. Nr 106, poz. 668; z 2000 r. Nr 120, poz. 1268; z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052; z 2004 r. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1237) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postanawia, że w uchwale nr IN 12001 z dnia 12 grudnia 2007 r. w sprawie powołania komisji problemowych i zespołów stałych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych wprowadza się zmiany:

- w § 1 wpisuje się pkt 11 o brzmieniu:
11. Komisja ds. Opieki Długoterminowej
 - w § 2 wpisuje się pkt 11 o brzmieniu:
11. Komisja ds. Opieki Długoterminowej - Marian Nadziejko
- § 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski

Prezes
Elżbieta Buczkowska



**Uchwała nr 83/V/2008 Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
z dnia 9 września 2008 r.
w sprawie zmiany uchwały nr 15/W2008
z dnia 11 marca 2008 r. w sprawie zadań
i kompetencji komisji problemowych działających
przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek
i Położnych oraz nadzoru nad ich działaniem**

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 7 w związku z art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r.

O samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 - zmiany: Dz. U. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410; z 1998 r. Nr 106, poz. 668; z 2000 r. Nr 120, poz. 1268; z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052; z 2004 r. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1237) oraz uchwały Nr 7/W07 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 grudnia 2007 r. w sprawie powołania komisji problemowych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postanawia, że w uchwale nr 15/W2008 z dnia 11 marca 2007 r. w sprawie zadań i kompetencji komisji problemowych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych oraz nadzoru nad ich działaniem wprowadza się następujące zmiany:

I. W § 2 wpisuje się pkt 11 o brzmieniu:

11. KOMISJA ds. OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ:

- 1) Wypracowanie kierunków rozwoju opieki długoterminowej
- 2) Określenie długoletnich zasad kontraktowania świadczeń w zakresie opieki długoterminowej
- 3) Udział pielęgniarek w transformacji systemu opieki zdrowotnej
- 4) Zapewnienie miejsca pracy pielęgniarkom w systemie ochrony zdrowia oraz domach pomocy społecznej
- 5) Dążenie do wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego
- 6) Dążenie do poprawy sytuacji ekonomicznej polskich pielęgniarek w zakresie realizacji świadczeń opieki długoterminowej
- 7) Opiniowanie aktów prawnych dotyczących opieki długoterminowej
- 8) Upowszechnianie wiedzy na temat zmian prawnych w zakresie opieki długoterminowej.

2. W § 3 pkt 2 wpisuje się podpunkt 6 o brzmieniu: 6) Komisja ds. Opieki Długoterminowej.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski

Prezes
Elżbieta Buczkowska

**Uchwała nr 85/V/2008 Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
z dnia 9 września 2008 r.
w sprawie wystąpienia do Prezesa Narodowego
Funduszu Zdrowia z wnioskiem o zweryfikowanie
wyceny procedur systemu Jednorodnych Grup
Pacjentów poprzez uwzględnienie w nich kosztów
wynagrodzeń pracowniczych**

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 1991r., o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178

- zmiany: Dz. U. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410; z 1998 r. Nr 106, poz. 668; z 2000 r. Nr 120, poz. 1268; z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052; z 2004 r. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1237) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postanawia wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o zweryfikowanie wyceny procedur systemu Jednorodnych Grup Pacjentów poprzez uwzględnienie w nich kosztów wynagrodzeń pracowniczych.

§ 2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych upoważnia Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do podjęcia w jej imieniu działań mających na celu realizację wniosku, o którym mowa w § 1.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski

Prezes
Elżbieta Buczkowska

**Uchwała nr 86/V/2008 Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
z dnia 9 września 2008 r.**

w sprawie wystąpienia do Premiera Donalda Tuska w sprawie realizacji zobowiązania wyznaczenia terminu spotkania dotyczącego sposobu procedowania w Komisji Zdrowia treści projektu pakietu ustaw reformujących system opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 1991r., o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 - zmiany: Dz. U. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410; z 1998 r. Nr 106, poz. 668; z 2000 r. Nr 120, poz. 1268; z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052; z 2004 r. Nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1237) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postanawia wystąpić do Premiera Donalda Tuska o realizację zobowiązania wyznaczenia terminu spotkania w celu przedstawienia stanowiska strony społecznej odnośnie sposobu procedowania projektu pakietu ustaw reformujących system opieki zdrowotnej w Komisji Zdrowia i forsowania jednostronnych zmian nie uwzględniających jej słusznych i konkretnych postulatów.

§ 2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych upoważnia Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do podjęcia w jej imieniu działań mających na celu realizację zobowiązania Premiera, o którym mowa w § 1.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski
NRPiP/XX/348/1/08

Prezes
Elżbieta Buczkowska
Warszawa, 2008-10-09

Pani Przewodnicząca ORPiP
Pan Przewodniczący ORPiP
Wszyscy

Szanowna Pani Przewodnicząca,
Szanowny Panie Przewodniczący,

Zapraszam do udziału w spotkaniu z Ministrem Zdrowia Panią Ewą Kopacz, do którego dojdzie w wyniku przegłosowanego wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która w czasie swojego posiedzenia dniu 8 września 2008 roku



postanowiła o potrzebie zorganizowania wspólnego spotkania środowiska pielęgniarek i położnych z Ministrem Zdrowia.

Tematem spotkania, które odbędzie się w siedzibie Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15 w sali Kinowej w dniu 14 października 2008 roku o godz. 15.00 jest m. in. omówienie przyszłości polskiego pielęgniarstwa oraz wyartykułowanie kierunków i konsekwencji zmian proponowanych w ochronie zdrowia.

Z uwagi na fakt, iż w/w spotkanie jest organizowane w związku z przyjętym wnioskiem NRPIP, obecność na tym spotkaniu jest bardzo wskazana.

Z poważaniem,
Prezes
(-) Elżbieta Buczkowska

MINISTERSTWO ZDROWIA Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 2008-10- 09

Szanowna Pani Prezes

Zgodnie z prośbą Pani Prezes o zorganizowanie spotkania Ministra Zdrowia z Przewodniczącymi Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, przedstawioną Panu Markowi Haberowi - Podsekretarzowi Stanu, w trakcie spotkania

z przedstawicielami NRPIP, które odbyło się w Ministerstwie Zdrowia w dniu 01.10.2008 r, Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuję, iż planowane spotkanie odbędzie się w dniu **14.10.2008 r. o godzinie 15.00** w budynku Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15 w sali Kinowej.

Ponadto Departament zwraca się z uprzejmą prośbą o powiadomienie o terminie spotkania Przewodniczących Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

Z poważaniem
Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

GODZINY PRACY BIURA OIPIP

| | | |
|--|---|------------|
| SEKRETARIAT | pn-pt 8.00 - 15.00 | /pok. 102/ |
| SEKRETARZ OR | pn-pt 8.00 - 15.00 | /pok. 103/ |
| PRZEWODNICZĄCA OR | pn-pt 8.00 - 15.00 | /pok. 104/ |
| KASA | pn-pt 9.00 - 14.00 | /pok. 302/ |
| PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU | pn-pt 8.00 - 15.00 | /pok. 302/ |
| OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ | I i III środa miesiąca 15.00 -18.00 | /pok. 302/ |
| RADCA PRAWNY | poniedziałek 8.00 - 9.00 środa 14.00 - 16.00 | |

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie
ŚRODA dyżur do godziny 17.00

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.

| | |
|--------------------------|--------------------|
| 25 styczeń 2008r | godz. 12.30 |
| 22 luty 2008r | godz. 12.30 |
| 28 marzec 2008r | godz. 12.30 |
| 25 kwiecień 2008r | godz. 12.30 |
| 21 maj 2008r | godz. 12.30 |
| 27 czerwiec 2008r | godz. 12.30 |

| | |
|----------------------------|--------------------|
| 25 lipiec 2008r | godz. 12.30 |
| 29 sierpień 2008r | godz. 12.30 |
| 11 wrzesień 2008r | godz. 12.30 |
| 31 październik 2008 | godz. 12.30 |
| 21 listopad 2008r | godz. 12.30 |
| 19 grudzień 2008r | godz. 12.30 |

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.

| | |
|--------------------------|--------------------|
| 6 marzec 2008r | godz. 12.30 |
| 18 czerwiec 2008r | godz. 12.30 |
| 25 wrzesień 2008r | godz. 12.30 |
| 11 grudzień 2008r | godz. 12.30 |

Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu w Parzymiechach



Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Halina Synakiewicz
dnia 03 października 2008 roku uczestniczyła w spotkaniu z pielęgniarkami w/w Ośrodka



Promedica24 jest polską firmą, która powstała w 2004 roku w odpowiedzi na rosnące zainteresowanie pracowników sektora medycznego migracjami zarobkowymi. Zatrudniamy pielęgniarki oraz opiekunki z Polski i Rumunii. Pomagamy znaleźć pracę w Europie Zachodniej lekarzom różnych specjalności oraz farmaceutom. Wyróżnia nas profesjonalizm gwarantujący bezpieczeństwo, atrakcyjne formy zatrudnienia oraz elastyczność oferowanych kontraktów. Zaufaj nam i podejmij wyzwanie.



NOWE OFERTY PRACY! PIELĘGNIARKA

– INSTYTUCJE SEKTORA MEDYCZNEGO

Niemcy



Gwarantujemy:

- zarobki **1500 – 3000 euro**
- zakwaterowanie i koszty podróży
- opiekę rezydenta na miejscu

Oczekujemy:

Cenimy polskie pielęgniarki za ich wiedzę i fachowość
– wymagamy tylko dobrej znajomości języka niemieckiego

Hiszpania



Gwarantujemy:

- pracę na cały etat w państwowych i prywatnych szpitalach
- atrakcyjne wynagrodzenie (uzależnione od oferty)
- pomoc w przygotowaniu formalności i wyjazdu
- KURS JĘZYKA HISPANIEGO przed wyjazdem

Oczekujemy:

- dyplomu pielęgniarki oraz min. 3-letniego doświadczenia w pracy
- gotowości do wyjazdu na minimum 1 rok

Wielka Brytania



Gwarantujemy:

- pracę na oddziałach ogólnych/chirurgicznych w państwowych szpitalach w południowej, nadmorskiej części Wielkiej Brytanii
- legalne zatrudnienie na cały etat na okres 9-u miesięcy z brytyjskim pracodawcą
- min. wynagrodzenie brutto w wysokości 13,24 GBP za godzinę pracy
- pomoc w przygotowaniu formalności i wyjazdu

Oczekujemy:

- rejestracji w NMC
- min. rocznego doświadczenia na równorzędnym stanowisku
- bardzo dobrej znajomości języka angielskiego

Rekrutacja na terenie całej Polski w naszych biurach w:
Bydgoszcz, Katowice, Opole, Poznań, Szczecin, Wrocław, Warszawa

Szczegóły na www.promedica24.pl
Skontaktuj się z nami telefonicznie **(022) 44 87 222**
mailowo praca@promedica24.pl lub wyślij sms **666 096 760**