

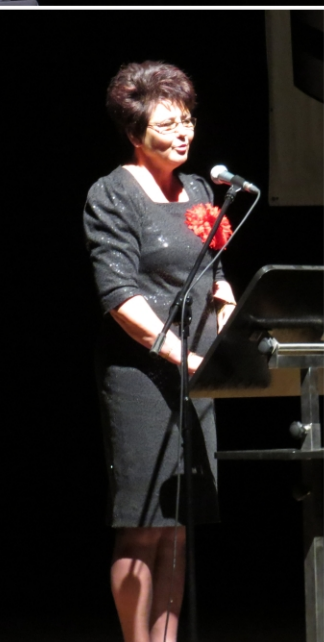
MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



**MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELEŃNIARKI
I DZIEŃ POŁOŻNEJ**

Maj 2014r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIEŁĘGNIARKI I DZIEŃ POŁOŻNEJ

Powitanie gości



W NUMERZE:

Życzenia
Życiorys
Kalendarium
Prezidium
Prace autorskie
Opinie prawne
Ministerstwo Zdrowia
Informacje
Konkursy
Kącik edukacyjny
Pożegnanie
Kondolencje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

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

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946
sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

Ośrodek szkoleniowy:
tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czest.pl

MILLENNIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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



„Dobry bądź i szlachetny, bądź do pomocy gotowy”
Johann Wolfgang Goethe

Bielsko-Biała, dnia 9 maja 2014 r.

Szanowna Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczyste spotkanie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej. Ponieważ nie mogę w nim uczestniczyć osobiście tą drogą proszę przyjąć najlepsze życzenia wdzięczności, szacunku i uznania dla wszystkich Pielęgniarek i Położnych za codzienny trud, poświęcenie oraz uśmiech i serce, jakie okazujecie chorym i potrzebującym.

Niech Nasze Święto będzie okazją do złożenia całemu środowisku Pielęgniarek i Położnych życzeń wszelkiej pomyślności w życiu osobistym, satysfakcji z wykonywania tak pięknych zawodów, wytrwałości w realizacji zamierzeń oraz dalszych sukcesów. Niechaj służba drugiemu człowiekowi przynosi Nam nieskończoną satysfakcję i radość.

W dniu Naszego Święta wszystkie Podbeskidzkie Pielęgniarki i Położne pozdrawiają Koleżanki Ziemi Częstochowskiej. ■

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Okręgowej Rady BOIPI
Małgorzata Szwed

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
JADWIGA WIŚNIEWSKA
Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na spotkanie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej. Niestety, z uwagi na wcześniej podjęte zobowiązania nie mogę wziąć udziału w Państwa uroczystości. Korzystając więc z drogi listownej, pragnę przekazać wyrazy szacunku i uznania za Państwa zaangażowanie i trud wkładany w pracę na rzecz chorych.

Zawód pielęgniarki i położnej to służba drugiemu człowiekowi, wymagająca wyjątkowych predyspozycji, ogromnej wiedzy oraz umiejętności. Do wykonywania tej pracy potrzeba wielkiego serca i życzliwości, a także wsłuchiwanie się z cierpliwością i oddaniem w głos osób cierpiących. Zgłaszane przez środowisko pielęgniarskie sprawy wielokrotnie były przedmiotem moich interwencji poselskich.

Życzę, aby codzienny, często decydujący o ludzkim zdrowiu i życiu wysiłek był należycie doceniany i wynagradzany. Niech uśmiech i wdzięczność pacjentów towarzyszą Państwu podczas realizacji tej odpowiedzialnej misji. ■

Z wyrazami szacunku i uznania
Jadwiga Wiśniewska
Poseł na Sejm RP

MINISTER ZDROWIA

Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes
Drogi Pielęgniarki i Położne, Drodzy Pielęgniarze i Położni,

z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej pragnę złożyć Wam serdeczne podziękowania za trud codziennej, niezwykle odpowiedzialnej pracy.

Co roku ten ważny dzień odbywa się pod innym hasłem, ale jego przesłanie jest zawsze takie samo — zwrócenie uwagi na problemy zdrowotne ludności na całym świecie oraz na rolę pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w zapewnieniu dostępu do opieki medycznej i profilaktyki.

Tegoroczne hasło Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, które ogłosiła Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ICN, brzmi: A force for change — A vital resource for health, czyli: „Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian, kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia”. To bardzo ważne przesłanie, wskazujące na istotną rolę Waszych środowisk zawodowych w realizacji celów opieki zdrowotnej, którymi są poprawa stanu zdrowia społeczeństwa i związanej z nim jakości życia. Nawiązując do tego hasła, chciałbym wyrazić nadzieję, że pielęgniarki i położne nadal będą aktywnie uczestniczyły w działaniach na rzecz poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia — przede wszystkim w tych, które są związane z poszerzeniem Waszych uprawnień i kompetencji zawodowych. Dynamiczny rozwój medycyny i stałe trendy demograficzne powodują w całej Europie konieczność realizowania przez osoby wykonujące zawody medyczne nowych, coraz bardziej zaawansowanych ról i zadań w procesach diagnostyczno-terapeutycznych. Zmiany, które wymagają podejmowania stałego wysiłku na rzecz doskonalenia wiedzy medycznej i praktycznych umiejętności, powodują jednocześnie, że Wasza rola w systemie ochrony zdrowia staje się kluczowa.

W tym szczególnym dniu składam Wam wyrazy głębokiego uznania i serdecznie dziękuję za to, że każdego dnia otaczacie swoich pacjentów fachową, troskliwą opieką. Doceniając Wasz profesjonalizm, chcę szczególnie podziękować za wrażliwość i zrozumienie, dzięki którym Wasi pacjenci mogą mieć poczucie, że w systemie ochrony zdrowia to właśnie oni są najważniejsi. ■

Z życzeniami wszelkiej zawodowej i osobistej pomyślności

Bartosz Arłukowicz

Szanowna Pani Przewodnicząca,
z okazji obchodzonego w dniu dzisiejszym Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych, pragniemy złożyć Pani, całemu Prezydium, a także wszystkim Pracownikom Izby życzenia wszelkiej pomyślności, wytrwałości oraz satysfakcji z wykonywanej profesji.

Jednocześnie proszę przyjąć nasze najszczerze wyrazy uznania dla zaangażowania oraz poświęcenia, z jakimi wykonują Państwo ten jakże niełatwy zawód. ■

Z najlepszymi życzeniami,
Zarząd Spółek INTER w Polsce
Justyna Rybaczyk
Asystentka Zarządu



Anna Rydlówna

(1884-1969)

Anna Rydlówna urodziła się 30 października 1884r w Krakowie w rodzinie inteligentnej. Jej ojciec - Ludwik Rydel był profesorem okulistyki i rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego. Stanisław Wyspiański w Weselu przedstawił ją jako Haneczkę. Anna naukę w zakresie szkoły podstawowej

i średniej odbywała w domu. Uczyła się także języków obcych angielskiego, niemieckiego oraz francuskiego co okazało się wielce przydatne w jej dalszej pracy. W okresie młodzieńczym uczęszczała na Kurs dla Kobiet im. Adriana Branickiego i Szkoły Domowej Pracy w Kuźnicach, obecnie dzielnicy Zakopanego. Po jego ukończeniu postanowiła zająć się pracą społeczną. Wybór padł na Świeckie Stowarzyszenie Pań Ekonomek św. Wincentego a' Paulo zajmującego się opieką nad ubogimi chorymi. Przez rok pracowała tam jako ochotniczka, a w 1909r została jego członkiem. Liczba potrzebujących opieki wzrosła z każdym rokiem, stało się to impulsem do starań o uzyskanie zgody na otwarcie szkoły pielęgniarstwa. Do tych działań należało przekonać profesorów UJ i pozyskać ich poparcie. Status społeczny A. Rydlówny i zaufanie jakie zdobyła zarówno w opiece nad chorymi jak i w poszukiwaniu funduszy na urządzenie ambulatorium chirurgicznego dla ubogich i chorych działającym przy stowarzyszeniu, udział w utworzeniu sali operacyjnej przy ulicy św. Filipa 15 w Krakowie i oddziału szpitalnego, pomógł jej w uzyskaniu akceptacji.

W czerwcu 1911r. rozpoczęła pracę pierwsza, świecka, nowoczesna szkoła pielęgniarstwa, oparta na wzorach niemieckich, o dwuletnim okresie nauczania. Słuchaczki obowiązywało mieszkanie w internacie szkolnym. Na pierwszy kurs zapisała się A. Rydlówna i 2 współzałożycielki, które wspólnie działały w Stowarzyszeniu Pań Ekonomek. W 1913r ukończyły naukę, złożyły egzamin końcowy i A. Rydlówna już jako pielęgniarka podjęła pracę instruktorki klasowej i szpitalnej prowadząc zajęcia min. z etyki i historii pielęgniarstwa oraz była kierowniczką internatu.

Wybuch pierwszej wojny światowej przerwał pracę szkoły. Wszystkie pracujące w niej pielęgniarki rozpoczęły szkolenie ochotniczek do opieki nad rannymi, a następnie do pracy w szpitalach zakaźnych ze względu na panującą epidemię. Wyszkolono ponad 400 osób. Rydlówna brała udział w organizowaniu szpitali epidemicznych. Pełniła również funkcję pielęgniarki przełożonej w jednym z krakowskich szpitali wojennych oraz wojskowej stacji opatrunkowo-wypoczynkowej znajdującej się na dworcu kolejowym w Krakowie.

Następnie Rydlówna przeprowadziła się z Krakowa na prowincję, gdzie pełniła funkcję przełożonej pielęgniarek w szpitalu dla chorych na dur brzuszny i czerwone.

Po zamknięciu Szkoły Zawodowej Pielęgniarek jej źródłem utrzymania była prywatna praktyka pielęgnarska (1921-1924). W czerwcu 1916r udało się wznowić pracę szkoły ale na stosunkowo krótki okres czasu tj. do 1921r. Trudne warunki finansowe uniemożliwiły działalność, aż do grudnia 1925r.

W 1924 r. Fundacja Rockefellera złożyła jej propozycję rocznego stypendium. Zwrócono się również do niej z propozycją pracy w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek. W latach 1924-1925 odbyła szkolenia w Londynie, Filadelfii, Nowym Jorku i Toronto. Później przez 14 lat pracowała w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek najpierw jako nauczycielka, następnie jako zastępca dyrektora, a od 1930 r. jako dyrektorka. W 1934 r. Fundacja Rockefellera ponownie przyznała jej stypendium,

dzięki któremu poznała pracę pielęgniarek psychiatrycznych i dietetycznych w Budapeszcie, Wiedniu, Lyonie, Brukseli, Oslo i Helsinkach.

Rydlówna przez cały czas pracy w szkole, zarówno gdy była instruktorką jak i gdy pełniła obowiązki dyrektorki (od 1930r) pracowała nad doskonaleniem pracy dydaktycznej, organizacją nauki jak i działalności wychowawczej.

Przygotowywała programy nauczania do nowopowstających dziedzin pielęgniarstwa.

Napisała skrypt z dziejów zawodu pielęgniarstwa w Polsce.

Zainicjowała powstanie Stowarzyszenia Absolwentek Szkoły i pełniła w nim funkcję przewodniczącej.

Brała aktywny udział w działalności Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych.

W 1938r za zasługi w pracy nauczycielki i dyrektorki została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi. W 1939r wybuch drugiej wojny światowej znów przerwał pracę szkoły. Niemcy zajęli budynek. Dyrektorce udało się uratować cenniejsze rzeczy oddając je na przechowanie zaufanym osobom. Rydlówna przez cały okres okupacji utrzymywała się z prac dorywczych. W 1943r na propozycję władz Armii Krajowej zorganizowała w Krakowie pomoc sanitarną dla planowanych akcji zbrojnych podziemia przeciw Niemcom. Została zaprzysiężona jako członek AK. Po zakończeniu działań wojennych na terenie Krakowa Rydlówna rozpoczęła prace przygotowawcze do kolejnego otwarcia szkoły co nastąpiło w marcu 1945r. Nadal pełniła funkcję dyrektorki aż do 1950r kiedy to Ministerstwo Zdrowia przejęło pod swój nadzór szkoły pielęgniarstwa. Wszyscy pracownicy otrzymali wypowiedzenia. Z A. Rydlówną nie podpisano dalszej umowy uzasadniając to katolickim charakterem prowadzonej dotąd szkoły i prawdopodobnie patryjotyczną postawą z okresu okupacji niemieckiej. W tej sytuacji podjęła pracę rejestratorki w Centralnej Wojewódzkiej Przychodni Wenerologicznej. Bezprawnie, przez kilka lat, nie chciało uznać jej kwalifikacji pielęgniarzkich. Dopiero po zmianach politycznych jakie nastąpiły w 1956r uzyskała prawo wykonywania zawodu i mogła podjąć pracę na stanowisku przełożonej. W 1961r A. Rydlówna przeszła na emeryturę. W 1956 roku została odznaczona przez Radę Państwa Orderem Sztandaru Pracy pierwszej klasy. Poza tym jej zasługi docenione zostały przez Międzynarodową Organizację Czerwonego Krzyża, która 1949r przyznała jej najwyższe międzynarodowe odznaczenie - Medal Florynce Nightingale, za wybitne zasługi, odwagę i poświęcenie w niesieniu pomocy rannym. Jednak medal zatrzymały polskie władze i został on jej przekazany dopiero po 18 latach. Zmarła w 1969r w Krakowie. ■



Franciszka Tatarczyk

Franciszka Tatarczyk z domu Mortiz urodziła się 17 kwietnia 1885 roku w Bottrop, Nadrenia Westfalia. Franciszka Tatarczyk była córką górniką, sama wybrała zawód położnej. I została jedną z najlepszych akuserek, która w latach międzywojennych pomogła przyjąć na świat tysiącom mieszkańców! Została ochrzczona w katolickiej parafii. Ojciec jej Johann, pracował w miejscowej kopalni. Mała Franciszka chodziła do miejscowych szkół. Zanim ukończyła stu-

dium położnicze przy Uniwersytecie w Getyndze, zdążyła jako 16-letnia dziewczyna w 1901 roku wyjść za mąż, za Polaka ze Śląska, Franciszka Tatarczyka. Franciszka miała już wtedy ukończone wspomniane studium w Getyndze. Dyplom otrzymała w 1905 roku. Zaczęła być znana w środowisku jako akuszerka.

W roku 1909 mistrz krawiecki Franciszek zakończył w Bottrop budowę dużej kamienicy. Nie przeszkodziło mu to angażować się w działalność kilku polskich organizacji. Odczuwając jednak niechęć władz niemieckich, w 1920 roku podejmują wspólnie z mężem decyzję o powrocie do Polski.

W 1921 roku rodzina Tatarczyków osiedla się w powiecie koźmińskim (w Poznańskim), gdzie próbuje prowadzić gospodarstwo rolne. Tam przychodzi na świat ich ostatnie dziecko - Irena, jedyna z dziewięciorga rodzeństwa urodzona już w wolnej Polsce.

W 1922 roku Franciszek i Franciszka postanawiają jednak sprzedać gospodarstwo i wyjeżdżają na Śląsk, do Rybnika. Franciszka u boku męża bardzo się spolonizowała, co nawet skutkowało konfliktem z matką

W lipcu 1923 roku Franciszek Tatarczyk kupuje kamienicę przy ul. Sobieskiego 12, ale jeszcze w tym samym roku, głównie za sprawą inflacji, traci połowę swojego majątku. Rok później przejmuje funkcjonujący w jego budynku skład wyrobów tytoniowych Königsberga i hurtownię tytoniu Bastengowa przy ul. Sobieskiego. W interes ten inwestuje prawie cały swój majątek, co przynosi wymierne rezultaty. Niestety, po ciężkiej chorobie w kwietniu 1933 roku Franciszek Tatarczyk umiera.

Dobrze prosperującą firmę przejmuje jego żona, znana już wtedy akuszerka. Cieszyła się opinią kobiety zdecydowanej, odważnej i energicznej. Miała nawet własny rewolwer, z pomocą którego przepędziła kiedyś z domu złodziei. Do interesu wciąga dwie córki: Krystynę i Franciszkę, dwie najmłodsze uczą się wtedy u Urszulanek, zaś jedyny syn studiuje w Poznaniu farmację.

Jeszcze w 1921 roku Franciszka ukończyła dodatkowy sześciotygodniowy kurs położniczy w Poznańskim. Wcześniej, w 1912 roku, uczestniczyła w podobnym dwumiesięcznym kursie w Bochum. Kursy uzupełniające, doskonalące powtarzały się co jakiś czas. Z Niemiec Franciszka Tatarczyk przywiozła ze sobą sporą fachową bibliotekę.

W Polsce w Rybniku miała swój rejon pracy i bardzo szybko zdobyła sobie szacunek współmieszkańców. W 1930 roku obchodziła srebrny jubileusz pracy zawodowej. Otrzymała piękny dyplom Związku Zawodowego Akuserek na Województwo Poznańskie, Pomorskie i Górny Śląsk.

28 maja 1930 roku także Śląski Urząd Wojewódzki przesłał podziękowanie za „jej niestrudzoną i ofiarną pracę w spełnianiu obowiązków zawodowych jako położnej przy sposobności obchodu 25 letniej pracy zawodowej”

Z pewnością wyrazy uznania władz cieszyły, ale znacznie większą radość i satysfakcję przynosiło przyjmowanie na świat noworodków. Pewna rybniczanka Helena Lużyna, urodzona jeszcze przed pierwszą wojną światową, powiedziała: "Kiedy Tatarczykowa odbierała, nie trza było doktora", co nie do końca jest prawdą. Czasem lekarz był bowiem potrzebny, czasem życzyła sobie tego kobieta w połogu bądź jej rodzina. Warto jednak dodać, że były to rzadkie przypadki.

Franciszka Tatarczyk doskładała się nie tylko na kursach. Sama gromadziła fachową literaturę i prenumerowała branżową prasę, np. miesięcznik "Głos Położnej". Zachował się okólnik lekarza powiatowego z 23 września 1932 roku, w którym czytamy, że zgodnie z dyrektywami Ministerstwa Opieki Społecznej i Ministerstwa Poczty i Telegrafów „odtąd będą położne wysyłały do lekarza powiatowego pisma urzędowe

bezpłatnie". Podpisał lekarz powiatowy dr Feliks Biały. Jest to o tyle istotne, aby wspomnieć osobę doktora, który nie tylko na polu medycznym był bardzo zasłużony dla Śląska. Znana jest jego wielka patriotyczna praca na rzecz powrotu tej dzielnicy do Polski.

Otrzymywała także broszury i książeczki z Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, np. „Zdrowie w chacie wiejskiej” z pieczęcią lekarza powiatowego.

W okresie międzywojennym rybnicka położna wiele razy konsultowała się ze znanymi miejscowymi lekarzami, wymienionym już wyżej dr Feliksem Białym oraz ginekologiem i położnikiem dr Głowińskim, wykładowcą na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego.

W 1938 roku, po ustąpieniu Gertrudy Szaleckiej, która została szefową położnych na województwo śląskie, stanowisko prezesa Stowarzyszenia Położnych powiatu rybnickiego powierzono jednogłośnie Franciszce Tatarczyk.

Położne na Śląsku obowiązywał statut Związku Położnych Górnośląskiej części Województwa Śląskiego z 14 marca 1923 roku, a od 1937 roku statut Związku Położnych Województwa Śląskiego. W drugiej połowie lat 30 ubiegłego stulecia dochodziło do pewnych tarć związanych z zakazem, jaki władze nałożyły na położne. Chodziło o to, że żadnej z nich nie wolno było zostać matką chrzestną narodzonego dziecka. Położna na Śląsku miała określenie hebama – naleciałość niemiecka.

Franciszka Tatarczyk była postrzegana jako zdecydowana w działaniu, budziła respekt, ale również sympatię. Niektórzy wiekowi rybniczanie podkreślali, że miała niezłomną zasadę, aby od ubogich nie pobierać żadnych opłat. Mówiła czysto po polsku, acz z typowym niemieckim „r”.

Franciszka Tatarczyk cieszyła się ogromnym wzięciem i zaufaniem. Świadczą o tym zachowane umowy z rybnickim garnizonem. Pierwsza umowa, z Naczelnym Lekarzem garnizonu Rybnik "w sprawie udzielania pomocy akuszerzyjnej u żon wojskowych zamieszkających na terenie garnizonu rybnickiego", datowana jest na 14 września 1931 roku. W punktach kontraktu m.in. gwarantuje się Franciszce Tatarczyk wyłączność na w/w pomoc, ale też np. ma ona zawsze w razie wyjazdu zagwarantować swe zastępstwo.

W 1938 roku Franciszka zaliczyła miesięczny kurs ratownictwa sanitarnego dla położnych i otrzymała dyplom.

W 1939 roku, po klęsce wrześniowej, jedyny syn Leon przechodzi do konspiracji. Aresztowany przez hitlerowców trafia do obozu Mauthausen, skąd cudem, po wielu staraniach, wyciągnęła go matka. W czasie okupacji sklep wciąż funkcjonuje, cały dom opustoszał tylko na kilka ostatnich miesięcy wojny. Po przetoczeniu się przez Rybnik frontu, wiosną 1945 roku, Tatarczykowie wracają. Dom jest splądrowany, ale odważna Franciszka zjawia się w sowieckiej komendanturze, by upomnieć się o wyniesione z jej domu meble. Interwencja przynosi skutek, meble wracają. W 1945 roku prowadzenie sklepu przejęła córka Krystyna - nie na długo. W 1949 roku firma Tatarczyk, jak wiele innych prywatnych, przegrała z władzą ludową bitwę o handel. Zmieniały się nazwy państwowych przedsiębiorstw, które były właścicielem sklepu: Wspólnota, MHD, WPHW... Za sprawą któregoś z peerelowskich decydentów ze sklepu wywieziono jego oryginalny wystrój z wiśniowego drewna. Dzięki najmłodszej córce Irenie udało się uratować jedynie drzwi; wciąż znajdują się wewnątrz sklepu, w którym obecnie prowadzi działalność jeden z rybnickich jubilerów. W lutym 1942 roku rybnicka położna odbywa kolejny kurs, tym razem w Gliwicach przy Klinice Ginekologicznej.

W Polsce powojennej na jednym z urzędowych papierów z 1947 roku ze starostwa czytamy, że Franciszka Tatarczyk za-

wiadomiła ludową władzę o „prowadzeniu przemysłu położna”. Przeżycia powojenne dały się Franciszce solidnie we znaki, jednak prowadziła dalej z innymi położnymi swą życiową misję. Franciszka dalej prowadziła księgi porodów, wysyłała miesięczne i półroczne sprawozdania do Wydziału Zdrowia Miejskiej Rady Narodowej.

Dzięki zachowanym pismom urzędowym możemy dowiedzieć się, kim były jej koleżanki po fachu i jakie rejony rybnicze znajdowały się pod ich pieczę. Franciszka łącznie z rynkiem miała przydzielonych 21 ulic w ścisłym centrum plus Plac Wolności. Przeglądając zachowane księgi połogów z czasów wojny (znajdują się teraz m.in. w muzeach w Katowicach, Gliwicach i oczywiście Rybniku), można wysnuć bardzo ciekawy wniosek. Franciszka Tatarczyk przeciętnie odbierała około 100 porodów rocznie. Biorąc pod uwagę, iż w czasie wojny rodziło się znacznie mniej dzieci niż w czasie pokoju, możemy ocenić, że w ciągu ponad 50 lat pracy pani Franciszka pomogła przyjść na świat około 4-4,5 tysiąca maleństw! Słowem stan niejednego przedwojennego miasteczka.

Za swą 50 letnią nieprzerwaną i ciężką pracę w 1955 roku otrzymała dyplom, a także Złoty Krzyż Zasługi.

Zmarła 23 czerwca 1957 roku, została pochowana u boku męża.

Pozostawiła po sobie wiele dobrych wspomnień, słów uznania i wdzięczności. ■



Kalendarium - Kwiecień - maj 2014 rok

23.04.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w uroczystej Konferencji Regionalnej z okazji 50-lecia OTU w Parzymiechach.

24-27.04.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Konferencji Naukowo Szkoleniowej w ramach XVII Zjazdu Pielęgniarek Epidemiologicznych w Wiśle.

28.04.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Międzyszkolnym konkursie Pierwszej pomocy przedmedycznej „Umiemy i chcemy ratować”. Konkurs odbył się w Szkole Podstawowej nr 24 im. J.M. Szancera w Częstochowie.

08.05.2014r. Przewodnicząca ORPiP oraz poczet sztandarowy uczestniczyli w pogrzebie Pielęgniarki Bernadetty Strąk.

10.05.2014r. W Filharmonii Częstochowskiej odbyły się uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej. Uroczystość uświetnił występ Kabaretu Młodych Panów.

13.05.2014r. Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Przewodniczącej ORPiP w Katowicach uczestniczyła w uroczystych obchodach Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, które odbyły się w Centrum Kultury im. Krystyny Bochenek w Katowicach.

15.05.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu Koła Trenowego PTP. Spotkanie odbyło się w siedzibie Hospicjum ul. Krakowska 45.

16.05.2014r. W siedzibie OIPIP odbył się egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego „Pielęgniarstwo neonatologiczne.”

16-18.05.2014r. Pielęgniarki i Położne - członkowie Samorządu OIPIP w Częstochowie uczestniczyły w wycieczce do Pragi.

20.05.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego przy NIPiP w Warszawie.

23.05.2014r. W siedzibie OIPIP odbył się egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego „Pielęgniarstwo operacyjne.”

28.05.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

28.05.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Rozpatrzone pozytywnie trzy wnioski.

28.05.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■



Prezydium

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 23 kwietnia 2014 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie siedem pielęgniarek, dwóch pielęgniarzy i dwie położne.
- Wpisano jedną pielęgniarkę do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- Skreślono dwie pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla czterech pielęgniarek.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu anulowano adnotacje urzędowe o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla pięciu pielęgniarek.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek na kwotę 5 800.00 zł.
- Stwierdzono posiadanie przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej. ■



Prace autorskie

Historia opieki paliatywnej

PODSTAWY I ZAŁOŻENIA OPIEKI PALIATYWNEJ

Historia opieki paliatywnej

Opieka paliatywna (hospicyjna) jest definiowana jako opieka nastawiona na zaspokojenie wszystkich potrzeb chorego w stanie terminalnym oraz jego rodziny, zarówno podczas choroby jak i w okresie żałoby. Zaspokojenie tych potrzeb polega nie tylko na trosce o usunięcie lub znaczne złagodzenie dolegliwości somatycznych, ale również na pomocy w rozwiązywaniu problemów psychicznych, socjalnych i duchowych tych osób.

Opieka paliatywna oraz opieka nad chorymi u schyłku życia istnieją w Polsce od ok. 40 lat. Zapoczątkowane zostały dzięki ruchowi hospicyjnemu, który zaczął się rozwijać w Polsce na przełomie lat 70 i 80 ubiegłego wieku.

Na przełomie XIX i XX w., podobnie jak w innych krajach Europy, również na ziemiach polskich zaczęły powstawać ośrodki przeznaczone do opieki nad nieuleczalnie chorymi. Były często prowadzone przez zakony, których powołaniem było zajmowanie się chorymi

Pierwsze nowoczesne hospicjum to Hospicjum św. Krzysztofa, które powstało w Londynie w 1967 r. Jego założycielką była dr

Cicely Saunders. Jej najważniejszym osiągnięciem jest zmiana podejścia świata medycznego do umierania i śmierci, które przestały być tematem tabu, a zostały uznane za naturalne zjawiska, wymagające właściwego postępowania skupionego na łagodzeniu objawów fizycznych i wsparciu psychicznym. Jako autorka koncepcji bólu wszechogarniającego, Cicely Saunders wyrażała pogląd, że gdy złagodzi się ból pacjenta i wzbudzi się w nim poczucie, że jest komuś potrzebny, to nie będzie prosił o eutanazję.

Prekursorką opieki hospicyjnej w Polsce była pielęgniarka Hanna Chrzanowska. Po ukończeniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej, Chrzanowska pogłębiała wiedzę z zakresu pielęgniarstwa społecznego we Francji, Belgii i Stanach Zjednoczonych. Ta wiedza pomogła jej w rozpowszechnianiu idei pielęgniarstwa społecznego. Wyrazem tej idei była podjęta przez nią inicjatywa domowej opieki pielęgniarstwa, mającej na celu objęcie opieką we własnych domach osób przewlekle chorych i umierających, z uwzględnieniem ich potrzeb fizycznych, psychospołecznych oraz duchowych.

W 1981 roku w Krakowie utworzono pierwszy w Europie Wschodniej i Środkowej ośrodek opieki nad umierającymi, powołano pierwsze w Europie Środkowej stowarzyszenie o nazwie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im św. Łazarza”, którego zadaniem było przejęcie od Zespołu Synodalnego idei budowy domu hospicyjnego i organizowania opieki dla chorych. Towarzystwo to stworzyło pierwsze w Polsce stacjonarne Hospicjum św. Łazarza. Przełomowy w organizowaniu terminalnie chorym był jednak rok 1993, kiedy Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Zadania organu miały charakter konsultacyjno-doradczy i opiniotwórczy. W efekcie powyższych działań, na koniec roku 1995 odnotowano istnienie 160 ośrodków pomocy hospicyjnej i paliatywnej, w tym 59 powstałych z inicjatywy społeczno-kościelnej. Na początku roku 1997 liczba placówek opieki paliatywno-hospicyjnej wzrosła do prawie 180, co stawiało Polskę na drugim, po Wielkiej Brytanii, miejscu w Europie. Obecnie w Polsce istnieje około 450 ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej (większość stanowią hospicja domowe), w tym siedem z nich działa w oparciu o akademie i uniwersytety medyczne (włączając dwie katedry medycyny/opieki paliatywnej).

Głównym celem opieki paliatywnej jest dążenie do zaspokojenia psychosocjalnych i duchowych potrzeb pacjenta, umożliwiając mu godne spędzenie ostatniego okresu życia. Opieka ta przeciwstawia się eutanazji, uznając śmierć za naturalną część ludzkiego bytu. Sprzeciwia się również „uporczywej” intensywniej terapii, zmierzającej do przedłużenia życia za wszelką cenę. Bardzo ważnym aspektem tej opieki jest poprawa jakości życia chorego i uśmierzenie bólu.

Jakość życia człowieka jest wartością bardzo subiektywną i zależy od jego stanu psychicznego, cech osobowości, upodobań oraz systemu wartości. Dlatego istotnym elementem opieki paliatywnej jest pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna, która wpływa na poprawę jakości życia chorego. Zaznaczyć należy, iż każdy człowiek inaczej reaguje na pojawiającą się w jej życiu chorobę. Inaczej oceni jakość swego życia pacjent, który biernie podda się zaistniałej sytuacji, nie podejmując żadnych działań w celu jej przewyciężenia, niż osoba poszukująca sposobów pokonania choroby i wydobycia się z kryzysu. Choroba może zatem wpływać na poczucie jakości życia na wielu poziomach równocześnie. Dzieje się tak na przykład w przypadku pacjentów onkologicznych; jeżeli są poddawani chemio i radioterapii, muszą poradzić sobie nie tylko ze skutkami ubocznymi leczenia w wymiarze fizycznym (znaczny spadek odporności, utrata masy ciała, ogólne osła-

bieenie organizmu), ale także psychologicznym i socjologicznym (zaakceptowanie zmian w wyglądzie, takich jak utrata włosów, depresja, zmiana funkcjonowania w rolach społecznych).

Opieka paliatywna jest prowadzona w różnych formach działalności hospicyjnej, do których zaliczamy: domową opiekę paliatywną, hospicja stacjonarne, ośrodki opieki dziennej, szpitalne oddziały paliatywne, ośrodki opieki paliatywnej, ośrodki konsultacyjne i inne poradnie, jak poradnia leczenia bólu, obrzęku limfatycznego, leczenia ran i odleżyn oraz zespoły wspierające rodziny i osieroconych.

Należy zwrócić uwagę na szereg zasad obowiązujących w opiece paliatywnej.

- Opieka paliatywna jest opieką całościową (holistyczną) i obejmuje wszystkie sfery życia chorego: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Jest to dążenie do zaspokojenia indywidualnych, różnych potrzeb chorego.
- Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorego.
- Opieka paliatywna powinna być prowadzona zespołowo. Cały personel powinien współpracować z rodziną chorego, aby można było optymalnie zaspokoić jego potrzeby. Cechą charakterystyczną tej opieki jest zaangażowanie w problemy domu, nawiązanie przyjaźni z pacjentem i jego rodziną oraz pozyskanie ich zaufania.
- Akceptacja nieuchronności śmierci, czyli powstrzymanie się od uporczywej terapii w okresie agonii. Przyzwolenie na ortotanazję, czyli zaniechanie działań w kierunku sztucznego podtrzymywania życia, prowadzenia reanimacji lub ustawicznej terapii w okresie umierania.
- Akceptacja nieuchronności cierpienia. Zdarzają się sytuacje, kiedy nie jesteśmy w stanie sprawić, by człowiek nie odczuwał żadnych przykrych objawów. Musimy uznać, że cierpienie, żal, czy lęk to ludzkie, naturalne odczucia. Konsekwentne przestrzeganie tej zasady powoduje, iż pomoc i opieka stają się bardziej efektywne.
- Akceptacja właściwej pory śmierci. Oznacza to powstrzymanie się od działań, które mają na celu przyspieszenie śmierci i całkowity zakaz dokonywania eutanazji. Zakazane są również „wspomagane samobójstwo” i kryptanazja polegająca na zabiciu człowieka bez jego wiedzy i woli, z powołaniem się na jego dobro lub dobro jego bliskich. Zgodnie z zasadą etyki troski, dopuszczalne jest postępowanie oparte na zasadzie podwójnego skutku. Działania te prowadzą do złagodzenia uciążliwych dla pacjenta objawów, pomimo ryzyka skrócenia życia chorego w wyniku takiego postępowania. Przykładem może być stosowanie bardzo szybko wzrastających dawek opioidów w bólu nie do zniesienia.
- Opieka paliatywna powinna obejmować również rodzinę pacjenta, zarówno w trakcie choroby, jak i po jego śmierci oraz w okresie żałoby.
- Przestrzeganie zasad etycznych obowiązujących w opiece paliatywnej, takich jak: poszanowanie niezależności poglądów chorego, respektowanie jego prawa do prawdy, prywatności, podejmowania decyzji i działania, respektowanie zasady sprawiedliwości – udzielanie opieki wszystkim tym chorym, którzy jej potrzebują, przestrzeganie zasady *primum non nocere*, czyli nie szkodzić i nie sprawiać niepotrzebnego cierpienia oraz przestrzeganie zasady czynienia dobra.

W związku z powyższym, priorytetem opieki hospicyjnej jest dążenie do poprawy jakości życia osób chorych terminalnie i ich rodzin oraz stworzenie godnych warunków dla

zakończenia życia pacjenta. Należy zapewnić pacjentowi umieranie pozbawione cierpień fizycznych i psychicznych, najlepiej w otoczeniu osób bliskich i przyjaznych. Pielęgnacja paliatywno-hospicyjna w Polsce jest dla pacjenta bezpłatna. Pacjenci i ich rodziny nie ponoszą kosztów opieki, która jest świadczona bez względu na wiek, płeć, rasę czy wyznanie.

Kwalifikacja pacjentów do objęcia opieką hospicyjną

Do opieki paliatywnej w specjalistycznych ośrodkach medycyny paliatywnej i hospicyjnej przyjmowani są najczęściej pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową. Ponadto do tej formy opieki kwalifikują się chorzy na AIDS oraz chorzy w terminalnym stadium zwyrodnieniowych chorób neurologicznych.

O przyjęciu powinien decydować lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej. Podstawą przyjęcia powinna być dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie oraz badanie lekarskie. Obecnie wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, co niepotrzebnie wydłuża czas do momentu uzyskania opieki. Chory może zostać objęty pielęgnacją paliatywną, jeżeli cierpi na zaawansowaną chorobę nowotworową lub inną postępującą chorobę ograniczającą życie, której towarzyszą uporczywe objawy, m.in. ból, duszność, nudności i wymioty, zaparcia, wyniszczenie, odleżyny i trudno gojące się rany oraz obrzęk limfatyczny.

W przypadku pacjentów z chorobą nowotworową, opieka powinna być już włączana w trakcie leczenia onkologicznego (najczęściej paliatywnego), w przypadku wystąpienia uporczywych objawów. Na terenie ośrodków onkologicznych powinny działać poradnie medycyny paliatywnej, w których pacjenci z uciążliwymi objawami mogliby uzyskać pomoc. U chorych z innymi schorzeniami opieka może być ograniczona do okresu po zaprzestaniu stosowania terapii przedłużających życie. Wymagana jest wyrażona na piśmie zgoda pacjenta na objęcie tego rodzaju opieką.

W czasie prowadzenia terapii przedłużającej życie, w przypadku pojawienia się uciążliwych objawów, cierpiący na chorobę nienowotworową mogą być konsultowani przez lekarza medycyny paliatywnej. Zasady konsultacji powinny być takie same, jak w przypadku konsultacji z innych dziedzin medycyny. Wynikiem konsultacji winno być wydanie zaleceń dotyczących terapii dokuczliwych objawów.

Pacjenci rejestrują się do opieki paliatywnej osobiście lub za pośrednictwem swoich opiekunów. Poradnia lub ośrodki opieki domowej realizuje świadczenia poprzez paliatywny zespół opieki w domu pacjenta. Objęcie opieką powinni być ci chorzy, którzy mieszkają w danym mieście, jak i na terenie obejmującego go województwa w promieniu 30 km od danego ośrodka.

Pacjenci w lepszym stanie zdrowia kwalifikowani są do poradni opieki paliatywnej, natomiast chorzy wymagający opieki całodobowej - do domowej lub stacjonarnej opieki hospicyjnej. W sytuacji, kiedy rodzina lub opiekunowie chorego, objętego domową opieką hospicyjną, stają się niewydolni opiekuńczo, pacjent taki, po wyrażeniu zgody, może być przekazany do hospicjum stacjonarnego lub oddziału opieki paliatywnej.

Podstawowe pojęcia związane z opieką paliatywną

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka paliatywna jest postępowaniem mającym na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stojących przed problemami związanymi z chorobą ograniczającą życie. To zapobieganie i łagodzenie cierpienia odbywa się poprzez wczesne wykrywanie, ocenę i leczenie bólu oraz innych objawów fizycznych, a także

usuwanie problemów psychosocjalnych i duchowych. Leczenie w opiece paliatywnej ma charakter wszechstronny, całościowy. Aby sprawowana opieka nad pacjentem w hospicjum była kompleksowa, musi ją sprawować zespół wielu wykwalifikowanych profesjonalistów. Jest to grupa interdyscyplinarna, w skład której wchodzi nie tylko lekarze i pielęgniarki, ale także psycholodzy, farmaceuci, socjolodzy, osoby duchowne i pracownicy niemedyczni. Integralną częścią opieki hospicyjnej jest również pomoc rodzinie chorego w okresie żałoby.

Nie należy mylić pojęcia opieki paliatywnej z medycyną paliatywną. Medycyna paliatywna jest specjalnością medyczną, która opracowuje wytyczne i standardy strukturalno-organizacyjne opieki paliatywnej oraz wytyczne postępowania medycznego, zapewniające jego skuteczność. Opieka paliatywna natomiast ma dwojakie znaczenie. W węższym sensie jest to specjalizacja pielęgniarska o dość szerokich uprawnieniach w zakresie samodzielnego jej sprawowania wobec chorych u kresu życia. W sensie szerszym jest używana dla określenia rodzaju tej opieki z uwzględnieniem wszystkich elementów, które ją tworzą. Opieka hospicyjna z kolei jest pierwszą formą opieki paliatywnej, która w dużej mierze opiera się na działalności wolontaryjnej. ■

mgr Edyta Solecka



Małgorzata Gruca

ZOZ Kłobucki;

Oddział Dziecięcy

Koło Terenowe PTP
w Kłobucku

Rola edukacyjna pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z mukowiscyozą – studium przypadku

Wstęp

Mukowiscydoza (złóćnienie torbielowate) jest wieloukładową chorobą metaboliczną uwarunkowaną genetycznie. Dziedziczona jest w sposób autosomalny, recesywny, co oznacza, że chore dziecko odziedziczyło 2 nieprawidłowe geny – jeden od ojca i jeden od matki. Zaburzenie genetyczne prowadzi do zalegania gęstego, lepkiego śluzu, szczególnie w obrębie układu oddechowego i przewodach wyprowadzających enzymy z trzustki do przewodu pokarmowego. Stąd choroba najczęściej objawia się stanami zapalnymi płuc i oskrzeli oraz objawami ze strony układu pokarmowego. Mukowiscydoza charakteryzuje się wielosystemowym, postępującym przebiegiem. Do rozpoznania choroby upoważnia stwierdzenie przynajmniej jednego objawu klinicznego występującego w chorobie lub występowanie mukowiscydozy u rodzeństwa i/lub rodziców lub dodatniego wyniku badania przesiewowego noworodków w kierunku mukowiscydozy łącznie z potwierdzeniem dysfunkcji białka CFTR za pomocą jednego z badań: próba potowa – wykazanie znamiennej wy-

sokich wartości chlorków w pocie; badanie molekularne – wykrycie mutacji w genie CFTR w obu allelach; pomiar potencjałów elektrycznych błony śluzowej nosa – wykazanie dużej przeznabłonkowej różnicy potencjałów.

W zależności od dominujących objawów wyróżnia się kilka typów mukowiscydozy: postać płucną, płucno-brzuszną i brzuszną. U ponad 50% chorych występują objawy ze strony układu oddechowego, u prawie 90% chorych stwierdza się w przebiegu choroby niewydolność trzustki (manifestującą się częstymi, obfitymi stolcami tłuszczowymi i prowadzącą do pogorszenia wchłaniania), u około 10% chorych rozwija się cukrzyca.

Opis przypadku

6-letnia dziewczynka hospitalizowana z powodu zaostrzenia objawów mukowiscydozy. Chorobę zdiagnozowano w okresie noworodkowym (nieδροżność spółkowa, przedłużająca się żółtaczka, mutacja genu delta F508). W ciągu ostatniego roku dziecko średnio co 3 miesiące hospitalizowane z uwagi na powtarzające się zapalenie płuc. Obecnie dominuje ból brzucha o charakterze kolkowym w okolicach prawej części, dziecko odmawia jedzenia, kilka razy zwymiotowało, oddaje cuchnące stolce. W badaniu fizykalnym: wzrost 111cm, waga 17,2 kg, temperatura mierzona pod pachą 36,5°C; na brzuchu widoczna blizna po ileostomii (przebyta nieδροżność smółkowa); palpacyjnie wyczuwalny opór w prawym podbrzuszu; akcja serca miarowa bez patologii, nad płucami słyszalny szmer oskrzelowy i pojedyncze świsty. Zauważalne niewielkie cechy odwodnienia. Postawiono diagnozy pielęgniarские:

1. Przewlekły, napadowy kaszel z odkształcaniem wydzieliny śluzowo-ropnej, spowodowany mukowiscydozą.

Cel opieki: Zapewnienie możliwie najlepszej drożności dróg oddechowych.

Plan opieki: obserwowanie charakteru oraz nasilenia kaszlu, obserwowanie charakteru (kolor, zapach, ilość, częstotliwość odkrztuszanej wydzieliny), stosowanie drenażu ułożeniowego oraz inhalacji, współpraca z fizjoterapeutą w zakresie rehabilitacji oddechowej, stosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych (np. techniki Flatter), stosowanie leków mukolitycznych na zlecenie lekarza, nauka pacjenta i jego rodziców właściwego postępowania podczas inhalacji, oklepywanie i sprężanie klatki piersiowej, zmiana pozycji ułożeniowej, częste podawanie płynów doustnych, zapewnienie higieny jamy ustnej, nawilżanie błon śluzowych jamy ustnej, nauka chorego dziecka i jego rodziców zasad higieny podczas kaszlu (nauka zasłaniania ust i nosa w czasie kaszlu, stosowanie chusteczek jednorazowych), wietrzenie sali, zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali, odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego, nauka i zachęcanie chorego do gimnastyki oddechowej i kaszlu z odpluwaniem wydzieliny.

Ocena działań: Zmniejszenie intensywności kaszlu.

2. Duszności, utrudnione oddychanie

Cel opieki: Zmniejszenie duszności.

Plan opieki: obserwacja oraz ocena stopnia nasilenia duszności, pomiar podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie, saturacja), obserwacja zabarwienia powłok skórnych, odpowiednie ułożenie z oparciem, z zastosowaniem udogodnień w pozycji wysokiej (Fowlera) lub półwysokiej (Semi-Fowlera), wysokiej z pochyleniem do przodu lub półwysokiej bocznej, zapewnienie luźnej, bawełnianej bielizny osobistej, zapewnienie spokoju i ciszy, wietrzenie sali, zapewnienie mikroklimatu (wilgotność 50-60%, temp 18-20°C), pomoc w czynnościach samoobsługowych, podawanie tlenu na zlecenie lekarza, podawanie leków rozkurczowych na zlecenie lekarza.

Ocena działań: Poprawa oddychania.

3. Sinica z powodu niedotlenienia

Cel opieki: Zwiększenie dopływu tlenu (utrzymanie prawidłowych parametrów gazometrii)

Plan opieki: obserwacja zabarwienia skóry twarzy i obwodowych części ciała, podawanie tlenu na zlecenie lekarza.

Ocena działań: Uzyskanie prawidłowych parametrów gazometrii.

4. Zaostrzenie zmian oskrzelowo-płucnych

Cel opieki: Udział w leczeniu.

Plan opieki: obserwacja zmian oskrzelowo-płucnych (duszności, kaszel, świszczący oddech, rodzaj wydzieliny, utrata łaknienia, gorączka, pogorszenie tolerancji wysiłku), pobranie krwi do badania w kierunku stanu zapalnego (CRP, OB), obserwacja w kierunku nasilenia hipoksemii i hiperkapnii (wykonanie pulsoksymetrii, gazometrii), pobieranie płwociny do badania, wymazu z gardła, podawanie antybiotyków doustnie lub dożylnie na zlecenie lekarza.

Ocena działań: Ustąpienie niepożądanych objawów oskrzelowo-płucnych.

5. Tlenoterapia

Cel opieki: Uzyskanie prawidłowego ciśnienia tlenu we krwi

Plan opieki: przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu, przygotowanie zestawu do tlenoterapii, podawanie tlenu za pomocą cewników donosowych lub maski, ustawienie odpowiedniej dawki tlenu, kontrolowanie przebiegu tlenoterapii, obserwacja pacjenta pod kątem niepożądanych skutków ubocznych (np. ból za mostkiem, zaburzenia oddychania, obrzęk zatok obocznych nosa, wzdęcia brzucha, ból głowy, obniżona temperatura ciała, objawy zapalenia tchawicy, wysychanie błon śluzowych dróg oddechowych).

Ocena działań: Ciśnienie tlenu prawidłowe, brak powikłań.

6. Inhalacje

Cel opieki: Upłynnianie lepkiej wydzieliny oskrzelowej

Plan opieki: przygotowanie chorego dziecka i inhalatora oraz leku (dawki, rodzaj leku) zgodnie ze zleceniem lekarza, podanie leku rozrzedzającego oskrzela na zlecenie lekarza, nadzorowanie inhalacji, edukacja pacjenta i jego rodziców/opiekunów w zakresie zasad przyjmowania leków wziewnych.

Ocena działań: Wydzielina oskrzelowa nie zalega i pacjent mniej obawia się zabiegu inhalacji.

7. Częste, nawracające zapalenie płuc.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zapaleń płuc

Plan opieki: zapewnienie stosownej bielizny osobistej i pościelowej, stosowanie odpowiedniej diety z podażą witamin, izolowanie pacjenta od osób z infekcjami wirusowymi, zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali, wykonanie szczepień ochronnych na zlecenie lekarza.

Ocena działań: U pacjentki nie stwierdzono zapalenia płuc.

8. Niedobór masy ciała w wyniku zaburzeń wchłaniania.

Cel opieki: Zmniejszenie zaburzeń wchłaniania pokarmów.

Plan opieki: obserwacja objawów (ból brzucha, wzdęcia, stolec), codzienna kontrola masy ciała, stosowanie diety bogatobiałkowej, bogatotłuszczowej i wysokoenergetycznej, podaż witamin A, D, E zgodnie ze zleceniem lekarza, podaż enzymów trzustkowych na zlecenie lekarza,

Ocena działań: Pacjentka nie zgłasza bólu brzucha, masa ciała nie uległa zmianie.

9. Ryzyko wystąpienia odwodnienia spowodowanego wymiotami

Cel opieki: Likwidacja ryzyka wystąpienia zaburzeń elektrolitowych

Plan opieki: kontrola stopnia nawodnienia chorego (napięcie i elastyczność skóry, sprężystość gałek ocznych, wilgotność błon śluzowych, stopień wypełnienia żył szyjnych), pomiar tętna, ciśnienia, ocena ilości wydalanego moczu, na zlecenie lekarza pobranie krwi do badań w celu określenia poziomu

stężenia Na, Ca Hb, Hct, , K, Mg, białka, glukozy, chlorków, mocznika, prowadzenie bilansu płynów, zachęcanie pacjenta do spożywania napojów, obserwacja wymiocin (rodzaj, kolor, czas i częstota występowania), zabezpieczenie chorego przed zachłyśnięciem się wymiocinami, higiena jamy ustnej pacjenta.

Ocena działań: Pacjentka nie wykazuje cech odwodnienia.

10. Obfite, cuchnące stolce.

Cel opieki: uregulowanie wypróżnień.

Plan opieki: zapisywanie ilości wypróżnień, stosowanie diety i preparatów trzustkowych według wskazań lekarskich, podaż płynów zgodnie ze zleceniem lekarza, zapewnienie pacjentowi intymności, zapewnienie odpowiedniej higieny osobistej, pobieranie kału do badań.

Ocena działań: Pacjent wypróżnia się prawidłowo.

11. Bolesność odbytu.

Cel opieki: Złagodzenie bolesności okolicy odbytu.

Plan opieki: higiena okolicy odbytu, obserwacja okolicy odbytu (zaczerwienienia, pęknięcia), używanie odpowiednich środków do mycia, dokładne i delikatne osuszanie, stosowanie kremów ochronnych i maści.

Ocena działań: Bolesność okolicy odbytu ustąpiła.

12. Niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia (prawokomorowa niewydolność serca) oraz ze strony układu oddechowego (przewlekła niewydolność oddechowa).

Cel opieki: Profilaktyka powikłań.

Plan opieki: całodobowy monitoring (temperatura, oddech, tętno, saturacja, CTK, gazometria), obserwacja zabarwienia powłok skórnych, obrzęków (kostek, okolicy łędźwiowej), prowadzenie bilansu płynów, przygotowanie aparatury do resuscytacji (butli z tlenem, Ambu, ssaka, tacy reanimacyjnej).

Ocena działań: Brak powikłań

13. Nadmierna potliwość (utrata sodu)

Cel opieki: Zapobieganie utracie jonów sodowych, odwodnieniu oraz odparzeniom skóry

Plan opieki: obserwacja w kierunku odwodnienia, pobranie krwi do oznaczenia elektrolitów we krwi (jonów sodowych i chlorkowych), uzupełnienie elektrolitów doustnie lub dożylnie, higiena skóry w okolicach pachowych i pachwinowych.

Ocena działań: Brak objawów nadmiernej potliwości.

14. Niepokój chorego dziecka związany z hospitalizacją, rozłąką z domem i rodzicami

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju

Plan opieki: zapoznanie rodziców z Prawami Pacjenta, Kartą Praw Dziecka oraz regulaminem oddziału, zapoznanie dziecka i rodziców z oddziałem szpitalnym, okazywanie serdeczności i wsparcia, poznawanie problemów i potrzeb dziecka, organizowanie dziecku czasu wolnego (gry, zabawy), umożliwienie dziecku jak najczęstszych kontaktów z rodzicami, nawiązywanie współpracy z nauczycielami lub psychologiem.

Ocena działań: Dziecko mniej się boi.

15. Deficyt wiedzy opiekunów pacjenta dotyczący stosowania diety

Cel opieki: Przekazanie wiadomości dotyczących prawidłowej diety.

Plan opieki: przedstawienie opiekunom przykładowego menu dziecka, dostarczenie ulotek zawierających wskazania dietetyczne, zebranie wywiadu o nawykach żywieniowych chorego i jego preferencjach, poinformowanie o konieczności wizyty u dietetyka, ocena wiedzy rodziców odnośnie diety chorego, zadanie pytań kontrolnych,

Ocena działań: opiekunowie są poinformowani odnośnie konieczności stosowania diety.

Podsumowanie

Opieka leczniczo-terapeutyczna nad dziećmi chorymi na mu-

kowiscydozę powinna być kompleksowa i wielospecjalistyczna. Zarówno pacjent, jak i jego rodzice/opiekunowie świadczący nieprofesjonalną opiekę, powinni być aktywnie zaangażowani w proces leczenia i rehabilitacji, by skutecznie zapobiegać rozwojowi choroby i maksymalnie poprawić jakość życia chorego. Znajomość istoty choroby, jej podstawowych objawów, powikłań i metod leczenia stanowi podstawę walki z mukowiscydozą. Pielęgniarka, jako członek zespołu terapeutycznego stanowi kluczową rolę w przygotowaniu dziecka i jego rodziny do samoopieki i samoobserwacji. Skuteczna pomoc, fachowa porada i wsparcie w chorobie przyczyniają się do powodzenia terapii i umożliwiają choremu i rodzinie w miarę normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Leczenie mukowiscydozy jest działaniem długofalowym, składa się z postępowania doraźnego oraz przewencyjnego w zakresie leczenia choroby-oskrzelowo-płucnej, terapii niewydolności wewnętrzzwydzielniczej trzustki, leczenia żywieniowego, leczenia powikłań i chorób towarzyszących oraz rehabilitacji i szeroko rozumianej edukacji. Należy pamiętać, że choroba przewlekła jaką jest mukowiscydoza ma ogromny wpływ na rozwój psychospołeczny dziecka, dlatego szczególne znaczenie stanowi zapewnienie chorym jak najlepszych warunków do samorealizacji, poczucie bezpieczeństwa realizowane poprzez udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego, a także wsparcie terapeutyczne, którego celem jest zmniejszenie lęku związanego z chorobą. ■



Maria Ambroży

ZOZ Kłobuck,

Oddział Chorób
Wewnętrznych w Kłobucku

Koło Terenowe PTP
w Kłobucku

Stres i jego znaczenie w funkcjonowaniu organizmu.

Wstęp

Pojęcie stresu zostało wprowadzone do użycia przez lekarza fizjopatologa i endokrynologa Hansa Hugona Selye'a, który zdefiniował je jako niespecyficzną reakcję organizmu na bodźce środowiskowe. Bodźce takie nazywamy stresorami albo czynnikami stresogennymi. Stresorem będzie zarówno zranienie kończyny, prowadzące do krwotoku i wymagające zaopatrzenia rany, wnikięcie do dróg oddechowych wirusa grypy, które mobilizuje układ odpornościowy, tak by organizm poradził sobie z infekcją, ale także czynniki psychologiczne, jak na przykład trudna rozmowa z przełożonym, który oczekuje od pracownika zmian w zakresie obowiązków zawodowych. Obecnie różnie definiujemy stres: jako bodziec, kiedy w życiu człowieka zachodzą zmiany wywołujące napięcie i silne emocje, jako reakcję fizjologiczną i psychologiczną będącą konsekwencją działania sytuacji wywołujących stres czy jako proces będący relacją między jednostką a otoczeniem

Mechanizm i wpływ stresu na organizm człowieka

Dwa główne systemy biologiczne biorące udział w reakcji stresowej to układ współczulny i oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (oś HPA). Układ współczulny zostaje aktywowany już w pierwszych chwilach po zadziałaniu stresora i odpowiada za tzw. reakcję walki lub ucieczki. Pobudza on nadnercza do wydzielania adrenaliny i noradrenaliny wywołując rozszerzenie dróg oddechowych i przyspieszenie oddechu (intensywniejsze natlenowanie krwi), zwiększenie stężenia glukozy we krwi (łatwe do zużycia źródło energii), przyspieszenie akcji serca, zwiększenie kurczliwości mięśnia sercowego, rozszerzenie naczyń mięśnia sercowego, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, rozszerzenie naczyń krwionośnych w mózgu i mięśniach szkieletowych, zwężenie naczyń w innych narządach (więcej krwi trafia do narządów, co umożliwia wydajniejszy wysiłek psychiczny i fizyczny). Stres mobilizuje i determinuje do działania, ale jego nadmiar prowadzi do licznych zaburzeń, a nawet schorzeń. Utrzymujące się przez długi czas hiperkortyzolemia i nadczynność układu sympatycznego lub jego dysregulacja prowadzą do osłabienia procesów pamięciowych, immunosupresji, zahamowania produkcji hormonów płciowych, osteoporozy, nadciśnienia tętniczego, tachykardii i zmniejszenia zmienności rytmu serca. Procesy te sprzyjają rozwojowi wielu chorób układu sercowo – naczyniowego, metabolicznych, endokrynnych i nawet nowotworowych.

Liczne badania wskazują na związek stresu z depresją – stanem przygnębienia i złego samopoczucia psychicznego utrzymującym się przez dłuższy czas. Wykazano, że organizm wielu osób chorych na depresję funkcjonuje w podobny sposób jak w stresie. Nie każdy jednak smutek i przygnębienie oznacza depresję. Choroba charakteryzuje się obniżeniem poziomu życiowej energii, brakiem przeżywania radości, obniżonym poczuciem własnej wartości. Towarzyszy jej smutek, płaczliwość, brak zainteresowania życiem, brak motywacji, pesymizm, poczucie bezradności, przekonanie, że życie nie ma wartości. Osoba cierpiąca na depresję obwinia siebie i innych. Jednocześnie z depresją wiąże się zazwyczaj utrata zainteresowania seksem, jedzeniem i wszystkim. Próbuje się to wyjaśniać tym, że depresja jako choroba wiążąca się z dolegliwościami fizycznymi i przykrymi "depresyjnymi" przeżyciami, sama jest mocnym czynnikiem stresującym. Stres jest więc może tylko oczywistą reakcją na tę chorobę. Prawdopodobnie chodzi tu jednak o związek znacznie głębszy. W stresie przewlekłym mechanizmy organizmu działają już nie tylko ochronnie, ale i w szkodliwy sposób. Zarówno w depresji, jak i w stresie przewlekłym obserwuje się z np. brak odpowiedniego (fizjologicznego) hamowania reakcji stresowej. Organizm ujawnia cechy wyczerpania niektórych funkcji. Przykładem może być obniżenie odporności w stresie przewlekłym. Prawdopodobnie ów biologiczny stres zaczyna w jakimś momencie wpływać na czynność ośrodków, które zawiadują nastrojem, energią, mechanizmami snu i procesami poznawczymi, prowadząc do depresji.

Kolejnym zjawiskiem wykazującym związek ze stresem jest wypalenie zawodowe definiowane jako stan zaawansowanego wyczerpania psychiczno-somatycznego związanego z zaistnieniem patologicznych czynników zewnętrznych o długoterminowym działaniu. Wykazano, że syndromowi wypalenia zawodowego najczęściej ulegają osoby, których praca polegała na niesieniu pomocy innym ludziom, co wymaga zaangażowania i ciągłego „dawania siebie innym”. Stan ten spotyka najczęściej pracowników, których kontakt z pacjentami czy klientami nacechowany jest dużym ładunkiem emocjonalnym. Dochodzi do kombinacji fizycznego zmęczenia, emocjonalnego wyczerpania i poznawczego znużenia. Prze-

jawy wypalenia mogą manifestować się w specyficzny dla danej osoby sposób i wykazywać różną intensywność. Wyróżniono trzy grupy symptomów wypalenia:

- fizyczne – poczucie zmęczenia, nawet wyczerpania; obniżona odporność organizmu dająca zwiększoną podatność na zachorowania, bóle głowy, bezsenność, zaburzenia łaknienia, zaburzenia gastryczne,
- behawioralne – na poziomie indywidualnym negatywne i cyniczne postawy wobec pracy, pacjentów i współpracowników, łatwość wpadania w złość, zachowania agresywne, częste konflikty interpersonalne, wzrost spożycia alkoholu, nikotyny, kofeiny, narkotyków i leków, zaniedbywanie obowiązków związanych z pracą, unikanie pracy poprzez spóźnianie się, zwalnianie czy częste przerwy w pracy; na poziomie organizacyjnym – spadek efektywności wykonywanych usług, duża rotacja pracowników, absencje, liczne wypadki, obniżone morale pracowników,
- psychologiczne – uczucie znudzenia, zniechęcenia, wrogości, bezsilności, podejrzliwość, negatywna ocena samego siebie, brak satysfakcji z pracy, niepewność, niezdolność do podejmowania decyzji, wahania nastroju, lęk.

Radzenie sobie ze stresem

W radzeniu sobie ze zdarzeniami stresogennymi bardzo ważne znaczenie ma osobnicza odporność danego organizmu i wykształcone „sposoby radzenia sobie ze stresem”. Niektórym łatwo przychodzi poradzenie sobie z największymi wyzwaniami, ale dla innych nawet proste sprawy stanowią problem, któremu trudno sprostać. Konstrukcja psychologiczna każdej osoby jest wypadkową wielu czynników, nie tylko genetycznych (dziedzicznych), ale także związanych z późniejszym rozwojem osobniczym, na który mają wpływ: wychowanie, nauka, doświadczenia wynikające z kontaktów międzyludzkich, przebyte choroby, infekcje i urazy.

Często słyszymy rady, „żeby unikać stresu” lub „prowadzić bezstresowy styl życia”. Już wiemy że to niemożliwe. Natomiast warto przyjrzeć się cechom charakteru i postawom życiowym, które pomagają lepiej sobie radzić w stresie – jedną z nich jest asertywność. Asertywność to nabyta umiejętność, polegająca na wyrażaniu bezpośrednio własnego zdania i komunikowaniu swoich emocji, tak, aby zadbać o swoje prawa nie naruszając jednocześnie potrzeb innych i nie dopuszczając się postaw agresywnych. Osoba asertywna szanuje własne i cudze granice psychologiczne. Asertywność oznacza umiejętność wyrażania własnych opinii, oczekiwań wobec otoczenia, krytykowania i przyjmowania krytyki, a także świadomość swoich wad i zalet. Nie mylmy asertywności z nachalnością czy stawianiem za wszelką cenę „na swoim”. Uważa się, że ze stresem lepiej sobie radzą osoby tworzące zdrowe relacje z bliskimi (partnerem, rodziną, przyjaciółmi). Z badań wynika, że osoby skłonne do bezinteresownej pomocy rzadziej chorują. Ważne jest rozpoznawanie własnych emocji i sygnałów ciała. Istotne jest skupianie uwagi na sprawach, w które jesteśmy aktualnie zaangażowani – czyli na „tu i teraz” zamiast rozmyślania o przeszłości czy obawach o przyszłość. Pomocne mogą być również „domowe” metody radzenia sobie z napięciem. Warto skorzystać z pomocy bliskich – uważa się, że osoby zdolne do zwierzeń są zdrowsze. Pomocne może być zwiększenie aktywności fizycznej, najlepiej w formie ćwiczeń, które sprawiają nam przyjemność, np. jazda na rowerze, spacer, basen. Korzystne może być stosowanie się do zasad higieny snu czyli udawanie się na spoczynek w stałych porach, np. między godziną 23 a 7, unikanie drzemek popołudniowych, unikanie czytania, oglądania telewizji, spożywania posiłków w łóżku, unikanie kawy i herbaty w godzinach popołudniowych

i wieczornych, zadbanie o wygodne łóżko i cichą, zaciemnioną sypialnię. Większość osób do dobrego funkcjonowania potrzebuje od 6 do 8 godzin snu na dobę. Każdy z nas może mieć swój własny sposób na stres, np. słuchanie ulubionej muzyki, interesująca nas lektura czy poświęcanie czasu swojemu hobby. Pamiętajmy, że łagodzenie stresu alkoholem czy narkotykami pomaga tylko w doraźnej poprawie samopoczucia, nie rozwiązuje problemu i może być pułapką prowadzącą do uzależnienia.

Metodą nie tylko radzenia sobie ze stresem, ale także nabywania nowych umiejętności przeciwdziałających popadaniu w stan szkodliwego stresu są treningi umiejętności społecznych (np. trening asertywności czy trening umiejętności wychowawczych dla rodziców), organizowanych zwykle w formie warsztatów w większych poradniach zdrowia psychicznego, w prywatnych ośrodkach psychologicznych lub psychoterapeutycznych, a czasami w zakładach pracy (treningi interpersonalne dla pracowników). Warto też skorzystać z warsztatów treningu relaksacyjnego czy treningu autogennego. Zajęcia są organizowane w grupach kilku-kilkunastoosobowych, często w dni weekendowe.

W reakcji kryzysowej można skorzystać z pomocy w centrach interwencji kryzysowej. Nierzadko potrzebna jest pomoc dla osoby, która znalazła się w szczególnej sytuacji życiowej, takiej jak bezrobocie, samotne wychowywanie dzieci lub doświadczanie problemów związanych z określoną chorobą - także chorobą osoby bliskiej. Wsparcia w takich sytuacjach udzielają tzw. grupy samopomocowe. Do takich grup należy na przykład ruch AA (anonimowych alkoholików), Al-Anon (grupa wsparcia dla rodzin i bliskich osoby nadużywającej alkoholu), grupy wsparcia dla rodzin i opiekunów osób cierpiących na chorobę Alzheimera czy dla osób walczących z chorobą nowotworową. Skoro przewlekły stres może mieć negatywny wpływ na stan naszego zdrowia, warto rozważyć zgłoszenie się do lekarza i opisanie mu swoich dolegliwości a konkretniej do lekarza medycyny rodzinnej czyli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Jeśli powodem wizyty lekarskiej są bóle głowy, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, podwyższone ciśnienie tętnicze, przyspieszona akcja serca, uczucie nierównego bicia serca, bezsenność, nasilone dolegliwości stawowe lekarz POZ pomoże ustalić w jakim stopniu te dolegliwości są podyktowane uchwytymi zmianami chorobowymi (jak np. owrzodzenia żołądka, arytmia czy zmiany wskazujące na niedokrwienie mięśnia sercowego). Lekarz POZ w niektórych przypadkach kieruje pacjenta na konsultację do poradni specjalistycznych o innym profilu, np. do kardiologa czy do gastrologa.

Stres w pracy pielęgniarek

Jednym z wielu czynników wpływających na zdrowie człowieka są warunki związane z wykonywaną przez niego pracą zawodową. Jeżeli są one dobre, praca staje się źródłem satysfakcji życiowej i pozytywnie wpływa na kondycję pracowników. Środowisko pracy pielęgniarek nacechowane jest stresem. Wynika ono z dużej odpowiedzialności za wartości, jakimi są zdrowie i życie człowieka. Znaczenie mają również częste i intensywne interakcje z osobami cierpiącymi. W wielu przypadkach pielęgniarki nie potrafią walczyć z ciągłym stresem emocjonalnym, co w efekcie może doprowadzić do zespołu wypalenia zawodowego, którego przyczyn należy doszukiwać się w strukturze zawodu, jak również w indywidualnych cechach, postawach i sposobach zachowania się pracownika. Pielęgniarki są szczególnie narażone na utratę satysfakcji zawodowej i ogólnej satysfakcji życiowej.

Spośród wielu stresogennych czynników występujących w miejscu pracy największe źródło stresu dla 70% pielę-

gniarek z Oddziału Intensywnej Terapii stanowi śmierć pacjenta, natomiast dla 71% badanych OIT oraz dla 66% pielęgniarek pracujących w pozostałych przychodniach źródłem stresu jest nerwowa atmosfera w pracy i zła organizacja.

Konfrontacja ze śmiercią wzbudza refleksje także nad własnym życiem. Doświadczenie realności śmierci wzbudza przeważnie lęk i przerażenie. Obawa ta jest czymś zupełnie naturalnym, ponieważ zbyt mało wiemy o śmierci i zbyt duże zmiany wywołuje w naszym życiu. Praca, która stwarza warunki do codziennego kontaktu z umieraniem i śmiercią, tworzy specyficzne zawodowe problemy. Długie przebywanie pacjenta na oddziale sprzyja nawiązywaniu przyjaznych relacji, których zerwanie bywa dotkliwie odczuwane przez personel opiekujący się chorym.

Z badań wynika, że dla 63% badanych z OIT sytuacją najbardziej stresującą jest reanimacja, dla 47% pielęgniarek pracujących w przychodniach - konflikty z przełożonymi lub lekarzami, natomiast dla 55% respondentek z Oddziałów Neurologicznych - śmierć pacjenta.

Pielęgniarki mające kontakt z umieraniem i śmiercią muszą być dobrze przygotowane do swoich zadań, starają się zaakceptować tę sytuację, choć za każdym razem mocno przeżywają odejście pacjenta, ale tak naprawdę dopiero praktyka zawodowa uczy jak postępować w obliczu śmierci. Opiekując się chorym, nie myślą o śmierci, ale o tym, by swoją obecnością wnieść do jego życia isierkę nadziei. Zawód pielęgniarski charakteryzuje się wysokim poziomem wymagań emocjonalnych. Istotą pracy pielęgniarskiej jest bowiem bezpośredni kontakt z chorobą, ludzkim cierpieniem, często ze śmiercią. Wszystkie te czynniki mogą prowadzić do silnych negatywnych emocji takich, jak: złość, wstręt, pogarda, strach, nerwowość. Wysoki poziom negatywnych emocji łączy się z obniżonym samopoczuciem oraz niezadowoleniem z życia zawodowego i rodzinnego. Osoby te są szczególnie podatne na doświadczenie stresu w pracy. Silne negatywne emocje mogą być sygnałem wskazującym na zjawisko wypalenia zawodowego. Analizując ten problem stwierdzono, że u 53% badanych pracujących na OIT występuje niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy, natomiast 47% pielęgniarek pracujących w przychodni odczuwa poirytowanie i brak cierpliwości w realizowaniu się w domu. ■



**Mgr Magdalena
Osińska**

Członek Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarskiego
w Częstochowie

Struktura i funkcja nerek w wieku podeszłym

Wstęp.

W ciągu ostatnich 50 lat zauważalne jest starzenie się społeczeństw wraz ze wzrostem populacji ludzi w podeszłym

wieku. Wiąże się to niewątpliwie z rozwojem medycyny oraz szeroko pojętej higieny życia. Należy także pamiętać, że obecnie mija 60 lat bez konfliktów wojen o zasięgu światowym, co również ma wpływ na starzenie się społeczeństw. Według Światowej Organizacji Zdrowia w drugiej połowie XX wieku przeciętne trwanie życia wydłużyło się o 20 lat, a co dziesiąty mieszkaniec naszej planety ma powyżej 60 lat.

Obecnie w krajach Europy Zachodniej żyje ponad 21% osób powyżej 60 roku życia, natomiast Polsce odpowiednio 15%. Prognozuje się, że w roku 2050 osoby po 65 roku życia mają stanowić 30 % populacji.

Na świecie szacuje się, że liczba osób starszych wzrośnie z 600 milionów w 2000 roku do prawie 2 miliardów w 2050 roku. Różne państwa przechodzą proces starzenia się społeczeństw w różnym tempie. W 1982 r problem szybkiego starzenia dotyczył głównie krajów wysoko rozwiniętych, obecnie najszybciej proces ten przebiega w krajach rozwijających się. Najszybciej starzeją się społeczeństwa państw azjatyckich i latynoamerykańskich, w których odsetek ludzi starszych osiągnie w 2050 r poziom 20-25%.

Wśród populacji osób starszych najszybszy wzrost zachodzi w grupie najstarszych ze starszych, czyli wieku 80 lat i więcej. W 2000 roku było 70 milionów w tej grupie, a według szacunków w roku 2050 liczba tych osób wzrośnie pięciokrotnie. W Polsce, podobnie jak w większości krajów na świecie wyraźnie zaznaczył się proces starzenia się ludności, jego intensywności będzie nadal wzrastać. W latach 1950-2000 liczba osób starszych wzrosła dwukrotnie, odpowiednio w 1950 roku – 8,2% do 16,4 % w 1998r. Obserwowana w Polsce w latach 90 stała poprawa sytuacji w zakresie umieralności wpływa w pozytywny sposób na przeciętność długości życia.

Istotny jest również spadek liczby urodzeń, który doprowadzi do zmniejszenia procentowego udziału dzieci i młodzieży w społeczeństwie.

Starzenie się populacji rodzi konsekwencje społeczne, ekonomiczne i polityczne. Następuje zmiana zakresu i charakteru problemów zdrowotnych. Ludzie starsi stają się głównymi konsumentami świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej. Według statystyk WHO niepełnosprawność jest silnie powiązana z wiekiem- problemy z samodzielnością, codzienną egzystencją ma w grupie osób w wieku 75 i więcej ponad 30% populacji, natomiast wieku 85 lat i powyżej aż 70%.

Podstawowym zmianom demograficznym towarzyszą również znaczące zmiany w epidemiologii chorób. To głównie schorzenia układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego, kostno-stawowego, a także układu moczowego. Dotyczy to wielu chorób, także tych, które zwykle występowały wśród młodszej populacji, jak na przykład pierwotne kłębuszkowe zapalenie nerek.

Nic, zatem dziwnego, że pośród chorych z przewlekłą niewydolnością nerek coraz większą grupę stanowią pacjenci w wieku podeszłym. Obserwuje się to głównie w krajach wysoko rozwiniętych z dobrze funkcjonującym systemem leczenia nerkozastępczego.

Struktura i funkcja nerek w wieku podeszłym

W ciągu 30 lat życia (osoby pomiędzy 50 a 80 rokiem życia) przepływ krwi przez nerki obniża się niemal o połowę, z blisko 1.0 l/min do około 500 ml/min. Głównym czynnikiem wpływającym na to zjawisko jest wybiórcze zmniejszenie części łożyska naczyniowego nerek, przy czym obniża się nie tylko przepływ krwi przez korę nerek, natomiast przepływ przez część rdzeniową zostaje zachowany. Wskutek tego procesu obniża się klirens inuliny za 100 ml/min do 65 ml/min, natomiast frakcja filtracyjna pozostaje na poziomie 20-24%.

Zmiany funkcji nerek są konsekwencją zmian morfologicznych zachodzących podczas starzenia się organizmu. Po pierwsze dochodzi do znacznego zmniejszenia się narządu, co objawia się spadkiem masy nerek nieomal o jedną czwartą. Ubytek masy dotyczy głównie części korowej, zaś w dużo mniejszym stopniu rdzenia nerek. W ciągu 40 lat życia dochodzi do spadku ilości komórek w kłębuszkach nerkowych i stopniowego zaniku cewek nerkowych nawet o 34 %.

Zmiany cewkowe polegają między innymi na skróceniu ich długości oraz znacznym zmniejszeniu pojemności cewek nerkowych, co dotyczy głównie cewek proksymalnych. Np. ich pojemność u osób w wieku 20-39 lat wynosi 0,076 mm³, natomiast w wieku 80-100lat 0,050 mm³.³ W błonie podstawowej zarówno kłębuszków nerkowych jak i również cewek nerkowych może występować ogniskowe pogrubienie błony podstawowej. Zmiany te są spowodowane gromadzeniem się kolagenu typu IV.

Płacikowa budowa kłębuszków zostaje częściowo zatarta, wzrasta ilość komórek nabłonkowych, co powoduje ograniczenie wielkości powierzchni filtracyjnej.

Zmniejszenie kłębuszków nerkowych oraz obecności wśród nich do 10 % kłębuszków stwardniałych powoduje duże trudności w interpretacji biopłatów nerki pochodzących od osób w podeszłym wieku.

Tabela nr 1

Zmiany anatomiczne i strukturalne w nerkach u osób w podeszłym wieku
Zmniejszenie masy nerek
Zmniejszenie liczby kłębuszków nerkowych o 25-30% w 70 r. ż.
Stwardnienie kłębuszków nerkowych o 10-30% w 70 r. ż.
Zwiększenie liczby włókien tkanki śródmiąższowej w części rdzeniowej nerek
Zmniejszenie długości cewek nerkowych o 25-30 % w 70 r. ż.

Dodatkowo nakładają się na to zmiany w tkance śródmiąższowej o charakterze niewielkiego odczynu zapalnego z obecnością nacieków komórkowych i postępującego bliznowacenia.

W obrębie cewek dystalnych pojawiają się uchyłki, zwykle wypełnione przez złuszczone komórki nabłonkowe i nierzadko bakterie. Uchyłki te mogą się przekształcać w proste torbiele retencyjne, częste u osób starszych.

Ze zmianami w cewkach nerkowych są związane zaburzenia w zagęszczaniu moczu spowodowane najprawdopodobniej upośledzeniem transportu w ramieniu wstępującym pętli Henlego, co prowadzi do upośledzenia zagęszczania moczu w części rdzeniowej nerki. Z powodu zmniejszonego wydalania jonów wodorowych oraz syntezy jonów amonowych w komórkach cewek dochodzi do stanu niepełnej kwasicy metabolicznej u osób w wieku podeszłym. Wystarczy wówczas niewielkie zachwianie równowagi (infekcja, odwodnienie), aby doszło do objawowej kwasicy. Jest to szczególnie istotne zagrożenie, ponieważ często u tych osób istnieje niewydolność krążenia a zarazem upośledzenie pragnienia u osób starszych. Ze zmianami, w śródmiąższu wiążą się również zaburzenia oszczędzania sodu, co może doprowadzić do pogorszenia funkcji nerek oraz spowodować hipotonię, ortostatyczną (upośledzenie odpowiedzi baroreceptorów na przyjęcie pozycji pionowej).

Zaburzenia w wydalaniu jonu potasu ujawniają się w sytuacji obciążenia ustroju nadmiernym jego ładunkiem (preparaty potasu, krwawienie do światła przewodu pokarmowego, masywne przetoczenie krwi), w chorobach przebiegających z kwasicią bądź podczas leczenia diuretykami oszczędzającymi potas (spironolakton, amyloryd) oraz inhibitorami konwertazy angiotensyny. Działania aldosteronu jest jednym z mechanizmów obronnych zapobiegającym nadmiernemu stężeniu potasu w surowicy. Dodatkowo dochodzi do przebudowy w obrębie nerkowych naczyń tętniczych. W miarę postępu procesu starzenia się w ścianach większych naczyń nerkowych pojawiają się różnego rodzaju zmiany stwardnieniowe, które niekorzystnie wpływają na wielkość światła naczyń. Zmiany te w niewielkim stopniu dotyczą tętniczek, bowiem u osób starszych z prawidłowym ciśnieniem zmiany stwardnieniowe w tętniczkach nerkowych stwierdza się jedynie w 15% przypadków.

Tabela 2

Zmiany czynnościowe w nerkach wywołane starczymi procesami inwulucyjnymi

Obniżenie przepływu krwi przez nerki (spadek z wiekiem o 30-50%)	
Obniżenie wielkości filtracji kłębuszkowej (spadek z wiekiem o 30-50%)	
Upośledzenie funkcji cewek proksymalnych	
▪	Zmniejszenie reabsorpcji glukozy
▪	Zmniejszenie reabsorpcji fosforanów
▪	Zmniejszenie maksymalnego wydalania jonów fosforanów
Upośledzenie funkcji cewek dystalnych	
▪	Upośledzenie oszczędzania sodu
▪	Zmniejszenie zdolności wydalania ładunku sodowego
▪	Zmniejszenie zdolności wydalania ładunku potasowego
▪	Upośledzenie zdolności zagęszczania moczu
▪	Upośledzenia zdolności rozcieńczania moczu
▪	Upośledzenie zdolności zakwaszania moczu

U osób powyżej 70 roku życia z prawidłowym ciśnieniem zwiększa się częstość zmian podobnych u osób młodych z nadciśnieniem tętniczym, a więc zwężenia tętnic między płatowych i zwiększenia krętości tętnic wewnątrzplacikowych. Wszystkie te zmiany powodują, że postuluje się nawet istnienie neuropatii związanej z wiekiem (age nephropathy).

Tabela 3

Czynniki ryzyka neuropatii związanej z wiekiem (age nephropathy)

1	Płeć męska
2	Podłoże genetyczne
3	Nadciśnienie tętnicze
4	Hiperlipidemia
5	Otyłość
6	Ekspozycja na patogenny
7	Dieta wysokobiałkowa

Najważniejszym wskaźnikiem sprawności wydaliniczej nerek jest wielkość przesączania kłębuszkowego (GFR, glomerular filtration rate). Jednak do obliczania klirensu kreatyniny wymagana jest dobowa zbiórka moczu i oznaczenia w nim

kreatyniny. U osób w wieku podeszłym dokładne zebranie moczu z całej doby jest z reguły utrudnione, a niekiedy wręcz niemożliwe.

U osób w wieku starszym podwyższenie stężenia kreatyniny w surowicy następuje dopiero przy znacznym spadku przesączania kłębuszkowego. W procesie niepowikłanego starzenia się organizmu bardzo rzadko występuje obniżenie przesączania kłębuszkowego powodujące wzrost stężenia kreatyniny w surowicy powyżej 1,3 mg/dl, tak, więc wartości wyższe niemal zawsze wskazują na schorzenie nerek.

Podsumowując, należy stwierdzić, że u większości osób w podeszłym wieku dochodzi do wielu zaburzeń organicznych i czynnościowych w nerkach. Składają się one na zespół kliniczny, który określa się mianem neuropatii związanej z wiekiem. Na dodatek u wielu starszych ludzi istnieją dodatkowe czynniki ryzyka, mogące wpłynąć na rozwój powyższych zmian. Jednocześnie należy pamiętać, że nefropatia związana z wiekiem rzadko występuje w czystej postaci, towarzyszą jej, bowiem na przykład zmiany cewkowo-mięższowe spowodowane działaniem leków lub też nawracającymi infekcjami układu moczowego, które często występują w podeszłym wieku. ■

PIELĘGNIARKA JAKO CZŁONEK ZESPOŁU DIAGNOSTYCZNO - TERAPEUTYCZNEGO

Medycyna jest dyscypliną wciąż ewoluującą, wzbogacającą się o nowe zdobycze naukowe, techniczne i badawcze.

Na przestrzeni wieków można zaobserwować jak zdobywane doświadczenie, powstawanie publikacji medycznych, rozwój myśli technicznej, postęp cywilizacyjny, rozkwit elektroniki znalazły swoje zastosowanie w działaniach medycznych.

Dynamiczny rozwój nauk, z których czerpie medycyna takich jak: biochemia, fizyka, genetyka, biologia, analityka laboratoryjna spowodowały, że choroby, wobec których lekarze do niedawna byli bezradni, stały się dziś schorzeniami wcześniej wykrywalnymi i leczonymi z dobrym skutkiem.

Choroba postrzegana, jako problem społeczny, zagrożenie życia, dyskomfort jednostki, zaburzenie natury bio-psychosocjalnej jest powodem podjęcia szybkich działań, zmierzających do jej wyeliminowania i przywrócenia równowagi w organizmie.

Powrót chorego do zdrowia jest często procesem złożonym, długotrwałym i wieloetapowym. Szybka, właściwa i ukierunkowana diagnostyka jest punktem wyjścia do postawienia trafnego rozpoznania i podjęcia działań terapeutycznych.

Choroba jest zaburzeniem prawidłowej pracy organizmu i jako taka stanowi nie tylko zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka, ale niesie ze sobą konsekwencje społeczne (izolacja) i ekonomiczne (utrata pracy, konieczność przekwalifikowania się, mniejsze zarobki). Są to wystarczające powody, by traktować ją jako zjawisko niepożądane, wymagające jak najszybszego wyeliminowania. By tak się stało, trzeba najpierw ustalić przyczyny wywołujące niepożądane zmiany i poznać objawy choroby.

Następnie przeprowadzić odpowiednie badania i analizy, a potem wykorzystując posiadaną wiedzę, intuicję dokonać wnioskowania i dostosowania pozyskanych informacji do określonej jednostki lub zespołu chorobowego. Takie działania umożliwiają szybkie i trafne postawienie diagnozy, pozwalającej na wdrożenie odpowiedniego leczenia. Sposobów

diagnozowania jest bardzo dużo. Od wywiadu począwszy, przez badania fizykalne, diagnostykę analityczną, obrazową, endoskopową, badanie wycinków tkanek, aż po analizy genetyczne i molekularne. Diagnostyka jako nauka na przestrzeni lat bardzo się rozwinęła. Pozwala to na szybsze, bardziej precyzyjne diagnozowanie różnicujące lub wskazujące na konkretną chorobę. Naprzeciw tym działaniom wyszła technika, elektronika, media, rozwój baz danych zawierających opisy przypadków, tabele wyników badań. Wszystko to po to, by pobyt chorego w szpitalu skrócić do niezbędnego minimum, przy jednoczesnym uzyskaniu zadowalających efektów leczniczych.

Diagnozowanie pacjenta powinno rozpocząć się w chwili przyjęcia chorego w oddział. Pierwszy kontakt z chorym pozwala: określić stan świadomości, sposób poruszania się, wygląd ogólny, stan odżywienia. Niezależnie od wywiadu lekarskiego, pielęgniarka powinna zebrać własny wywiad – pielęgniarski, pozwalający jej ustalić hierarchię potrzeb pacjenta i plan opieki nad nim. Powinna zwracać uwagę na objawy zgłaszane przez chorego i te niezgłaszane (np. tachycardia, ortopnoe, zmiany psychiczne). Dokonywanie pomiarów (np. temperatury, tętna, wzrostu, wagi, obwodów, liczby oddechów, ciśnienia tętniczego) pielęgniarka wykonuje samodzielnie bez udziału lekarza. Większość materiałów do diagnostyki analitycznej (np. krew, mocz, wydaliny, wydzieliny, wymazy, posiewy) są również pozyskiwane przez pielęgniarkę. Wykonuje też zestawienia wartości glikemii (profile glikemii), bilanse wodne (ilość płynów przyjętych i wydalanych przez pacjenta), dobową zbiórkę moczu, prowadzi karty cukrzycowe, obserwacyjne, karty odleżyn, dokumentację wszelkich pomiarów przyrostu wagi, obwodów, godzinowych pomiarów RR. Podstawą wszystkich tych działań jest rzetelna, wyczerpująca i zrozumiała informacja, którą chory powinien uzyskać przed podjęciem jakichkolwiek działań diagnostycznych. Pacjent musi być poinformowany co do planowanych wobec niego badań. Musi poznać termin ich wykonania, sposób przygotowania do badań, przebieg, orientacyjny czas trwania badań oraz mogące wystąpić powikłania i niedogodności w czasie ich realizacji.

Należy również przedstawić choremu właściwy sposób zachowania po przeprowadzeniu badań, by zminimalizować możliwość wystąpienia powikłań. Pacjent musi wyrazić zgodę na każde wykonywane u niego badanie (jeśli jest przytomny), na wiele z nich musi wyrazić zgodę pisemną (niektóre badania inwazyjne, z użyciem kontrastu, genetyczne, obciążone dużym ryzykiem powikłań). Dokładne zapoznanie pacjenta z planowanymi badaniami, przygotowaniem, przebiegiem i ewentualnymi powikłaniami, zwiększa szanse na świadomą współpracę chorego w trakcie badań. Powoduje to również zmniejszenie stresu związanego z brakiem informacji i strachem przed nieznanym. Jest grupa badań, które wymagają zebrania dodatkowego wywiadu, ukierunkowanego na konkretne przeciwwskazania do badań.

Dla przykładu:

- uczulenie na kontrast (jeśli wcześniej badanie z użyciem takowego spowodowało reakcję alergiczną lub wstrząsową)
- posiadanie metalowych gwoździ, czy płytek w organizmie (przeciwwskazanie do IMR)
- klaustrofobia (przeciwwskazanie do IMR i TK)
- omdlewanie przy pobieraniu krwi (pobiera się wówczas krew w pozycji leżącej) itp.

Zatem informacje przekazane choremu i uzyskane od niego przed badaniem, mają nie tylko uświadomić i uspokoić chorego, ale również zapewnić mu maksymalne bezpieczeństwo.

Określona grupa działań diagnostycznych opiera się na współpracy pielęgniarki i lekarza. Niektóre z tych badań wymagają wcześniejszego, nawet kilkudniowego przygotowania. Wymagana jest odpowiednia dieta lub głodówka, usunięcie nadmiaru gazów z jelit chorego lub wykonanie wlewu przeczyszczającego, założenie wejścia żylnego (do podania kontrastu) lub przygotowanie farmakologiczne. Wszystkie te działania wykonuje pielęgniarka. Przygotowuje również gabinet zabiegowy i zestaw niezbędny do przeprowadzenia badania. Są takie działania diagnostyczne, w których pielęgniarka asystuje lekarzowi przy badaniu lub pozyskiwaniu materiału. Gdy lekarz pracuje w oparciu o jałowy materiał i sprzęt oraz jałowe pole działania (np. biopsja wątroby), pielęgniarka podaje mu potrzebne materiały w sposób zachowujący jałowość. Kontroluje stan chorego, uspokaja go, zabezpiecza pobraną próbkę, opisuje i ma kontrolę na całościowym przebiegu badania. Zapewnia choremu bezpieczeństwo i kontrolę jego stanu po zakończeniu badania. Właściwa, spokojna, fachowa współpraca pielęgniarki i lekarza zwiększa szanse na prawidłowy przebieg badania, uzyskanie celu i upewnia chorego o fachowości i zgraniu zespołu. W czasie wszystkich badań diagnostycznych należy nawiązywać kontakt z pacjentem, co odstresowuje chorego i zapewnia, że stale jest w centrum uwagi badającego.

Uzyskane materiały analityczne powinny być przez pielęgniarkę odpowiednio opisane, zabezpieczone, przechowywane i transportowane w zalecanych warunkach. W czasie badań obrazowych czy endoskopowych pielęgniarka jest osobą dostarczającą chorego do pracowni, pomagającą przyjąć choremu odpowiednią pozycję, dbającą o bezpieczeństwo pacjenta w czasie badania oraz transportu chorego. Zgodnie z zasadą „znajduje ten kto szuka – właściwie poszukuje ten, kto wie co chce znaleźć”, pielęgniarka powinna znać podstawowe objawy diagnozowanych chorób. Jako osoba, która z pacjentem spędza najwięcej czasu, dokonuje szeregu obserwacji i spostrzeżeń dotyczących narastania lub ustępowania objawów chorobowych, odpowiedzi organizmu na zastosowane leczenie, poprawy lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Zauważone zmiany w stanie chorego jest zobowiązana niezwłocznie zgłosić lekarzowi. Lekarz natomiast powinien szybko i właściwie interweniować, biorąc słowa pielęgniarki za pewnik i punkt odniesienia. Nie należy zapominać o znaczącej roli w procesie diagnostycznym analityków medycznych, histopatologów, pracowników radiologii, hematologów, analityków pracowni genetycznych i molekularnych. To na ich analizach, obliczeniach i pomiarach opiera się wiedza dotycząca zmian biochemicznych, genetycznych, obrazowych. Od dokładności analizy, szybkości jej przeprowadzenia, zastosowania najnowocześniejszych odczynników i metod badawczych, warunkowana jest diagnoza lekarska i przebieg całego procesu leczenia.

Tak więc diagnostyka chorego odbywa się w oparciu o współdziałanie całego zespołu diagnostyczno – terapeutycznego. Lekarza (zlecającego i wykonującego badania oraz interpretującego jego wyniki i ustalającego diagnozę). Pielęgniarki (pobierającej materiał do analizy, przeprowadzającej wnikliwą obserwację chorego i pomiary oraz asystującej lekarzowi w diagnostyce pacjenta). Pracowników analitycznych i techników pracowni obrazowych (wykonujących badania, przeprowadzających analizy dostarczonego materiału).

Właściwa współpraca wszystkich trzech elementów zespołu diagnostyczno – terapeutycznego powinna opierać się na zaufaniu, szacunku, życzliwości i działaniu ukierunkowanym na dobro chorego. Na szczególną uwagę zasługuje partnerskie współdziałanie pielęgniarki i lekarza, gdyż oni pracują bezpośrednio z chorym.

Współczesna pielęgniarka jest dobrze przygotowana merytorycznie, technicznie i posiada odpowiednie doświadczenie. Potrafi wnikliwie obserwować, wnioskować i planować.

Jest samodzielną w działaniu, przedsiębiorczą i odpowiedzialną. Jest nie tylko wykonawczynią zleceń lekarskich, ale również autonomicznym członkiem zespołu diagnostyczno – leczniczego. Jej uwagi, obserwacje, sugestie, prognozy i plany działań powinny być uwzględnione i rozpatrywane z uwagą, jako źródło rzeczowej i fachowej informacji. Źródło wiedzy o stanie pacjenta i wszelkich zmianach jakie zaszły w ciągu trwania dyżuru stanowi również pisemny raport o stanie chorego, odnotowany w karcie indywidualnej pielęgnacji. Korzystanie z informacji dostarczonych przez pielęgniarkę, dokładne wykonywanie zleceń lekarskich, rzetelna analiza materiałów diagnostycznych to gwarancja dobrze, szybko i sumiennie przeprowadzonej diagnostyki. Te trzy elementy wzajemnie się przenikają i uzupełniają. Diagnoza jest zatem wypadkową obserwacji, badań, wiedzy, intuicji i wnioskowania, które uzupełnia dobra, fachowa współpraca wszystkich członków zespołu diagnostycznego.

Każdego dnia przystępując do pracy z pacjentem, należy pamiętać, że działania te dotyczą najwrażliwszej, najdelikatniejszej i najcenniejszej materii, jaką jest żywy człowiek. ■

mgr Mariola Śleżiona



Opinie prawne

Przedruk z Biuletynu Informacyjny OIPIP w Rzeszowie marzec-kwiecień 2014r

Leżajsk, 14 marca 2014 roku

OPINIA PRAWNA

Czy pielęgniarka zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego w dalszym ciągu wykonuje zawód pielęgniarki?

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 757).

Odpowiedź:

Zgodnie z art. 4 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Z kolei art. 27 ust. 1 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 757) wskazuje, iż do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia;
- przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zwanej dalej „kierującym”, niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia.

Należy mieć również na względzie, iż zgodnie z art. 26 ust. 2 w/w ustawy dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

- posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- posiada wykształcenie wymagane dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
- przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala.

Radca prawny Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Pani Iwona Choromańska w opinii prawnej dot. „przerwy w wykonywaniu zawodu przez pielęgniarki zatrudnione na stanowisku dyspozytora medycznego w Centrum Powiadamiania Ratunkowego” sporządzonej co prawda na gruncie Ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. 2009 nr 151 poz. 1217), uchylonej dnia 1 stycznia 2012 roku - wypowiada się pozytywnie na temat możliwości uznania pracy wykonywanej na stanowisku dyspozytora medycznego jako wykonywanie zawodu pielęgniarki.

Przepisy zarówno uchylonej, jak i aktualnie obowiązującej ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej w tym zakresie odpowiadają sobie wzajemnie, toteż warto przytoczyć końcowe stanowisko prezentowane w tym zakresie przez NIPIP.

Mianowicie, „pielęgniarka zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego, zobowiązana jest posiadać odpowiednie wykształcenie medyczne oraz legitymować się określonym stażem pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Powyższy wymóg ustawowy jest niezbędny, albowiem pielęgniarka w trakcie prowadzonej rozmowy telefonicznej z pacjentem lub osobą wzywającą pomocy przeprowadza wywiad medyczny, diagnozuje zaocznie stan zdrowia pacjenta, podejrzewaną dolegliwość, doradzając niezbędne środki do zastosowania itp. Powyższe czynności mieszczą się pod pojęciem rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych, w szczególności poprzez przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa

medycznego na miejsce zdarzenia; przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy; przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia.

W aspekcie powyższego, wydaje się zasadnym stanowisko uznające okres pracy pielęgniarki na stanowisku dyspozytora medycznego za wykonywanie zawodu [...]. Przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nie nakładają żadnych dodatkowych wymogów w zakresie potrzeby bezpośredniego wykonywania świadczeń. Należy podkreślić, iż edukacja zdrowotna jako czynność, zawsze wykonywana jest jako omówienie sposobu działania oraz instruktaż, który może zostać udzielony również przez telefon w trakcie prowadzonej bezpośrednio rozmowy z pacjentem lub osobą wzywającą pomoc".

In fine należy zatem wskazać, iż świadczenie pracy na stanowisku dyspozytora medycznego jest wykonywaniem zawodu pielęgniarki w rozumieniu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. ■

Opinię przygotował
Adw. Janusz Szpila



Ministerstwo Zdrowia

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, 02.05.2014
Departament Pielęgniarek i Położnych

MZ-PP-077-3567-262/KW/14

Pani
Maria Matusiak
Przewodnicząca Rady Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych

W odpowiedzi na pismo z dnia 31 marca br., znak SIPP/VIII-6/442/14, w sprawie opinii dotyczącej przestrzegania przez szpitale spółki zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. L. poz. 1545), Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje w załączeniu Stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia br. ■

Z poważaniem
Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 30.04.2014

Stanowisko

dotyczące rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Zakres spraw regulowanych w rozporządzeniu z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, które weszło w życie w dniu 1 stycznia 2013 r., wynika z upoważnienia określonego w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.), który wskazuje, że Minister Zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Rozporządzenie nie zawiera przepisów regulujących zatrudnienie czy też organizację pracy, a jedynie wskazuje sposób ustalenia minimalnych norm.

Rozporządzenie zawiera kryteria, które powinny być uwzględnione przy określaniu kategorii opieki do której może zostać zakwalifikowany pacjent, co z kolei powinno być ważnym elementem przy określaniu zasad opieki nad pacjentem i stanowić podstawę do podejmowania przez kierownika podmiotu leczniczego decyzji dotyczącej liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych na danym oddziale.

Kierownik, zarządzający konkretnym podmiotem leczniczym, zna wszystkie jego uwarunkowania, które wpływają na zapewnienie opieki nad pacjentem.

Ostateczna decyzja w sprawie ustalenia minimalnej liczby pielęgniarek i położnych, zatrudnianych, np. na danym oddziale powinna uwzględniać opinie przedstawicieli samorządu zawodowego i związków zawodowych, dla których uprawnienie do opiniowania norm ustalonych przez kierownika podmiotu leczniczego wynika z przepisu art. 50 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.).

Wypracowanie, w drodze tych uzgodnień, norm zatrudnienia to zadanie i odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego, który podlega przepisom rozporządzenia.

Rozporządzenie zawiera załączniki przy wykorzystaniu których można określić kategorię opieki dla poszczególnych pacjentów. Istotne jest ustalenie średnich czasów świadczeń pielęgniarskich pośrednich, bezpośrednich i średniego czasu dyspozycyjnego pielęgniarki, właściwych dla danej jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego, a następnie na podstawie wzoru można obliczyć minimalną normę zatrudnienia.

Wartości czasów dla wykonania świadczeń pielęgniarskich są opisane w dostępnej literaturze fachowej na podstawie wcześniej przeprowadzonych badań. Mogą być one wykorzystywane lub modyfikowane w zależności od specyfiki danego podmiotu, sposobu organizacji pracy i innych kryteriów.

Należy zauważyć, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), podobnie jak rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) określało sposób ustalania minimalnych norm w zakładach opieki zdrowotnej (obecnie: podmiotach leczniczych), a nie zatrudnienie. Rozporządzenie z dnia 21 grudnia 1999 r. było aktem prawnym, który obowiązywał 12 lat, dlatego też świadczeniodawcy byli zobowiązani ustalać minimalne normy zatrudnienia zgodnie zapisami powyższego aktu prawnego i stosować je w praktyce.

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) zape-

wniały podmiotom leczniczym wystarczającą ilość czasu na ustalenie nowych, zgodnych z rozporządzeniem norm (ostateczny termin ich określenia upłynął dnia 31 marca 2014r.).

Ponadto regulacje w zakresie stosowania minimalnych norm obowiązują każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą realizujący świadczenia gwarantowane finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych.

Każdy świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520). Przy czym należy podkreślić, iż w przypadku pielęgniarek i położnych, zgodnie z § 5 ust. 4, zapewnienie opieki pielęgnarskiej lub położnych, w zakresie nieuregulowanym w przedmiotowym rozporządzeniu, następować będzie z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.). Zgodnie z przepisami wskazanej ustawy niniejsze normy zatrudnienia pielęgniarek dotyczą podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Natomiast zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), podstawą udzielania świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r., z późn. zm., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, w części określającej warunki wspólne wobec świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji, świadczeniodawca zobowiązany jest do udokumentowanego zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia zgodnie z przepisami § 5 ust. 1, 2 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. ■

Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopliński

MINISTER ZDROWIA

MZ-MD-S-79-4920-27/JK/14
Warszawa, dnia 07. 04. 2014

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W związku z koniecznością przypomnienia obowiązku zgłaszania przypadków przemocy w rodzinie przez personel medyczny oraz podejrzeń o popełnieniu przestępstwa do organów ścigania, zwracam się z uprzejmą prośbą do Pani Prezes o roz-

powszechnienie załączonego komunikatu Ministra Zdrowia wśród pielęgniarek i położnych.

Treść komunikatu jest zamieszczona również na stronie Ministerstwa Zdrowia oraz została przekazana do: Naczelnej Izby Lekarskiej, Narodowego Funduszu Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Informuję, że dodatkowych informacji w sprawie niniejszego komunikatu udziela Departament Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia (tel. 22 530 03 21, 22 530 03 83, dep-md@mz.gov.pl lub j.kujawa@mz.gov.pl).

Załączniki:

1. Komunikat Ministra Zdrowia znak: MZ-MD-S-79-4920-26/JK/14 w sprawie zgłaszania przypadków przemocy w rodzinie przez personel medyczny oraz podejrzeń o popełnieniu przestępstwa do organów ścigania

W wyniku nowelizacji Kodeksu Karnego (kk) dokonanej ustawą z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz ustawy - Kodeks postępowania karnego, uchylony został art. 205 k.k. przewidujący wnioskowy tryb ścigania przestępstw Przeciwno wolności seksualnej i obyczajności. Powyższa zmiana prawna spowodowała, iż stosowanie przemocy seksualnej oraz gwałt jest przestępstwem ściganym z urzędu. Wobec powyższego, gdy personel medyczny (w szczególności lekarze, pielęgniarki, położne) udzielając świadczeń medycznych stwierdza, że zachodzi podejrzenie, iż ma do czynienia z ofiarą przemocy seksualnej, powinien przekazać powiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do prokuratury lub powiadomić Policję.

W sytuacji badania ofiary gwałtu w podmiocie leczniczym, personel medyczny powinien podjąć współpracę z Policją w procedurze zabezpieczenia śladów, przy użyciu zestawu kryminalistycznego. Postępowanie z użyciem dostarczonego przez policję zestawu kryminalistycznego umożliwi zabezpieczenie dowodów przestępstwa przed ich utratą. Procedura zabezpieczenia dowodów ma na celu identyfikację sprawcy oraz dochodzenie sprawiedliwości na drodze sądowej.

Przypomnienia wymaga również stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie obowiązku zgłaszania przypadków przemocy w rodzinie przez personel medyczny.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. 2005, Nr 180, poz. 1493) stanowi, iż osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, z użyciem przemocy w rodzinie niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora.

Ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie określa procedura pod nazwą „Niebieskie Karty”. Została ona ustanowiona rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1245). Uzupełnianie Niebieskich Kart jest elementem udzielanego świadczenia, w trakcie którego lekarz bądź inny pracownik medyczny może dostrzec objawy świadczące o stosowaniu przemocy. Brak podejmowania przez Państwa działań w ramach procedury „Niebieskie Karty” oznacza utrzymanie się zagrożenia dla zdrowia bądź życia pokrzywdzonych.

Dlatego zwracam się do wszystkich pracowników ochrony zdrowia o postępowanie zgodnie określonymi procedurami zarówno w przypadku udzielania pomocy medycznej ofiarom przemocy seksualnej jak i ofiarom doświadczającym przemocy w rodzinie.

Do Państwa należy udzielanie niezbędnych świadczeń medycznych ofiarom przestępstwa oraz zgłoszenie podejrzenia o popełnieniu przestępstwa do organów ścigania.

Formularz niebieskiej karty dostępny jest stronie Rządowego Centrum Legislacji pod adresem

<http://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2011/wydanie/209/pozycja/1245>

z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopliński

Interpelacja

(nr 12123) do Ministra Zdrowia

w sprawie realizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki szkolne Szanowny Panie Ministrze! Pielęgniarki szkolne w kierowanych do mnie apelach zwracają uwagę na konieczność wprowadzenia zmian w sposobie finansowania świadczeń pielęgniarskich przez NFZ oraz trudnościach związanych z zapewnieniem odpowiedniej dostępności pielęgniarki szkolnej dla uczniów. Okres szkolny to czas szybkiego wzrostu i rozwoju dziecka, zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym. W obecnych warunkach pielęgniarka jest bardzo często jedynym fachowcem medycznym na terenie szkoły. Aktualne dane wskazują, że co trzeci gimnazjalista zмага się z krzywicą, nadciśnieniem, nadwagą i anoreksją, dlatego tak istotna jest wzmocniona opieka nad młodym pokoleniem nie tylko samych rodziców, szkoły, ale w zdecydowanie większym niż obecnie stopniu służby zdrowia. Aktualnie dostępność pielęgniarki szkolnej zależy od liczby uczniów w szkole. Często obsługuje ona kilka szkół, pokonując odległości rzędu 20–30km, co przyczynia się do dezorganizacji pracy, a nawet rezygnacji z niej. Poza tym pielęgniarka szkolna często musi sama opłacać gabinet, media oraz środki czystości. Dodatkowym problemem dla pielęgniarek jest bardzo niskie finansowanie świadczeń przez NFZ. Obecnie po odliczeniu wszystkich zobowiązań dochód netto pielęgniarki szkolnej często osiąga najniższe wynagrodzenie zagwarantowane przez państwo. Zdaniem pielęgniarek szkolnych nakłady na ich świadczenia, w tym stawka kapitałowa i rzeczywista, powinny gwarantować uzyskiwanie przychodów porównywalnych do pozostałych pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej.

W świetle powyższych argumentów zwracam się z prośbą o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy i jakie działania planuje podjąć Ministerstwo Zdrowia w sprawie niedostatecznej realizacji zadań w zakresie sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą oraz w jakim terminie zmiany te mogłyby być przeprowadzone?
2. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie zmian w sposobie finansowania świadczeń pielęgniarki szkolnej, tak aby ich dochody kształtowały się na takim samym lub zbliżonym poziomie co dochody pozostałych pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej?

Z poważaniem
Poseł Renata Butryn
Warszawa, dnia 22 listopada 2012 r.

Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia - z upoważnienia ministra - na interpelację nr 22443

w sprawie podjęcia działań zmierzających do optymalizacji realizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki szkolne

Szanowna Pani Marszałek! W odpowiedzi na interpelację pani poseł Renaty Butryn, przesłaną przy piśmie pana marszałka Marka Kuchcińskiego, z dnia 14 listopada 2013 r., SPS-023-22443/13, w sprawie podjęcia działań zmierzających do optymalizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki szkolne uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Minister zdrowia dostrzega kluczową rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kształtowaniu postaw prozdrowotnych dzieci i młodzieży oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz działania na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie. Urząd ministra zdrowia współpracuje z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych nad doskonaleniem istniejącego systemu opieki zdrowotnej, w szczególności w obszarze zadań realizowanych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Przykładem działań na rzecz wzmocnienia roli pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej, w tym również pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, jest powołanie przez ministra zdrowia w 2012 r. dwóch zespołów:

- 1) Zespołu do spraw analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej (Dz. Urz. MZ z 2012r. poz. 12),
- 2) Zespołu do spraw analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego (Dz. Urz. MZ, poz.13, z późn. zm.).

W skład obu zespołów weszli przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych na czele z panią prezes Grażyną Rogalą-Pawelczyk. Wyniki prac zespołów będą istotnymi wskazówkami do kontynuowania prac nad nowelizacją aktów prawnych, które określają zadania pielęgniarki w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Odnosząc się do kwestii możliwości sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi, które uczęszczają do przedszkoli, przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, informuję, że opiekę tę realizuje już pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej. Na podstawie deklaracji wyboru składanej przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka świadczeniami profilaktycznej opieki zdrowotnej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej objęte są wszystkie dzieci w wieku przedszkolnym (od 3 do 5 lat) bez względu na fakt, czy uczęszczają one do przedszkola, czy też nie. Miejsce realizacji świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej określa umowa na realizację tych świadczeń zawarta z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podejmowane w Ministerstwie Zdrowia prace nad projektami aktów prawnych regulujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami mają na celu przede wszystkim optymalizację dostępności świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży. Taki cel przyświecał działaniom legislacyjnym podjętym w 2010 r., w wyniku których dokonano zmian w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.), w którym określono minimalny czas dostępności pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, realizujących świadczenia zdrowotne w małych szkołach. Zarówno wówczas, jak i obecnie Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że określenie minimalnego czasu dostępu do świadczeń pielęgniarki

w szkole jest wymogiem koniecznym, gwarantującym uczniowi w małej szkole dostęp do świadczeń pielęgniarstwa nie mniej niż 1 raz w tygodniu. Jednocześnie ustalenie harmonogramu realizacji świadczeń, przy spełnieniu tego wymogu, pozostaje w kompetencji samej pielęgniarki, która posiada najlepsze rozeznanie specyfiki szkoły i potrzeb uczniów. Stosowana w przeszłości praktyka ustalania przez pielęgniarkę w dowolny sposób czasu pracy w szkole niejednokrotnie skutkowałą udzielaniem świadczeń w odstępach co 6 tygodni, w terminach grupowej profilaktyki fluorkowej. Występowanie takich sytuacji zgłaszali dyrektorzy szkół oraz rodzice uczniów w pismach kierowanych do Ministerstwa Zdrowia.

Świadczenia pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania realizowane są w oparciu o przepisy rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.). Świadczenia te są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach stawki kapitałowej na ucznia, która jest korygowana wskaźnikami uwzględniającymi stan zdrowia ucznia (wyższy wskaźnik dla uczniów niepełnosprawnych i przewlekle chorych) lub typ szkoły (wyższy wskaźnik dla szkół specjalnych, klas integracyjnych, szkół i klas sportowych oraz szkół prowadzących naukę zawodu z warsztatami). Decyzje o zwiększeniu wysokości środków publicznych przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym świadczenia pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, pozostają w wyłącznej kompetencji prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Reforma ochrony zdrowia w latach 90. oddzieliła bowiem funkcję organizatora opieki zdrowotnej, którym pozostaje minister właściwy do spraw zdrowia, od funkcji płatnika, którym obecnie jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Tym niemniej minister zdrowia w pismach kierowanych do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wskazywał na konieczność rozważenia możliwości podwyższenia stawki kapitałowej na ucznia oraz zrównania wskaźników finansowania ze wskaźnikami liczby uczniów na etat przeleciowy. Z uzyskanej od prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia odpowiedzi wynika, że przedłożona propozycja będzie możliwa do realizacji w miarę posiadanych przez fundusz środków.

Zgodnie z art. 67 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 109, poz. 1161, z późn. zm.) do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna zapewnić uczniowi możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy lekarskiej. Zapis obligujący szkołę (organ prowadzący) do zapewnienia uczniom możliwości korzystania z gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej wpisano enumeratywnie w zestawieniu z następującymi pomieszczeniami szkoły służącymi realizacji zadań statutowych szkoły: pomieszczenia do nauki z niezbędnym wyposażeniem (sale lekcyjne), biblioteka, świetlica, zespół urządzeń sportowych i rekreacyjnych, pomieszczenia administracyjno-gospodarcze. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) określa w rozdziale 2 zadania władz publicznych (w tym: samorządu terytorialnego) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności promocji zdrowia i profilaktyki, mających na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Zadania gminy i powiatu określone w art. 7 i 8 ustawy obejmują m.in. podejmowanie działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia. Powszechną praktyką w Polsce w zakresie opieki medycznej nad uczniami jest

niepobieranie opłat za realizowanie na terenie szkoły profilaktycznej opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę. Występują jednak przypadki zawierania przez pielęgniarkę umów z dyrektorami szkół, zgodnie z którymi pielęgniarka ponosi koszt dzierżawienia gabinetu lub koszty mediów takich, jak: woda, światło, ogrzewanie, wywóz nieczystości. Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży oparta o profilaktyczną opiekę zdrowotną realizowaną na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133) bez wątplenia wpisuje się w obszar działań samorządu terytorialnego. Należy przyjąć zatem, że organ prowadzący szkołę, udostępniając gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania, realizuje ustawowy obowiązek wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz pobudzania działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia. Przyjęcie odmiennej interpretacji i nałożenie na świadczeniodawcę (pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania) opłaty za szkolny gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej mogłoby skutkować odmową realizacji świadczeń przez pielęgniarki na terenie szkoły i w konsekwencji - brakiem opieki pielęgniarstwa w szkole, a co za tym idzie, niewywiązaniem się organu tworzącego szkołę z ustawowych obowiązków, o których jest mowa we wstępie.

Wymogi techniczne i sanitarne dla gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole określono w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739). Zgodnie z rozporządzeniem gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej musi spełniać następujące wymagania:

- 1) meble w gabinecie umożliwiają ich mycie i dezynfekcję;
- 2) podłogi są wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję;
- 3) połączenie ścian z podłogami jest wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję;
- 4) pomieszczenie wyposażone jest w:
 - co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą;
 - dozownik z mydłem w płynie;
 - dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
 - pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

Wymogi te są określone na minimalnym poziomie bezpieczeństwa sanitarnego dla pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Organ prowadzący szkołę powinien udostępnić zatem na potrzeby udzielania uczniom danej szkoły profilaktycznych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej spełniający powyższe wymagania. Określone w rozporządzeniu wymagania dla szkolnego gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej służą temu, aby świadczenia pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania udzielane były w warunkach bezpiecznych, niezagrożających życiu i zdrowiu uczniów. Z tego względu nie może być spełnione oczekiwanie pani poseł, by minister zdrowia usankcjonował możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych uczniom w niespełniającym powyższych wymagań "innym pomieszczeniu wydzielonym przez dyrektora szkoły". ■

Z poważaniem
Sekretarz stanu
Sławomir Neumann
Warszawa, dnia 13 grudnia 2013 r.

WAŻNA INFORMACJA – PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU

Informujemy, iż na podstawie §10 nr 149/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 marca 2014r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych.

„... Osoby, które ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo w art. 31 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039, ze zm.) mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015 r. złożą stosowny wniosek.

Po upływie tego terminu prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.”

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Informujemy, że zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319 z późn. zm.) **od 1 kwietnia 2013r.** wnioski o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru i wykreślenie z rejestru mogą być składane **wyłącznie w postaci elektronicznej**, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450 z późn. zm.) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.). Przypominamy, iż obie metody podpisywania i wysyłania wniosków w postaci elektronicznej są udostępnione użytkownikom Aplikacji dla Podmiotów Leczniczych oraz Aplikacji dla Praktyk Zawodowych.

Informujemy, że Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą znajduje się obecnie pod następującym adresem strony internetowej: www.rpwwl.csioz.gov.pl. Prosimy o **niekorzystanie** z rejestru za pośrednictwem strony www.rejestrzoz.gov.pl

Przypominamy o obowiązku dostarczania aktualnej polisy OC wraz z wnioskiem o zmianę w rejestrze dla osób wykonujących działalność leczniczą w ramach działalności leczniczej jako indywidualna/grupowa praktyka pielęgniarki/położnej.

Wniosek, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Składka miesięczna w 2014 roku z tytułu działalności gospodarczej wynosi 40 zł. ■

Przedruk z Gazeta Prawna, 10 kwietnia 2014r nr 70

Za dwa lata receptę pacjentowi wypisze pielęgniarka

Średni personel medyczny zyska nowe uprawnienia. Będzie mógł ordynować pacjentom niektóre leki i wystawiać skierowanie na część badań

Zmiany w zasadach wystawiania recept to jeden z pomysłów ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza na skrócenie kolejek do lekarzy. Rozwiązania znalazły się w projekcie nowelizacji ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 174, poz. 1039 ze zm.). Ministerstwo tłumaczy, że pacjenci często czekają w kolejkach tylko po to, aby uzyskać receptę na leki refundowane, czy skierowanie na badania.

– Jeśli takie dokumenty wystawi osobie chorej przewlekłe pielęgniarka lub położna, czas oczekiwania skróci się, a przy okazji zwolni się miejsce dla innych osób. Możliwe będzie rozpoczęcie leczenia bez wizyty u lekarza – tłumaczy Beata Cholewka, dyrektor departamentu pielęgniarek i położnych w resorcie zdrowia.

Zgodnie z projektem ustawy, recepty na niektóre leki będą mogły wypisywać pielęgniarki i położne, które mają tytuł magistra. Uprawnienie będzie dotyczyło produktów, zawierających określone substancje czynne, które zostaną wskazane przez ministra w rozporządzeniu. Te, które mają ukończony licencjat, będą uprawnione do kontynuacji leczenia zleconego przez lekarza. Jedne i drugie będą mogły wystawiać skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, które też zostaną określone w rozporządzeniu. Nowe uprawnienia zyskają w 2016 r. Będą przysługiwały 103 tys. pracownik z tytułem licencjata i 19 tys. z wykształceniem magisterskim. Warunkiem zdobycia nowych uprawnień będzie ukończenie specjalistycznego kursu i podpisanie z NFZ umowy uprawniającej do wystawiania recept refundowanych.

Polskie pielęgniarki przyjęły te propozycje z rezerwą. – Nie mówimy nie, ale wskazujemy, że oznacza to przekazanie nam nowych zadań. Najważniejszy powód, dla którego mocno się zastanawiamy, to niedobór pielęgniarek i położnych – wskazuje Grażyna Rogala Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Natomiast Longina Kaczmarska, wiceprezes Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych, dodaje, że zwiększenie obowiązków powinno wiązać się z dodatkowymi środkami na wynagrodzenia.

Pielęgniarki zastanawiają się też, czy nowa regulacja nie naruszy przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza. Wskazują, że konieczne będą zmiany w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych. Na to zwraca uwagę także samorząd lekarski. Podkreśla, że do realizacji tego uprawnienia nie wystarczy zmiana prawa, bo wystawianie recepty, nawet u osoby chorej przewlekłe, nie jest prostym wypisaniem druku, lecz zwieńczeniem procesu diagnostycznego. ■

Beata Lisowska

Przedruk z Gazeta Prawna, 31 marca 2014r nr 62

Onkologia bez limitu, ale nie dla każdego

Na szybsze leczenie mogą liczyć tylko pacjenci, którymi zajmować się będą lekarze z uprawnieniami do kierowania na krótszą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną.

Od 2015 r. pacjenci onkologiczni mają uzyskać szybszy dostęp do diagnostyki i leczenia. Wszyscy lekarze pracujący w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej będą mogli wydawać pacjentom, u których podejrzewają raka, specjalną Kartę Pacjenta Onkologicznego. Jednak po określonym czasie tylko część placówek będzie do tego uprawniona. Możliwość wydawania karty zachowają ci lekarze, którzy wykażą się trafnością diagnoz.

Zgodnie z nowymi rozwiązaniami, jeśli lekarz będzie posiadał uprawnienia do wydawania karty i zauważy u swojego

pacjenta niepokojące objawy, skieruje go na szybką diagnozę do odpowiedniego specjalisty. Ten musi go przyjąć w ciągu dwóch tygodni, bowiem NFZ tylko wtedy zrefunduje diagnostykę poza limitem. Wyłącznie w przypadku gdy specjalista współpracuje ze szpitalami i zależy mu na nielimitowanym finansowaniu, ustali swojemu pacjentowi kontynuację leczenia w nowej przyspieszonej procedurze. W idealnym trybie wizytę w wybranej placówce ustala mu w ciągu trzech tygodni od zdiagnozowania zmian nowotworowych. Podaje wówczas pacjentowi czas i miejsce, gdzie ma się zjawić, żeby rozpocząć terapię.

W szpitalu zbiera się konsylium lekarskie złożone m.in. z chirurga, chemioterapeuty, radiologa i psychologa (w przypadku raka piersi), i wybiera dla danego chorego najlepszą terapię. Jedną z osób, która brała udział w konsylium, zostaje koordynatorem tego pacjenta.

– To będzie osoba, która kontaktuje się z chorym. Przekazuje mu informacje o jego leczeniu, m.in. terminy kolejnych wizyt – tłumaczy minister zdrowia Bartosz Arłukowicz.

Różnice w realizacji procedury, którą przechodzi pacjent od podejrzenia do wyleczenia raka, może się różnić ze względu na wielkość miejscowości, dostęp do specjalistów, aparatury i szpitali. Ostatecznie ma jednak nie przekraczać 9 tygodni.

Zachętą do posiadania uprawnień do wydawania karty ma być dodatkowe finansowanie. Lekarz rodzinny do stawki kapitałowej otrzymuje dodatek motywacyjny za każdego prawidłowo zdiagnozowanego pacjenta. Podobnie stanie się w przypadku specjalistów. Jeżeli dotrzymają terminów w wysłaniu swojego pacjenta na leczenie do szpitala, też otrzymają dodatkowe pieniądze.

Również szpitale onkologiczne mają być zachęcane do współpracy ze specjalistami. Jeśli dotrzymają obowiązujących je terminy, mogą przyjmować pacjentów bez limitów. Będą musiały jednak spełniać normy jakościowe. Zostaną więc zobowiązane do wywieszania na swoich stronach internetowych aktualizowanych co miesiąc danych dotyczących m.in. liczby powikłań, przeżywalności pacjentów onkologicznych leczonych w ich placówce, a także innych danych dotyczących jakości i efektywności leczenia. Monitorować ma je specjalnie powołana rada nowotworowa.

Lekarze rodzinni i specjaliści, którzy nie będą przestrzegać 9-tygodniowego terminu, nie otrzymają dodatków motywacyjnych. Z kolei szpitale mogą odmówić nowego sposobu leczenia z powoływaniem konsylium oraz wyznaczaniem koordynatora, jeżeli nie będzie im zależało na leczeniu bez limitów. Kija nie będzie. Zostanie tylko marchewka. ■

Klara Klinger



Konkursy

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Myszkowie zamierza ogłosić konkursy na stanowiska:

- 1) Przełożonej Pielęgniarek Szpitala Powiatowego w Myszkowie
- 2) Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno - Położniczego Szpitala Powiatowego w Myszkowie
- 3) Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego Szpitala Powiatowego w Myszkowie

Kandydaci na w/w stanowisko/a winni posiadać kwalifikacje zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151 poz. 896).

Więcej informacji u organizatora konkursów. ■

Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedną odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

Za granicę ludzkiej starości wg Światowej Organizacji Zdrowia umownie przyjmuje się wiek:

- A. 60 lat,
- B. 65 lat,
- C. 70 lat,
- D. 75 lat.

Zadanie 2.

Obniżenie nastroju i aktywności, utrudnione zasypianie i / lub przedwczesne budzenie się oraz bezsenność u ludzi starszych, wynika z obniżonego poziomu:

- A. melatoniny,
- B. tyreotropiny,
- C. lutropiny,
- D. estradiolu.

Zadanie 3.

Badanie profilaktyczne gruczołu krokowego u mężczyzn powyżej 50 r.ż. zalecane przez Polski Komitet Zwalczania Raka powinno być wykonywane:

- A. co 3 – 5 lat,
- B. co 2 lata,
- C. raz na rok,
- D. raz na 5 – 10 lat.

Zadanie 4.

Główną przyczyną otępienia u osób w podeszłym wieku jest:

- A. uraz mózgu,
- B. zmiany zwyrodnieniowe mózgu,
- C. choroba psychiczna,
- D. ostre zatrucia pokarmowe.

Zadanie 5.

Przyczyną stopy cukrzycowej NIE jest / są:

- A. niedokrwienie spowodowane miażdżycą i mikroangiopatią,
- B. neuropatia,
- C. nefropatia,
- D. zakażenia.

Zadanie 6.

O przewodnieniu pacjenta świadczą następujące objawy:

- A. zwolniona akcja serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi,
- B. przyspieszona akcja serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi,
- C. wzrost masy ciała, skąpomocz,
- D. obrzęki, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi.

Zadanie 7.

Najczęściej spotykaną grzybicą wśród zakażonych HIV jest:

- A. kandydoza,
- B. histoplazmoza,
- C. kokcidioidomykoza,
- D. blastomykoza.



Zadanie 8.

W celu wyjaśnienia wpływu alkoholu na rozwój raka piersi sugeruje się mechanizm:

- A. związany z wpływem alkoholu na poziomy estrogenów i receptorów estrogenowych,
- B. związanych z uwalnianiem rakotwórczych metabolitów alkoholu,
- C. związany ze zmniejszoną podażą kwasu foliowego,
- D. wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

Zadanie 9.

Po ilu latach przerwy w wykonywaniu zawodu położnej, powrót do pracy musi być poprzedzony odbyciem dodatkowego przeszkolenia:

- A. dwóch,
- B. pięciu,
- C. siedmiu,
- D. dziesięciu.

Zadanie 10.

Ustalenie płci u noworodka z cechami obojnectwa powinno opierać się tylko i wyłącznie na:

- A. zdaniu rodziców dziecka, ich preferencji,
- B. przeświadczeniu lekarza obecnego przy porodzie,
- C. decyzji konsylium specjalistów,
- D. badaniach genetycznych, hormonalnych i histologicznych.

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

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

DRUKI MEDYCZNE ARTYKUŁY BIUROWE KUPONY REKUS

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

GODZINY PRACY BIURA

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

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰



**zapraszamy na
DZIEŃ DZIECKA
31 maja 2014 r.**

**KOŁO TERENOWE
W CZĘSTOCHOWIE**

**w OGRODACH HOSPICJUM CZĘSTOCHOWSKIEGO
przy ul. Krakowskiej 45a od godz. 10.00 do 14.00**

W programie m.in.:

10.00 - 11.00 - pokaz ZUMBY

11.00 - 11.30 - pokaz Taekwondo

11.30 - 12.00 - KONKURS - niespodzianka

**(Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
Koło Terenowe w Częstochowie)**

12.00 - 14.00 - grupa KARTON

12.00 - występ ZESPOŁU DOMINO

**13.00 - czesanie i sprayowanie włosów
(Salon Fryzjerski Gawrońscy)**

**a ponadto: ANIMACJE, DMUCHANY ZAMEK,
SPOTKANIE Z KUCYKAMI,
KONKURSY I ZABAWY DLA NAJMŁODSZYCH,
POCZĘSTUNEK DLA DZIECI I DOROSŁYCH
i ... WIELE innych ATRAKCJI**



Bernadetta Strąk

Zawsze powtarzałaś, że o Twoim życiu można napisać książkę. Żartowaliśmy, że byłoby to kilka tomów, ale zapewne w każdym jej rozdziale napisałaś byś jak kochałaś ludzi. Świadectwem tego jest obecność nas wszystkich w tym miejscu a także tych, którzy być dzisiaj tutaj nie

mogą, ale ich myśli są przy Tobie. Pamiętałaś o każdym często zapominając o sobie. Niech też ilość przyniesionych dla Ciebie kwiatów będzie odniesieniem każdego dobrego uczynku, który zrobiłaś w swoim życiu z myślą o innych. Pochylałaś się cały czas nad tymi, którzy byli najbardziej bezbronni.

Mieliśmy wszyscy szczęście, że wraz z Tobą uczestniczyliśmy w tworzeniu dzieła, które zapoczątkowałaś. Żyliśmy wspólnymi problemami i troskami. Twoja determinacja w działaniach dawała nam siłę tak wielką, że z każdej walki wychodził zwycięsko. Przegrane bitwy były nieważne. To jaką tworzyłaś historię swoimi czynami wie wielu, ale tylko nieliczni wiedzą, że chciałaś nam wymalować w Stowarzyszeniu wszystkie ściany na zielono, bo tak uwielbiałaś ten kolor, że sprawiało Ci ogromną radość posadzenie kwiatków i postawienie ich na parapecie, że na drzwiach Twojego gabinetu ktoś powiesił kartkę z napisem „Trudne sprawy”, że robiłaś najlepszy smalec na świecie. Byłaś szczęśliwa jak mogłaś innym sprawić radość. Nikt inny nie miał tak szalonych pomysłów na prezenty, które kojarzyły się tylko z Tobą. Z uśmiechami na twarzach wspominamy spotkania integracyjne, które organizowałaś. Zawsze byłaś zabiegana, spóźniona, z dzwoniącym bez ustanku telefonem. To było Twoje życie, to było coś co kochałaś. Ambitnie realizowałaś swój plan na lepsze jutro dla naszych maluchów. Twoim mottem, które stało się teraz naszą drogą było „chcieć to móc”. Obiecujemy Ci, że Twoja misja, którą stworzyłaś będzie trwać nadal, a Ty pozostaniesz w głęboko naszych sercach na zawsze. ■

Żegnaj

Kondolencje



*"Człowiek żyje tak długo,
aż nie ginie po nim pamięć."*

Koleżance Aleksandrze Smolicz

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Taty

składają Pielęgniarki i Położne
z SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

*„Życie nie jest świecą, to raczej wspaniała pochodnia,
którą pozwolono nam trzymać przez chwilę,
i należy uczynić wszystko,
by świeciła jak najjaśniejsze,
nim oddamy ją naszym następcom “ ...*

George Bernard Shaw

Z wielkim żalem żegnamy

Teresę Mielczarek

Emerytowaną pielęgniarkę, nauczyciela zawodu,
wieloletnią oddziałową Oddziału Wewnętrznego
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego ul. PCK 1.

*Pani Teresa w swoim życiu nigdy nie odmówiła
pomocy potrzebującym z fachowością prawdziwej
pielęgniarki, żegnamy pielęgniarkę wielkiej
dobroci, życzliwości i ciepła, wspierającą rozwój
pielęgniarek.*

Rodzinie zmarłej składamy wyrazy współczucia

Pielęgniarki i Położne

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



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

Z wielkim żalem żegnamy naszą Koleżankę

Pielęgniarkę

Bernadettę Strąk

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
rodzinie zmarłej

składają

Pielęgniarki i Położne
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



"Nie umiera ten, który trwa w pamięci żywych..."

Z wielkim żalem żegnamy naszą Koleżankę

Bernadettę Strąk

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
rodzinie zmarłej
składają

Pielęgniarki Stowarzyszenia Pielęgniacyjno-
Opiekuńczego

„Z UFNOŚCIĄ W TRZECIE TYSIĄCLECIE”.



*„Ktoś tutaj był i był, a potem nagle zniknął
i uporczywie go nie ma.....”*

Koleżance

Grażynie Waga

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego
Szpitala

Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



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

Koleżance

Lidii Bugajskiej

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego
Szpitala

Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze, bo zostawili
ślady w naszych sercach.”*

Koleżance

Annie Siudeja

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego
Szpitala

Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



*„Nie można przestać tęsknić za kimś, kogo się straciło....
można tylko nauczyć się żyć z tą wielką niekończącą się
pustką w sercu.”*

Koleżance

Jolancie Zug

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Meża

składają Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego
Szpitala

Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



"Człowiek żyje tak długo, aż nie zginie po nim pamięć."

Koleżance

Marzenie Baczyńskiej

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Teściowej

składają Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego
Szpitala

Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIEŁĘGNIARKI I DZIEŃ POŁOŻNEJ



MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIEŁĘGNIARKI I DZIEŃ POŁOŻNEJ

