



Nr 106 (VII) LISTOPAD - GRUDZIEŃ 2016

ISSN 1509-4189

BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z SIEDZIBĄ W RZESZOWIE





W NUMERZE

Głosem Przewodniczącej	- 3
Kalendarium	- 4
Aktualności	- 5
Samookaleczanie się "lekiem" na ból psychiczny	- 14
Jakość życia kobiet po mastektomii - analiza piśmiennictwa	- 16
Ocena rehabilitacji psychiatrycznej w normalizacji stanu zdrowia pacjenta z chorobą psychiczną	- 17
Spotkanie Andrzejkowe 2016	- 21
Połóżna 2016	- 22
V Jubileuszowy Kongres - Zintegrowana opieka medyczna w obszarze rodziny	- 24
Jak pomóc osobom z niepełnosprawnością pokonywać bariery	- 25
Warto wiedzieć	- 27
Pożegnania	- 31
Oferta INTER POLSKA	- 32

W Y D A W C A:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3
www.oipip.rzeszow.pl

Redaguje Zespół w składzie: Anita Drażek, Edyta Bernacka, Teresa Błat, Anetta Dec-Pindłowska, Grażyna Dziadosz, Renata Florek, Anna Janiga, Lidia Kopeć, Dorota Liput, Halina Mazur, Małgorzata Sowa, Alicja Świerad, Barbara Świetlik, Agnieszka Trznadel, Maria Zborowska.

BIURO OIPIP W RZESZOWIE:

Przewodnicząca: przewodniczaca@oipip.rzeszow.pl

Sekretariat: tel. (17) 77 88 483
biuro@oipip.rzeszow.pl

Dział Prawa Wykonywania Zawodu:
tel. (17) 77 88 485; pwz@oipip.rzeszow.pl

Księgowość: tel. (17) 77 88 486;
ksiegowosc@oipip.rzeszow.pl;
skladki@oipip.rzeszow.pl; skarbnik@oipip.rzeszow.pl

Dział merytoryczny: merytoryczny@oipip.rzeszow.pl
sekretarz@oipip.rzeszow.pl

Nr konta (SKŁADKI)

Bank Zachodni WBK S.A. 4 Oddział w Rzeszowie
03 1500 1100 1211 0005 5678 0000

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie:

tel. (17) 77 88 490 - dyżury w każdą 2 i 4 środę
miesiąca w godzinach 14.00 - 16.00
e-mail: rzecznik@oipip.rzeszow.pl

PORAD PRAWNYCH dla członków samorządu
udziela radca prawny Paulina Wójcik - Król
w każdą środę od 12.00 - 16.00
nr telefonu (17) 77 88 483

SZANOWNI PAŃSTWO,

Zachęcamy do przedstawiania nam tekstów poruszających problemy naszego środowiska, bądź też prezentujących ciekawe informacje dotyczące praktyki pielęgniarek i położnych. Decyzja o publikacji będzie decyzją kolegią Zespołu, odpowiadającego za merytoryczny poziom Biuletynu. Zastrzegamy sobie prawo skracania i opracowywania przesłanych tekstów.

Nie odpowiadamy za treść ogłoszeń i ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.

Prosimy teksty dostarczać w formie elektronicznej.

DRUK: Drukarnia „Hetman” w Rzeszowie
Nakład: 1.700 egzemplarzy



Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Oddajemy w Wasze ręce ostatni już w tym roku biuletyn informacyjny. Koniec roku to czas podsumowań wypełniony świąteczną atmosferą i nadzieją na przyszłość. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie podjęła wiele działań w odpowiedzi na rosnące potrzeby środowiska zawodowego. Świadczy o tym 1060 podjętych uchwał. Odkonferencje i szkoleń w Rzeszowie i poza miejscem naszej siedziby.

Rozpatrzyliśmy niespotykaną dotychczas liczbę wniosków o dofinansowania do kursów i zapomóg. Pracujemy nad jakością komunikacji i dobrego przepływu informacji. Reagujemy szybko na pojawiające się koncepcje zmian systemu ochrony zdrowia, które dotyczą naszych warunków pracy i płacy oraz prestiżu zawodowego. Dokładamy starań, aby integrować środowisko wokół wspólnych celów, zainteresowań i pasji. Nieustannie pracujemy nad promocją zawodów. Budujemy wizerunek współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w społeczeństwie i wobec innych instytucji.

W naszym codziennym zabieganiu warto jednak znaleźć czas na odpoczynek, refleksję i zabawę. Okres Świąt Bożego Narodzenia niewątpliwie powinien dla nas wszystkich być momentem zatrzymania się, zwrócenia uwagi na to co stanowi największe wartości: zdrowie, życie, rodzina, praca, dobre relacje z innymi ludźmi i bezpieczeństwo.

Na czas Świąt i w Nowym 2017 Roku życzę Państwu wszystkiego co najlepsze, spełnienia marzeń, satysfakcji z podejmowanych wyzwań, powodzenia, wszelkiej pomyślności, radości, zdrowia i szczęścia.

Anita Drązek
Przewodnicząca ORPiP w Rzeszowie



KALENDARIUM - CO, GDZIE, KIEDY

PAŹDZIERNIK

- 12.10.2016** - Posiedzenie Zespołu pielęgniarek rodzinnych.
- 14.10.2016** - Posiedzenie Komisji Etyki Zawodowej.
- 16.10.2016** - Uroczyste poświęcenie sztandaru OIPIP w Rzeszowie.
- 18.10.2016** - Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.
- 18-19.10.2016** - Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek wzięła udział w Konwencji Przewodniczących.
- 20.10.2016** - Posiedzenie Zespołu opieki długoterminowej.
- 25-26.10.2016** - Kontrola Komisji Rewizyjnej.
- 27.10.2016** - Posiedzenie Zespołu pielęgniarek epidemiologicznych.
- 28.10.2016** - Spotkanie Pełnomocników ORPiP w Rzeszowie.

LISTOPAD

- 07.11.2016** - Posiedzenie Komisji Socjalnej.
- 08.11.2016** - Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.
- 09.11.2016** - Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.
- 10.11.2016** - Posiedzenie Prezydium ORPIP. Na posiedzeniu podjęto 59 uchwał, m.in.: w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu oraz wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru, w/s wydania nowego prawa wykonywania zawodu, w/s skierowania na przeszkolenie po okresie nie wykonywania zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, w/s wpisów do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, w/s dofinansowania do kursów, szkoleń, konferencji, specjalizacji, studiów, w/s przyznania zapomóg, w/s przyznania dofinansowania do okularów, w/s wystąpienia do Ministra Zdrowia w przedmiocie zmian w systemie kształcenia pielęgniarek, w/s przystąpienia i finansowania platformy IBUK Libra, w/s zorganizowania uroczystego posiedzenia rady, w/s odmowy dofinansowania do kursów, szkoleń zgodnie z regulaminem, w/s odmowy dofinansowania do okularów, zapomóg, w/s odpowiedzi na apele o pomoc finansową z innych OIPIP.
- 17.11.2016** - Posiedzenie Zespołu pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.
- 21.11.2016** - Przewodnicząca ORPIP Anita Drażek wzięła udział w spotkaniu zorganizowanym w Urzędzie Wojewódzkim przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa p. Ewę Zawilińską.
- 23.11.2016** - Przewodnicząca ORPIP Anita Drażek wzięła udział w konferencji zorganizowanej przez SPZOZ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Tarnobrzegu.
- 25.11.2016** - Przewodnicząca ORPIP Anita Drażek wzięła udział w warsztatach szczepionkowych w Stalowej Woli.
- 26.11.2016** - W siedzibie OIPIP w Rzeszowie odbyło się szkolenie z redukcji stresu zorganizowane przez Fundację „Źródło”.
- 29.11.2016** - Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

GRUDZIEŃ

- 02.12.2016** - W Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie odbył się II Podkarpacki Kongres Położnych.
- 04.12.2016** - Przewodnicząca ORPIP Anita Drażek

- wzięła udział w XI Mikołajkowej Konferencji Dializacyjnej zorganizowanej przez CM „Medyk” w Rzeszowie.
- 05.12.2016** - Posiedzenie Komisji Socjalnej.
- 06.12.2016** - Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek wzięła udział w Konwencji Przewodniczących.
- 07-08.12.2016** - Przewodnicząca ORPIP Anita Drażek uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 07.12.2016** - Odbyło się szkolenie „Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem palitywnym” zorganizowane we współpracy z firmą Pelargos.
- 09.12.2016** - Posiedzenie Prezydium ORPIP. Na posiedzeniu podjęto 87 uchwał, m.in.: w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu oraz wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru, w/s wpisów do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie, w/s dofinansowania do kursów, szkoleń, konferencji, specjalizacji, studiów, w/s przyznania zapomóg, w/s przyznania dofinansowania do okularów, w/s odmowy dofinansowania do szkoleń, okularów, w/s odpowiedzi na apele o pomoc finansową z innych OIPIP.
- 13.12.2016** - Posiedzenie Komisji Socjalnej.
- 14.12.2016** - Posiedzenie Komisji Etyki.
- 15.12.2016** - Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Na posiedzeniu podjęto 46 uchwał, m.in.: w/s przesunięć w budżecie OIPIP w Rzeszowie rok 2016, w/s przyjęcia planu budżetu na rok 2017, w/s zmiany regulaminu zapomóg i pomocy OIPIP w Rzeszowie, w/s przyjęcia sprawozdań komisji i zespołów działających przy ORPiP w Rzeszowie, w/s prenumeraty czasopism, w/s zwołania XXXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, w/s przeznaczenia środków finansowych pozyskanych w 2017 roku, w/s udzielania honorowego patronatu przez OIPIP w Rzeszowie, w/s zakupu sprzętu komputerowego na wyposażenie OIPIP, w/s zorganizowania spotkania noworocznego dla Klubu Emeryta działającego przy OIPIP, w/s poszerzenia monitoringu w budynku OIPIP, w/s wykonania prac remontowych w OIPIP, w/s powołania komisji do opracowania regulaminów zapomóg i pomocy, dofinansowań do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz regulaminu wynagradzania pracowników biura, w/s powołania nowego pełnomocnika z Obwodu Lecznictwa Kolejowego, w/s przyznania nagrody pracownikom biura OIPIP, w/s zawarcia umowy na dodatkowe usługi księgowość, w/s powołania komisji egzaminacyjnej po przeszkoleniu, w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, w/s wpisów do rejestru OIPIP, w/s skreślenia z rejestru indywidualnych/grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, w/s dofinansowania do kursów, szkoleń, konferencji, specjalizacji, studiów, w/s przyznania zapomóg, w/s przyznania dofinansowania do okularów, w/s odmowy dofinansowania do szkoleń, okularów, w/s odpowiedzi na apele o pomoc finansową z innych OIPIP.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-OIE.060.308.2016

Warszawa, 3 października 2016 r.

Pani
dr n. o zdr. Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor,

W związku z wątpliwościami interpretacyjnymi wynikającymi z pytań pielęgniarek zwracamy się z uprzejmą prośbą o przedstawienie Państwa opinii w kwestii, czy pielęgniarka posiadająca tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa uzyskany w roku 1995 jest uprawniona do kształcenia na kierunku położnictwo na poziomie studiów I stopnia wg. skróconej ścieżki kształcenia trwającej co najmniej 18 miesięcy, określonej w art. 53 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2016r. poz. 1251)?

Należy wskazać, iż w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 6 lipca 2007 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. Nr 176, poz. 1237) został po raz pierwszy wprowadzony zapis przewidujący kształcenie na studiach wyższych zawodowych (licencjackich) w zakresie położnictwa, dla pielęgniarki posiadającej jeden z dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji wymienionych w załączniku 5.2.2 do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.) przez okres trwający co najmniej 18 miesięcy i obejmujący tę część programu kształcenia położnych, która nie została zrealizowana w ramach równoważnego kształcenia w szkole pielęgniarstwa. W projekcie ww. ustawy (druk sejmowy nr 1776), w ocenie skutków regulacji (OSR), wskazano natomiast, iż powyższa regulacja „jest przewidziana wyłącznie dla pielęgniarek, które ukończą w przyszłości studia pielęgniarstwa z tytułem licencjata (po studiach rozpoczętych po dniu 1 maja 2004 r.)”.

W związku z powyższym powstała wątpliwość czy tożsama regulacja, która zawarta jest obecnie w art. 53 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej przewidująca ww. skróconą ścieżkę kształcenia będzie mogła mieć aktualnie zastosowanie także do pielęgniarek, które ukończyły kształcenie na poziomie studiów wyższych magisterskich przed 1 maja 2004 r.

Będziemy niezmiernie wdzięczni za przedstawienie Państwa opinii w powyższej kwestii.

Z wyrazami szacunku

Mariola Łodzińska

Podpis

Wiceprezes NRPiP

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

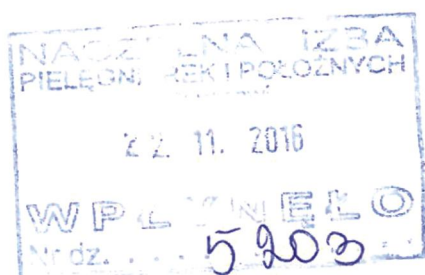


Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, ... 17. 11. 2016.

PP-WPS.0762.16./DZ



Pani

Zofia Małas

Prezes

Naczelnej Rady

Pielęgniarek i Położnych

Wznowione Pani Prezes!

W związku z pismem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 października br. w sprawie opinii czy pielęgniarka posiadająca tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa uzyskany w roku 1995 jest uprawniona do kształcenia na kierunku położnictwo na poziomie studiów pierwszego stopnia wg skróconej ścieżki kształcenia trwającej co najmniej 18 miesięcy określonej w art. 53 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanej dalej „ustawą” – uprzejmie proszę o przyjęcie następującej informacji.

Zgodnie z art. 53 ust. 3 pkt. 2 ww. ustawy kształcenie w szkole położnych trwa co najmniej 18 miesięcy i obejmuje tę część programu kształcenia położnych, która nie została zrealizowana w ramach równoważnego kształcenia w szkole pielęgniarstwa – w przypadku osoby posiadającej jeden z dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji wymienionych w załączniku 5.2.2 do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22 z późn. zm.).

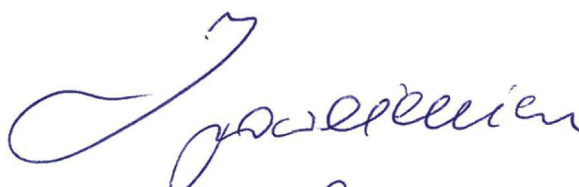
W załączniku 5.2.2 do ww. dyrektywy w przypadku Rzeczypospolitej Polskiej dokumentem potwierdzającym posiadanie kwalifikacji pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną jest „dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo

AKTUALNOŚCI

z tytułem magister pielęgniarstwa”, organem wydającym dokument jest „instytucja prowadząca kształcenie na poziomie wyższym uznana przez właściwe władze”, uzyskiwany tytuł zawodowy „pielęgniarka”, natomiast datę odniesienia określono na dzień „1 maja 2004 r.”.

W tekście jednolitym dyrektywy wymieniony jest jedynie dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo z tytułem magister pielęgniarstwa, jednakże należy mieć na uwadze komunikat Komisji Europejskiej dotyczący notyfikacji dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (Dz. Urz. UE C 137 z 04.06.2008), zgodnie z którym w załączniku 5.2.2. w odniesieniu do Polski umieszczono również „dyplom studiów wyższych/zawodowych na kierunku/specjalności pielęgniarstwo z tytułem licencjat pielęgniarstwa”.

W związku z powyższym kształcenie prowadzone na podstawie art. 53 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej dotyczy zarówno osób posiadających dyplom ukończenia studiów wyższych/zawodowych na kierunku/specjalności pielęgniarstwo z tytułem licencjat pielęgniarstwa, jak i osób posiadających dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo z tytułem magister pielęgniarstwa, a regulacja ta, zgodnie z załącznikiem 5.2.2 do ww. dyrektywy jest przewidziana wyłącznie dla osób, które ukończyły studia pielęgniarские po dniu 1 maja 2004 r.



DYREKTOR
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Szanowni Państwo,

Informujemy, iż osoby które złożyły wnioski o dofinansowanie do kursów, specjalizacji, konferencji, studiów i szkoleń oraz złożyły wnioski o dofinansowanie do okularów - do dnia 12.12.2016 r. (dofinansowanie na rok 2016) będą miały wysłane PIT-y do końca lutego 2017 r.

**W związku z bardzo dużą ilością (około trzy tysiące) złożonych wniosków
PROSIMY O CIERPLIWOŚĆ.**

Poniżej drukujemy odpowiedź Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dotyczącą sytuacji pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Domach Pomocy Społecznej.

MINISTERSTWO RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
DEPARTAMENT POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa, tel. +48 22 661 12 77, fax +48 22 661 12 76
www.mpips.gov.pl, e-mail: sekretariat.dps@mpips.gov.pl

DPS.V.076.12.2016.WW

Warszawa 21 listopada 2016 r.

Pani
Ewa Mikołajczyk
Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Świętokrzyskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Kielcach

Szanowna Pa. Przewodnicząca,

Odpowiadając na pismo z dnia 12 października 2016 r., znak 978/VIIIA/16, skierowane do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a przekazujące list pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej w sprawie wzrostu ich wynagrodzeń, Departament Pomocy i Integracji Społecznej przekazuje poniższe wyjaśnienia.

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, ze zm.) prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym należy do zadań własnych gminy, a prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym – do zadań własnych powiatu.

W sytuacji gdy dom pomocy społecznej decyduje się na świadczenie usług pielęgniarskich na swoim terenie, a więc także i na zatrudnianie pielęgniarek, stają się one pracownikami samorządowymi i podlegają przepisom ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o *pracownikach samorządowych* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1202, ze zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. w *sprawie wynagradzania pracowników samorządowych* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1786). Pracownicy zatrudnieni w domach pomocy społecznej prowadzonych przez samorządy lub na ich zlecenie, w tym pielęgniarki i położne, są zatrudniani i wynagradzani ze środków pochodzących z budżetów tych samorządów zgodnie z regulaminem wynagradzania ustalonym na podstawie regulacji prawnych wskazanych powyżej.

Departament podkreśla, że rozporządzenie Rady Ministrów określa jedynie minimalne miesięczne poziomy wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych stanowisk pracowników samorządowych oraz minimalne wymagania kwalifikacyjne niezbędne do wykonywania pracy na tych stanowiskach. Tzw. widełki zaszerogowania oraz możliwość tworzenia przez pracodawcę funduszu premii i funduszu nagród pozwalają mu na elastyczne tworzenie zakładowej polityki płacowej, uwzględniającej nie tylko specyfikę pracy każdej grupy pracowników oraz zwiększające się zakresy obowiązków, którymi są oni obciążani, ale również możliwości finansowe samorządu. W odpowiedzi na ubiegłoroczny apel Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, skierowany do wszystkich starostów w sprawie podwyższenia wynagrodzeń pracowników domów pomocy społecznej, w tym pielęgniarek i położnych, pozytywnie odpowiedziało kilku starostów. Niektórzy starostowie poinformowali nawet, że od kilku lat monitorują sytuację płacową pracowników DPS-ów i w miarę możliwości budżetowych samorządu podwyższają ich wynagrodzenia.

W związku z powyższymi wyjaśnieniami zasadnym wydaje się, aby w sytuacji niedoboru środków dla domów pomocy społecznej to właśnie samorzady lokalne przeprowadziły wnikliwą analizę swoich budżetów i w większym stopniu uwzględniły konieczność partycypowania w dochodach tych jednostek, zwłaszcza, że w sytuacji starzenia się społeczeństwa ta forma pomocy najprawdopodobniej będzie coraz bardziej potrzebna. Dodatkowo w przypadku występowania problemów finansowych organ prowadzący dom może wystąpić o zwiększoną dotację dla domów pomocy społecznej na podstawie *ustawy o pomocy społecznej*.

Ponadto należy zauważyć, że obowiązujące przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2015 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2015 r. poz. 618) dają możliwość wydzielenia – w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego – jednostki organizacyjnej w celu świadczenia usług zdrowotnych na terenie domu pomocy społecznej. Niestety w praktyce takie działania nie są podejmowane przez podmioty lecznicze, mimo że wzrosły środki przeznaczone na świadczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców DPS. Na podstawie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w *sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna* (Zarządzenie Nr 32/2015/BP z dnia 29 czerwca 2015r.) stawka kapitacyjna dla podopiecznych domów pomocy społecznej zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wzrosła i obecnie wynosi 2,5, a do pielęgniarki – 3,5. Gdyby podmioty lecznicze/ świadczeniodawcy organizowali usługi medyczne w DPS byłoby to korzystne zarówno dla mieszkańców domów pomocy społecznej,

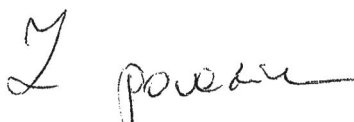
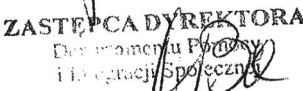
AKTUALNOŚCI

jak i dla pracowników wykonujących działalność leczniczą finansowaną z Narodowego Funduszu Zdrowia, także pielęgniarek i położnych. Ponadto nie stoi na przeszkodzie, aby same pielęgniarki wykorzystywały obowiązujące - w obszarze opieki zdrowotnej - rozwiązania prawne i świadczyły swoje usługi w domach pomocy społecznej mając podpisane odpowiednie umowy z NFZ na świadczenia opieki długoterminowej. Niestety same pielęgniarki, szczególnie te z dłuższym stażem pracy, rzadko są zainteresowane takim rozwiązaniem.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zdaje sobie sprawę z dużej odpowiedzialności i wielu trudności do pokonania, jakie wiążą się z pracą pielęgniarek i położnych, wykonujących swój zawód w domach pomocy społecznej. Wybór pracy w DPS oznacza powołanie do zajmowania się częściowo i całkowicie niesamodzielnymi osobami, które wymagają opieki, leczenia, pielęgnacji i wsparcia, pomimo niezadawalających wynagrodzeń.

W wyniku działań Ministerstwa w ostatnich dwóch latach dotacje planowane w budżetach wojewodów pozostają na poziomie budżetu z 2015 r, co w praktyce powinno skutkować wzrostem jednostkowej dotacji na mieszkańca DPS z uwagi na zmniejszanie się liczby mieszkańców skierowanych przed dniem 1 stycznia 2004 r.

Ponadto w roku bieżącym ze środków rezerwy celowej budżetu państwa przekazano wojewodom dodatkowe środki w wysokości 30 mln. zł na dofinansowanie działalności bieżącej domów pomocy społecznej


ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Pomocy
i Integracji Społecznej

Małgorzata Bartosiewicz



**Serdeczne gratulacje
dla Pani mgr BARBARY ZYCH**
Kierownik
SP ZOZ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Tarnobrzegu
z okazji wygrania konkursu na stanowisko kierownik ZPO
składu personel Zakładu.

Pani Barbarze Zych
SERDECZNE GRATULACJE
z okazji wygrania konkursu na stanowisko
Kierownika SPZOZ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Tarnobrzegu
składu
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.



Poniżej drukujemy Stanowisko Nr 3 Prezydium NRPIP w.s finansowania świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej oraz opiece paliatywno-hospicyjnej oraz odpowiedź Prezesa NFZ z dnia 29.11.2016 r.

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko Nr 3

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek Położnych

z dnia 15 listopada 2016 r.

w sprawie finansowania świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej oraz opiece paliatywno- hospicyjnej

W związku z napływającymi informacjami od świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa opiece długoterminowej domowej i opieki paliatywno-hospicyjnej dotyczące znacznego zróżnicowania od 1 stycznia 2017 r. stawek za osobodzień w tych świadczeniach pomimo dokonania ich wyceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Prezydium NRPIP stoi na stanowisku, iż finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa opiece długoterminowej domowej i opiece paliatywno-hospicyjnej powinno być zgodne z aktualnie obowiązującą wyceną osobodnia określoną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.


Wskazujemy, iż zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793) „do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzonego w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku stosuje się szczegółowe warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 2, opublikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej Prezesa Funduszu oraz taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji, do dnia 30 czerwca roku poprzedniego”.

Wobec powyższego Prezydium NRPIP oczekuje, iż Narodowy Fundusz Zdrowia zastosuje stawki osobodnia wg wyceny AOTMiT zawarte w obwieszczeniu Prezesa Agencji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w którym koszt świadczenia bazowego oszacowano na kwotę 30,08 zł oraz w obwieszczeniu Prezesa Agencji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w którym koszt świadczenia bazowego oszacowano na kwotę 56,19 zł.

Wycena świadczeń miała służyć zastosowaniu wycen w praktyce kontraktowania świadczeń. Niezrozumiałym są więc propozycje finansowania tych świadczeń przez oddziały wojewódzkie NFZ niższe niż dokonana wycena za osobodzień w/w świadczeniach.

Powyższe stanowisko jest podyktowane koniecznością przestrzegania przepisów prawa obowiązujących w tym zakresie oraz równego traktowania podmiotów realizujących te same świadczenia na terenie całego kraju.

Sekretarz NRPIP



Joanna Walewander

Prezes NRPIP



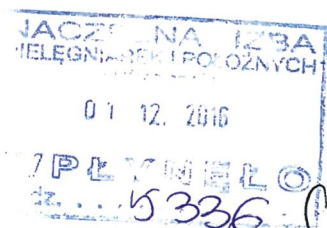
Zofia Małas

NFZ

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

znak: DS0Z.401.2372.2016
2016.9900.KLH

Warszawa, 29.11.2016 r.



~~Pan~~
~~Konstanty Radziwiłł~~
~~Minister Zdrowia~~

Szanowny Panie Ministrze

W ostatnim okresie obserwuje się niezadowolenie środowiska medycznego realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki długoterminowej, które wynika z błędnej interpretacji określenia „taryfa świadczeń”. W opinii wymienionych środowisk pojęcie „taryfa świadczeń” jest równoznaczne z pojęciem „cena jednostkowa świadczenia” (cena osobodnia).

Natomiast zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 j.t.), zwanej dalej „ustawą”, taryfa świadczeń jest zestawieniem świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi. Wartości względne (relatywne) wyrażają wartość jednego produktu względem drugiego. Według komentarza Krzysztofa Urbana z 01.02.2015 r., do art. 31n ustawy - taryfa świadczeń to zestawienie wartości produktów kontraktowych, wyrażanych najczęściej za pomocą punktów. Wynik realizacji zadania AOTMiT polegającego na ustaleniu taryfy świadczeń oraz przedstawienie propozycji dotyczących standardu rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych, jest zasadniczym parametrem w prowadzeniu zarówno procesu kontraktowania, jak i rozliczania świadczeń.

Obwieszczenia AOTMiT w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych nie zawierają ceny jednostki rozliczeniowej, lecz określają zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi taryfami, co zostaje uwzględnione przez Prezesa NFZ, w przepisach zarządzeń w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń.

Starając się zrównoważyć z jednej strony potrzeby wynikające z popytu na świadczenia a z drugiej możliwości płatnika w świetle ograniczonych środków, AOTMiT w uzasadnieniu propozycji projektów taryf świadczeń w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, rekomendowała sukcesywne podnoszenie wysokości cen jednostek rozliczeniowych w ciągu dwóch kolejnych lat tak, aby od 1 stycznia 2018 r. osiągnąć poziom docelowy.

Takie rozwiązanie, jako mniej obciążające budżet płatnika, umożliwi Funduszowi utrzymanie realizacji świadczeń na dotychczasowym poziomie, pozwoli na większą kontrolę nad budżetem a także na dokonanie przez OW NFZ analizy odnośnie możliwości pozyskania środków z innych obszarów finansowania świadczeń zdrowotnych. Jednorazowe zwiększenie

ceny za osobodzień, mimo zwiększenia nakładów finansowych, spowodowałyby zmniejszenie liczby zakontraktowanych świadczeń, a tym samym zmniejszenie dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Tak więc docelowe zwiększenie finansowania przedmiotowych świadczeń będzie następowało sukcesywnie zgodnie z możliwościami finansowymi poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym miejscu należy podkreślić, że zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, jak również efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi, zgodnie z przepisami ustawy, należą m.in. do zadań dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Prezes NFZ nie ma uprawnień do decydowania o wysokości ceny oczekiwanej określonej w postępowaniach konkursowych lub rokowaniach, ogłaszanych przez dyrektorów OW NFZ.

W związku z powyżej przedstawionym problemem informuję, że w Centrali Funduszu odbyły się dwa spotkania:

1. z przedstawicielami środowiska opieki paliatywnej i hospicyjnej w dniu 16 listopada 2016 r.
2. z przedstawicielami NIPiP oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie przewlekłe chorych i niepełnosprawnych w dniu 21 listopada 2016 r.

Na spotkaniu w dniu 21 listopada 2016 r. został zgłoszony problem, iż w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, nie została określona przez AOTMiT taryfa dla świadczeń w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym. Średnia cena w kraju za osobodzień pobytu pacjenta w ZOL lub ZPO, wynosi zaledwie 76 zł. Koszt świadczenia bazowego, oszacowany przez AOTMiT przy ustalaniu taryfy dla świadczeń w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej wynosi 30,08 zł. Takie zróżnicowanie ceny produktów kontraktowych w opiece stacjonarnej i domowej wskazuje na niedoszacowanie świadczeń realizowanych w stacjonarnych zakładach opiekuńczych.

Mając powyższe na względzie zwracam się do Pana Ministra z prośbą, aby ustalanie taryfy przez AOTMiT obejmowało wszystkie świadczenia gwarantowane z danego zakresu, a nie dokonywane było wybiórczo dla wybranego produktu kontraktowego.

Proponowane ustalanie taryf zapewne przyczyni się do zmniejszenia dysproporcji cenowych między świadczeniami w danym zakresie świadczeń gwarantowanych.

z powrotem
A. Furman

Do wiadomości:

1. Pani Mariola Rybka - Konsultant Krajowy w dziedzinie przewlekłe chorych i niepełnosprawnych.
2. Pani Zofia Małas - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

SAMOOKALECZANIE SIĘ „LEKIEM” NA BÓL PSYCHICZNY

Brukwicka Irena, Kochman Małgorzata

Wśród czynników bezpośrednio związanych z występowaniem myśli i tendencji samobójczych coraz częściej uwzględnia się ból psychiczny.

Termin ból psychiczny wprowadził wybitny badacz tej problematyki Edwin Shneidman. Według niego ból psychiczny to „ból, cierpienie i udręka zachodzące w umyśle... To ból nadmiernego poczucia wstydu, winy, strachu, niepewności, samotności, obawa przed starzeniem się lub bolesną śmiercią”.

Natomiast autoagresja jest procesem próby przemiany cierpienia psychicznego w ból fizyczny. Jest to pozorne dostosowanie się do wymogów społecznych, zgodnie z którymi schorzenia somatyczne, w przeciwieństwie do zaburzeń psychicznych, są akceptowane. Ból fizyczny wydaje się także łatwiejszy do zniesienia i równocześnie jest sposobem na obniżenie wewnętrznego napięcia. Akt samookaleczenia jest często jedynym znanym (a przez to dostępnym) sposobem na wyrażenie trudnych emocji. W przeciwieństwie do prób samobójczych jego celem jest rozpaczliwa walka o przetrwanie i przystosowanie się do otoczenia. Stanowi obronę przed cierpieniem, które nasuwa wizję śmierci lub szaleństwa. Osoby przez autoagresję nadają pewien komunikat. W pierwszej kolejności wysyłany jest on do siebie samego - uzewnętrznienie bólu uniemożliwia dalsze zaprzeczanie jego istnienia; następnie skierowany jest do innych osób i mówi o doświadczaniu cierpienia, którego osoba nie potrafi wyrazić słowami.

Dokonując podziału autoagresji, wyróżnia się:

- autoagresję bezpośrednią (bicie, samookaleczenie, samooskarżanie);
- pośrednią (wymuszanie i prowokowanie agresji ze strony innych ludzi);
- werbalną (krytykowanie siebie, zaniżanie własnej samooceny);
- niewerbalną (samookaleczanie);
- jawną (widoczne uszkodzenia ciała);
- ukrytą (pozorowanie choroby fizycznej lub psychicznej, wywoływanie dolegliwości).

Źródło samookaleczeń tkwi przeważnie w zaburzonych relacjach w rodzinie. Akty zadawania sobie ran pojawiają się zwykle w okresie dojrzewania. Osoby o tendencjach autodestrukcyjnych często doznawały naruszania granic cielesnych - gwałtów, molestowania seksualnego, przemocy fizycznej.

Postrzegają one swoje ciało jako coś obcego, z czym nie mają kontaktu, odnoszą się do niego z lekkiem i nienawiścią. Borykają się z poczuciem winy i wstydu, a także brakiem zaufania do innych ludzi, co

uniemożliwia im otrzymanie pomocy. Przyjmują w życiu rolę ofiary i ciągle oczekują na karę.

Autoagresja jest formą agresji, którą rozładowuje się na sobie. Osoby o skłonnościach autoagresywnych nie wyładowują napięcia emocjonalnego na innych osobach, tylko na sobie. Są to osoby skłonne do działań destrukcyjnych, które są formą radzenia sobie z problemami. Autoagresja może służyć rozładowaniu napięcia emocjonalnego, poradzenia sobie ze stresem, ale również w celu zwrócenia na siebie uwagi innych i osiągnięcia zamierzonych celów. W depresji zachowania autodestrukcyjne związane są przede wszystkim z niemożnością poradzenia sobie z napięciem wewnętrznym oraz stresem. Istotną rolę odgrywa tutaj samoocena oraz poczucie własnej wartości. Osoby dokonujące aktów autoagresji mają zaniżoną samoocenę oraz problemy z akceptacją siebie. Nie potrafią rozwiązywać konfliktów i trudnych sytuacji konfrontując z innymi swoje poglądy. Wybierają w większości rozwiązanie, które przynosi im ulgę. Jest to jednak ulga chwilowa, która w efekcie prowadzi do poczucia winy i pogłębienia problemów.

Do zachowań agresywnych skierowanych zalicza się wszystkie działania i zachowania, które mają na celu wyrządzenie sobie krzywdy. Mogą do nich należeć takie formy destrukcyjne jak: umniejszanie własnej wartości, prowokowanie sytuacji niebezpiecznych, samookaleczanie, zaburzenia odżywiania, itp. Takie działania mogą trwale uszkadzać nie tylko ciało, ale także wywoływać bardzo poważne zmiany w psychice. Autoagresja jest formą radzenia sobie w trudnych sytuacjach, ponieważ poprzez cierpienie fizyczne „zagałusza” cierpienie psychiki.

Jednak takie zachowania mogą również prowadzić do swego rodzaju uzależnienia. Poprzez zadawanie sobie bólu w różnych formach, mózg zaczyna wydzielать endorfiny. Dlatego osoba stosująca metody autoagresywne ma chwilowe poczucie poprawy nastroju, a nawet euforii. Jednak działanie endorfin w takim przypadku nie jest długotrwałe i nie leczy zranionej duszy. Ulga, która następuje w procesie samouszkodzenia jest wynikiem kilku procesów.

- Przede wszystkim jest to odzwierciedlenie psychicznego bólu. Osoba mająca tendencje autodestrukcyjne, gdy np. cierpi również na depresję lub gromadzą się w niej różne negatywne emocje - cierpi naprawdę i rana na ciele jest pokazaniem tego bólu na zewnątrz.

- Zachowania autodestrukcyjne mogą służyć także zwiększeniu poczucia autonomii i kontroli. Z taką sytuacją mamy do czynienia np. w przypadku osób

cierpiących na zaburzenia odżywiania (anoreksja i bulimia to również formy autoagresji). Osoba, która boryka się z tymi chorobami, kontroluje swoje ciało, to co je i czego sobie odmawia. Kontroluje to jak wygląda, jak chce wyglądać i dlatego ma poczucie dużej kontroli. Skoro (teoretycznie) nie ma wpływu na swoje negatywne myśli, które ją pochłaniają, to chociaż (w jej mniemaniu) ma możliwość zapanować nad swoją fizycznością.

- Zadawanie sobie ran może też dostarczać okazji do zaopiekowania się sobą. Pozwala wejść w rolę osoby uprawnionej do opieki i troski. Manifestuje w ten sposób to, że nie potrafi sobie sama radzić, zwraca się w ten sposób o pomoc do najbliższych, którzy się mogą taką osobą zaopiekować.

- Gdy osoba z tendencjami autodestrukcyjnymi doświadczyła w przeszłości jakiejś traumy (najczęściej jest to przemoc), to w ten sposób może wyrażać to na zewnątrz. Nie umie ubrać tego w słowa, wstydzi się lub nie wie komu może zaufać i tylko taką drogę przekazania tego znajduje.

- Autoagresja może też wynikać z chęci ukarania siebie samego. Poczucie winy za zaistniałą sytuację i stan rzeczy (bardzo często występuje w depresji lub np. po molestowaniu) powoduje chęć niejako odkupienia własnych win. I tę chęć realizuje w postaci krzywdzenia samego siebie.

- Samouszkodzenia, czy może konkretniej, blizny po nich, mogą także być formą komunikacji z otoczeniem. Osoba, która np. nacina sobie skórę lub targnęła się na swoje życie pokazuje, że w jej życiu coś złego się dzieje, z czym sobie nie radzi. Jest to swoiste wołanie o pomoc. Głośne i wyraźne, chociaż bez słów.

Depresja i jej przebieg powoduje, że chory czuje się niepotrzebny, odrzucony i bezużyteczny. Jest to bezpośrednio związane z niskim poczuciem własnej wartości oraz zaniżoną samooceną. Ponieważ depresja powoduje obniżenie nastroju oraz szereg trudnych dolegliwości emocjonalnych, chory szuka ucieczki i rozwiązania problemów. Napięcie emocjonalne, którego natężenie jest bardzo duże w depresji, szuka ujęcia, przez co chory szuka możliwości rozładowania go. Metodą, której często próbują chorzy, jest samookaleczanie. Przynoszą ulgę w cierpieniu, w momencie, kiedy chory tego potrzebuje. Jest to także forma kontrolowanego rozładowywania wewnętrznego napięcia. Jednak krzywdzenie siebie nie jest w stanie uleczyć dolegliwości chorego. Poprawa nastroju jest chwilowa. Wraz z okaleczaniem się pojawiają się kolejne problemy. Chory ma poczucie winy z powodu swoich działań, przez co napięcie emocjonalne wzrasta. Aby je rozładować chory ponownie stosuje technikę samouszkodzeń. Krąg się zamyka, a samopoczucie chorego nie poprawia się. Autoagresja jest popularną formą rozładowywania napięcia, ponieważ daje poczucie

kontroli i nie zmusza do konfrontacji z innymi. Osoba chora na depresję może czuć się tak przytłoczona problemami, że sięga po tę formę rozwiązania problemów.



Samookaleczanie się nie jest formą rozwiązania problemów i należy mieć na uwadze fakt, że przyczynia się do pogłębienia problemów psychicznych. Osoby chore, które nie widzą innego wyjścia i nie czują się na siłach, by poradzić sobie w trudnych sytuacjach, mogą korzystać z tego wyjścia. Jednak należy pamiętać, że wraz z pojawieniem się zachowań autodestrukcyjnych pogłębiają się także problemy, które te zachowania miały rozwiązać. Warto zatem zwracać uwagę na zachowanie się chorego oraz zmiany w jego reakcjach. Bliskie osoby mogą pomóc w znalezieniu rozwiązania problemów w sposób mniej bolesny, a bardziej konstruktywny. Bardzo istotne w takich sytuacjach jest wsparcie osoby chorej oraz zaakceptowanie jej problemów. Samookaleczanie jest bardzo poważnym problemem i nie należy go bagatelizować. Cierpienie psychiczne jest czymś niewidocznym, niematerialnym. Nie można zrobić prześwietlenia i pokazać na wywołanej kliszy: tu jest źródło mego bólu, dowód na to, że mam prawo cierpieć. Brak tego punktu zaczepienia wywołuje zaprzeczanie istnienia problemu - przecież nic mi nie jest lub jego umniejszanie - inni mają o wiele gorzej. Okaleczenie się powoduje, że ból staje się realny i ważny. Służy ono także komunikacji z otoczeniem. Osoby autodestrukcyjne są przekonane, że jeśli opowiedzą o swoim bólu to nikt im nie uwierzy lub nie potrafią wyrazić słowami swoich przeżyć. Szukają one kogoś, kto je wysłucha, okaże troskę i pomoże. Mają nadzieję, że ktoś dostrzeże jakie są naprawdę oraz zaakceptuje je wraz z ich bólem i bezradnością.

Osoby okaleczające się często są ambitne i mają spore pokłady wewnętrznej siły, jednak są zagubione w świecie emocji, osamotnienia, bolesnych doświadczeń i nie potrafią zaopiekować się sobą. Potrzebują zrozumienia i wsparcia, by mogły zaprzestać krzywdzenia siebie.

JAKOŚĆ ŻYCIA Kobiet PO MASTEKTOMII - analiza piśmiennictwa

Dorota Wilk

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet zarówno w Polsce jak i na świecie. Od wielu lat zachorowalność stale wzrasta i dotyczy zarówno kobiet jak i mężczyzn. Częstość zachorowań na nowotwory złośliwe sutka gwałtownie rośnie po 35. roku życia, a w ogólnej liczbie zapadalności na raka piersi stanowi ok. 30% kobiet w wieku przedmenopauzalnym, pozostałe 70% to kobiety w wieku pomenopauzalnym. Rak piersi powoduje największą liczbę zgonów na świecie - ok. 12,7% i stanowi w Polsce 22% ogółu wykrywanych nowotworów złośliwych u kobiet. Rak sutka u mężczyzn występuje rzadko, zwykle jest późno wykrywany i oznacza mniej niż 1% ogólnej liczby zachorowań. Pomimo wzrastającej świadomości zdrowotnej w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania, wciąż zajmuje on niechlubną pierwszą pozycję wśród onkologicznych przyczyn zgonów. Amputacja piersi jest często jedynym środkiem do walki nowotworem. Jest ona ciężkim przeżyciem dla każdej kobiety, ale zwykle jest to cena, jaką trzeba zapłacić za uratowanie życia.

Pomimo wielu badań przyczyna raka piersi wciąż nie została ustalona. Stwierdzono wpływ niektórych czynników np.: dziedziczenie mutacji genów BRCA1 i BRCA2, wieku, rasy, czynników środowiskowych, przebytych chorób, stylu życia. Wśród objawów nowotworu piersi najczęściej zastrzeżeń budzą guzki twarde o nieregularnych kształtach, mocno zintegrowane z gruczołem, nowopowstałe, usytuowane centralnie lub w górnym zewnętrznym kwadrancie, niebolesne. Krwawy wyciek z brodawki może być pierwszym objawem, gdy guz jest jeszcze niewyczuwalny. Stopień zaawansowania procesu nowotworowego pozwala określić system TNM (T - tumor (guz); N - nodulus (węzeł chłonny); M - metastasis (przerzut odległy). We wczesnym rozpoznaniu największe znaczenie ma: badanie palpacyjne wykonywane przez lekarza, następnie mammografia lub ultrasonografia, a także biopsja gruboigłowa (BG) oraz ewentualnie biopsja cienkoigłowa (BAC) węzłów chłonnych pachowych w przypadku klinicznego podejrzenia przerzutów. Celem leczenia jest całkowita remisja czyli eliminacja ognisk nowotworu. W przypadku gdy leczenie radykalne nie jest możliwe pacjentów obejmuje się leczeniem paliatywnym, które ma na celu poprawę jakości życia. Obecnie leczenie raka gruczołu piersiowego wykonuje się kompleksowo. Polega ono na leczeniu chirurgicznym, radiologii, a także leczeniu systemowym. Kolejne etapy leczenia są dostosowywane indywidualnie do każdego pacjenta. Metody leczenia

raka piersi oraz jego następstwa mogą być przyczyną wielu powikłań i tym samym obniżenia jakości życia kobiet. Ważnym elementem w poprawie jakości życia jest wsparcie psychiczne, ze strony najbliższej rodziny i przyjaciół.



W pracy przedstawiono różne aspekty funkcjonowania kobiety po mastektomii w życiu rodzinnym oraz najbliższym otoczeniu społecznym skutkujące trudnościami przejawiającymi się w wielu sferach. Według definicji WHO zdrowie jest to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny, społeczny i występuje wówczas gdy jednostka może realizować swoje zdolności, radzi sobie z standardowymi sytuacjami stresowymi, jest w stanie pracować wydajnie i produktywnie i brać udział w życiu społecznym. Nieodłącznym elementem zdrowia jest jakość życia, szczególnie istotna u chorych z chorobą nowotworową ze względu na realne zagrożenie życia, związane z tym obciążenia psychiczne i brak zadowolenia z własnej egzystencji. Ogromne zainteresowanie jakością życia w medycynie spowodowało, iż powstały dedykowane narzędzia badawcze do jej pomiaru. Najczęściej występują one w postaci kwestionariuszy lub skal analogowych, których zastosowanie uwarunkowane jest określoną sytuacją kliniczną. U pacjentów z chorobą nowotworową złośliwą najczęściej stosuje się kwestionariusz EORTC QLQ-C30 (quality of live questionnaire). Dla kobiet chorych na raka piersi powstał osobny kwestionariusz QLQ BR23 (Breastcancer), zawierający również pytania dotyczące życia seksualnego. Kwestionariusz Breast-Q zredagowany został na potrzeby jakości życia pacjentek po rekonstrukcji piersi. W procesie globalnym jakość życia jest celem nadrzędnym, do osiągnięcia którego dążą poszczególni członkowie zespołu terapeutycznego, a więc także pielęgniarka. Wybierając temat pracy kierowano się założeniem, że zgromadzone informacje w procesie analizy pozwolą na usystematyzowanie i możliwość głębszego poznania zagadnienia dotyczącego jakości życia kobiet

po usunięciu piersi, jak również, w razie potrzeby, na zmodyfikowanie działań praktycznych zgodnie z najnowszymi doniesieniami.

Celem pracy była próba oceny wartości poznawczej wybranych prac piśmiennictwa naukowego poruszających zagadnienie jakości życia kobiet po mastektomii. W pracy wykorzystano klasyczny wariant metody analizy i krytyki piśmiennictwa, łącząc jej ilościowy i jakościowy charakter.

W pracy przeanalizowano artykuły z czasopism oraz druki ciągle z lat 2003-2013. Analiza ilościowa polegała na zebraniu informacji z zakresu charakteru prac, wielkości badanych grup, wieku badanych osób, autorów poszczególnych prac, liczby artykułów i druków zwartych w ostatnim dziesięcioleciu, które omawiały problem jakości życia kobiet po mastektomii. Ponadto zgromadzony materiał o charakterze badawczym oceniono pod kątem rodzaju wykorzystanych narzędzi wykorzystanych do oceny jakości życia kobiet po mastektomii. Analizę jakościową przeprowadzono według wybranych kryteriów, które stanowiły następujące grupy problemów zdrowotnych: fizyczne, psychiczne i społeczne. Intensywność występowania wspomnianych grup problemów zdrowotnych w analizowanym piśmiennictwie oceniano na podstawie liczbowej, trzystopniowej skali Likerta. W pracy nie uwzględniono materiałów wydanych przed 2003 rokiem. Ostatecznie zgromadzono 36 pozycji, które

poddano analizie. Za piśmiennictwo bezpośrednio związane z tematem pracy uznano artykuły ukazujące aspekty jakości życia kobiet po przebytej mastektomii. Natomiast za pozycje pośrednio związane z tematem pracy uznano te, które zawierały informacje dotyczące zagadnień epidemiologii, etiologii, problemów klinicznych, diagnostyki oraz sposobów leczenia. Zebrane informacje poddano analizie i przedstawiono w postaci tabel i rycin.

Uzyskane wyniki dowodzą, że choroba w większości przypadków pozostawiła na trwałe pewne ograniczenia, z którymi kobiety muszą zmagać się w codziennym życiu. Grupę problemów fizycznych najczęściej poruszano na łamach analizowanego piśmiennictwa, najmniej odnoszono się do aspektów natury społecznej. Rak piersi u mężczyzn okazał się tematem niedostatecznie poruszonym na łamach analizowanego piśmiennictwa. Dodatkowo wykonano tabelę subiektywnej oceny wybranych zagadnień w aspekcie pielęgniarstwa, która wykazała niedostateczne informacje w zakresie każdego z badanych problemów.

Słowa kluczowe: mastektomia, rak piersi, jakość życia, rak sutka u mężczyzn, sfera psychiczna fizyczna, społeczna seksualna, stan emocjonalny kobiet, grupy wsparcia, akceptacja choroby.

OCENA REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ W NORMALIZACJI STANU ZDROWIA PACJENTA Z CHOROBA PSYCHICZNĄ

Janusz Galas

Według przyjętej w 1948 roku Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie psychiczne jest to pełny dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny, a nie tylko nieobecność choroby”. Choroby psychiczne występują we wszystkich społeczeństwach, kulturach i przyczyniają się do cierpienia wielu osób.

Z danych CBOS wynika, że w krajach Unii Europejskiej liczba osób potrzebujących pomocy psychiatrycznej sięga 50 mln. tj. około 11% ludności. Szacunkowo w Polsce liczba osób chorych psychicznie wynosi około 1,5 mln osób.

O chorobie psychicznej mówimy wtedy, gdy osoba traci w jakimś sensie poczucie rzeczywistości: odbiera świat, siebie i związki między sobą a światem inaczej niż jest w rzeczywistości. Obecnie dane jakie posiadamy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz europejskie wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń

psychicznych, co pociąga za sobą narastające koszty społeczne i gospodarcze. W 2004 roku, aż 27% dorosłych mieszkańców Europy doświadczyło zaburzenia psychicznego. Najczęściej występujące problemy zdrowia psychicznego to zaburzenia lękowe i depresje.

Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przewidują, że w 2020 roku depresja zajmie drugie miejsce na liście najpowszechniejszych chorób. Bardzo ważne jest postępowanie rehabilitacyjne, które przyczynia się do szybszego zdrowienia pacjenta, pozwala na nowo włączyć chorego w czynne życie społeczne. Strategia rehabilitacji opiera się na wspieraniu chorego w trudnym okresie przystosowania się do nowych, niepomyślnych warunków, wsparciu w kolejnych kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych oraz świadomym zindywidualizowanym kształtowaniu doświadczeń pacjenta. Rehabilitacja jest ko-

niecznym elementem w leczeniu chorób psychicznych, pomaga w zdrowieniu i pozwala pacjentowi powrócić do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Rehabilitacja jest procesem medyczno - społecznym, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zawodowego. Najogólniej mówiąc dąży do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych.



Celem rehabilitacji psychiatrycznej jest umożliwienie jednostkom skompensowania lub wyeliminowania funkcjonalnych deficytów oraz interpersonalnych i środowiskowych barier związanych z niesprawnością oraz odbudowanie zdolności do niezależnego życia, socjalizacji i kierowania swoimi sprawami. Współczesna rehabilitacja psychiatryczna obejmuje różne formy oddziaływań psychoterapeutycznych wobec pacjenta oraz terapię i edukację rodziny uzupełnione różnorodnymi działaniami środowiskowymi. Jej celem jest wyposażenie osoby chorującej psychicznie w umiejętności wpływania na przebieg własnej choroby, pokonywania objawów i przeciwdziałania ich nawrotom oraz w umiejętności społeczne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczności, przy możliwie jak najmniejszym wsparciu ze strony osób i instytucji zawodowo zajmujących się pomaganiem. Równocześnie trzeba zaakceptować to, że ten cel nastawiony na autonomię i niezależne życie dla wielu chorujących nie będzie możliwy do osiągnięcia w pełni.

Program rehabilitacyjny obejmuje różne obszary pomocy, a różnorodność oferty terapeutycznej zapewnia, że rehabilitacja znajduje w różnych fazach choroby właściwe akcenty i odpowiada na potrzeby pacjenta i jego rodziny. Pozwala to na zdobywanie pełniejszej wiedzy o chorobie i sposobach radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, przeciwdziałania nawrotom choroby, nabywania coraz szerszych kompetencji społecznych i umiejętności życiowych umożliwiających coraz większą samodzielność, współodpowiedzialność i własny

wkład w leczenie wnoszony przez pacjentów i ich rodziny.

Wyróżnia się rehabilitację: leczniczą, społeczną i zawodową. Rehabilitacja lecznicza, społeczna i zawodowa w psychiatrii jest systemem skoordynowanych oddziaływań, które mają umożliwić psychicznie choremu, samodzielną egzystencję, podjęcie aktywności życiowej oraz integracji społecznej. Uwzględniając kliniczne, psychologiczne i socjalne cechy chorego psychicznie, wyróżniamy w rehabilitacji dwie formy: wczesną i późną. Wybór formy uzależniony jest od rodzaju i natężenia choroby, a także od jej fazy.

W rehabilitacji chorych psychicznie wykorzystuje się wiele metod oraz różne formy oddziaływań psycho i socjoterapeutycznych m.in.:

1. Psychoterapia - to metoda leczenia przez świadome, planowe i systematyczne oddziaływanie słowne i pozasłowne na psychikę chorego w celu uzyskania poprawy w jego stanie zdrowia fizycznego, a co za tym idzie, poprawy jego funkcjonowania psychospołecznego.

2. Terapia zajęciowa - jest jedną z metod rehabilitacji zalecana chorym psychicznie. Polega ona na usprawnieniu fizycznym i psychicznym poprzez wykorzystanie różnych zajęć manualnych. Dobór zajęć terapeutycznych powinien uwzględniać aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne i poziom społeczno-kulturalny pacjenta. Terapia zajęciowa stanowi tę formę rehabilitacji w psychiatrii, która stwarza pacjentom najmniej trudności i wymagań, a więc powinna być stosowana przede wszystkim w najcięższych przypadkach.

Celem terapii zajęciowej jest zapobieganie skutkom ograniczenia aktywności, którym towarzyszy choroba i przywracanie zdolności do aktywnego, dającego zadowolenie życia w harmonii ze społecznym otoczeniem. Ułatwia ona pacjentom nawiązanie kontaktu z otoczeniem, zapobiega szkodliwej szpitalnej bezczynności. Wśród form terapii zajęciowej wyróżnia się: terapię pracą, terapię ruchem, terapię rozrywką oraz formy pośrednie pomiędzy psychoterapią a terapią zajęciową, takie jak: muzykoterapia, arteterapia, dramaterapia, psychorysunek, choreoterapia oraz biblioterapia.

Ergoterapia - to leczenie pracą. Polega na wykorzystaniu pracy jako metody leczenia i rehabilitacji chorych psychicznie.

Terapia ruchem - obejmuje ćwiczenia usprawniające, poprawiające ogólną kondycję fizyczną, realizowana w formie gier sportowych, zajęć rytmicznych, tanecznych oraz ćwiczeń relaksacyjno-koncentrujących. Ułatwia ona kontakty z ludźmi, wpływa na poprawę nastroju, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, podniesienie samooceny.

Terapia rozrywką - sprzyja uaktywnianiu chorych i ułatwia im nawiązywanie oraz podtrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi.

Muzykoterapia - to terapia wykorzystująca muzykę słuchanie, tworzenie, śpiewanie, granie.

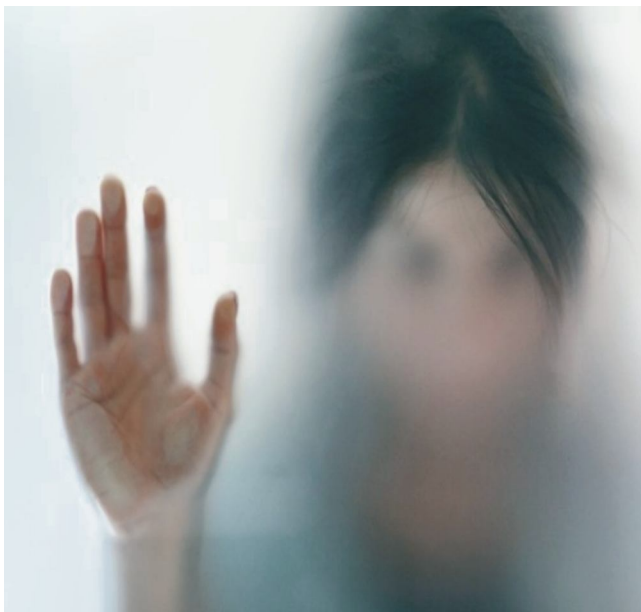
Arteterapia - oznacza terapię stosującą sztuki plastyczne. Ma pomóc w odkrywaniu podświadomości oraz tłumionych uczuć.

Choreoterapia - to metoda terapeutyczna, która wykorzystuje taniec i ruch jako formę psychoterapeutyczną.

Dramoterapia - jedną z form terapii kreatywnej realizującej te cele jest teatr. Najbardziej znaną formą terapii, mającą swe źródła w teatrze jest psychodrama, czy pantomima. Psychodrama, pomaga choremu odnaleźć się w jego starym świecie w nowy sposób. Celem działań jest poprawa komunikacji pacjenta z otoczeniem, przywrócenie wiary we własne siły, wyzwolenie pozytywnych emocji.

Psychorysunek - to metoda terapeutyczna redukująca napięcie i stres, usprawniająca komunikację międzyludzką, pomagającą w wykorzystywaniu i kierowaniu zasobami własnej energii wewnętrznej. Ta forma terapii umożliwia refleksje nad przyszłością i przeszłością oraz nad osobami najważniejszymi w ich życiu.

3. Treningi umiejętności społecznych polegają na uczeniu nowych zachowań osób psychicznie chorych oraz odtwarzaniu utraconych umiejętności. W treningach umiejętności społecznych szczególnie ważne jest odtwarzanie i podtrzymywanie umiejętności z zakresu: samoobsługi, dbałości o higienę i estetyczny wygląd, gospodarowania pieniędzmi, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, rozwiązywania problemów. Treningi służą poprawie efektywności działania w funkcjonowaniu społecznym.



Rola rehabilitacji w leczeniu pacjenta z zaburzeniami psychicznymi:

Pobyty w szpitalu psychiatrycznym powoduje izolację ludzi psychicznie chorych od społeczności ludzi zdrowych, co może doprowadzić do wyuczenia się niepożądanych zachowań, które stają się źródłem wtórnych zaburzeń umiejętności społecznych. Są to m.in.: brak samodzielności w podejmowaniu decyzji, osłabienie odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowie, oraz ograniczenie możliwości wyboru.

Nowoczesny model psychiatrycznej opieki podnosi pacjenta do rangi aktywnego podmiotu. Poprzez uaktywnienie chorych, organizację środowiska szpitalnego spójną z zasadami obowiązującymi na zewnątrz tej instytucji, przez włączenie w proces leczenia rodziny chorego - zapobiega się izolacji społecznej, psychodegradacji i tworzeniu się rzeszy przewlekłe chorych, wymagających ciągłej opieki profesjonalnej. Do pokonania swoich ograniczeń osoby chore psychicznie potrzebują woli walki, wsparcia innych osób, pomocy terapeutycznej. Obecnie kładzie się duży nacisk na to, aby kompleksowe oddziaływania rehabilitacyjne i lecznicze uwzględniały główne potrzeby pacjentów. Rehabilitacja jest nieodzownym elementem procesu terapeutycznego, jakiemu poddawany jest pacjent w trakcie pobytu w szpitalu, jest ona wielostronna i kompleksowa. Rehabilitacja psychiatryczna przyczynia się do skrócenia pobytu pacjenta w szpitalu, przywraca utracone umiejętności, które pozwolą pacjentowi samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie, z uwzględnieniem jego dobrostanu bio-psycho-społecznego.

Dzięki terapii zajęciowej pacjent ma okazję do ukierunkowania własnej aktywności na przezwyciężenie bierności i zależności od otoczenia. Rehabilitacja uruchamia zasoby i umiejętności posiadane przez chorego. Rehabilitacja odgrywa istotną rolę w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Zdaniem ankietowanych pacjentów leczonych w oddziałach psychiatrycznych z powodu depresji terapia zajęciowa ma pozytywny wpływ na ich aktywność w oddziale, poprawia samopoczucie, przywraca chęć do życia, a także zwiększa aktywność i samodzielność. Zdecydowana większość badanych uznała, że terapia działa mobilizująco, usprawnia, ponadto pozwala ona na funkcjonowanie w społeczeństwie. Większa ilość badanych pacjentów wysoko oceniła w skali od 0-10, że zarówno terapia pracą, jak i terapia ruchem w znacznym stopniu przyczyniają się do normalizacji ich stanu zdrowia psychicznego.

Rehabilitacja psychiatryczna w znacznym stopniu wpływa na poprawę stanu zdrowia pacjenta, poprawia jego samopoczucie, przywraca utracone umiejętności,

przez co pozwala pacjentowi odnaleźć się na nowo w życiu społecznym i prawidłowo w nim funkcjonować. Działania rehabilitacyjne winny być prowadzone nie tylko w czasie pobytu pacjenta w szpitalu, ale kontynuowane w okresie poszpitalnym w warunkach ambulatoryjnych, domowych, jako rehabilitacja środowiskowa do odzyskania pełnej sprawności lub do uzyskania optymalnego poziomu funkcjonowania w przypadku trwałej niepełnosprawności.

Celem rehabilitacji jest pomoc w uzyskaniu przez osobę samoakceptacji w zmienionej sytuacji życiowej, budowaniem własnego miejsca wśród bliskich, przywrócenie osobie chorej równowagi psychicznej, poczucia własnej wartości, motywowania i mobilizowania jej do współpracy oraz do podejmowania aktywności w ważnych okresach własnego życia.

Reasumując rehabilitacja psychiatryczna to zespół czynników o charakterze fizycznym i umysłowym zapewniająca możliwość leczenia poprzez konkretne formy terapii zajęciowej, które mają na celu rozwijanie osobowości i poszerzanie zakresu posiadanych umiejętności. To proces w trakcie którego ma nastąpić pewna zmiana w funkcjonowaniu, która będzie miała na celu poprawę stanu zdrowia. Warto wspomnieć, że sama terapia farmakologiczna, nie będzie tak efektywna jak połączona z terapią zajęciową w szczególności z terapią poprzez pracę, ruch, a następnie rozrywkę. Warto również dodać, że terapia daje satysfakcję, pozytywnie męczy, przynosi zadowolenie bowiem przyczynia się do poprawy stanu zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego. Człowiek który powróci do pełni zdrowia czuje się potrzebny i może się samo-realizować w społeczeństwie.

BIBLIOTEKA

działająca przy Ośrodku Kształcenia
Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
w Rzeszowie

PRZYPOMINA O SYSTEMATYCZNYM ZWROCIE

KSIĄŻEK DO BIBLIOTEKI

Osoby które nie dostosują się
do Regulaminu Biblioteki
będą zmuszone **do zapłaty kary umownej**
zgodnie z regulaminem.

PLAN DYŻURÓW Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

STYCZEŃ	11.01.2017	<i>Bernarda Krupczak</i>
	25.01.2017	<i>Barbara Hołody</i>
LUTY	08.02.2017	<i>Joanna Półtorak-Fus</i>
	22.02.2017	<i>Renata Trzyna</i>
MARZEC	08.03.2017	<i>Beata Bieniek</i>
	22.03.2017	<i>Albina Dul</i>
KWIECIEŃ	12.04.2017	<i>Marta Pieczonka</i>
	26.04.2017	<i>Bernarda Krupczak</i>
MAJ	10.05.2017	<i>Barbara Hołody</i>
	24.05.2017	<i>Joanna Półtorak-Fus</i>
CZERWIEC	14.06.2017	<i>Renata Trzyna</i>
	28.06.2017	<i>Beata Bieniek</i>
LIPIEC	12.07.2017	<i>Albina Dul</i>
	26.07.2017	<i>Marta Pieczonka</i>
SIERPIEŃ	09.08.2017	<i>Bernarda Krupczak</i>
	23.08.2017	<i>Barbara Hołody</i>
WRZESIEŃ	13.09.2017	<i>Joanna Półtorak-Fus</i>
	27.09.2017	<i>Renata Trzyna</i>
PAŹDZIERNIK	11.10.2017	<i>Beata Bieniek</i>
	25.10.2017	<i>Albina Dul</i>
LISTOPAD	08.11.2017	<i>Marta Pieczonka</i>
	22.11.2017	<i>Bernarda Krupczak</i>
GRUDZIEŃ	13.12.2017	<i>Barbara Hołody</i>
	27.12.2017	<i>Joanna Półtorak-Fus</i>

SPOTKANIE ANDRZEJKOWE 2016 "Nalejcie wosku na wodę, poznacie swoją przygodę"

Edyta Bernacka



Andrzejki to tradycja ludowa wieczoru wróżb pielęgnowana od dawnych czasów i przekazywana z pokolenia na pokolenie. Z tym dniem związane są również przysłowia ludowe dotyczące pogody, np. "Gdy Św. Andrzej ze śniegiem przybieży, sto dni śnieg na polu leży" oraz wieczoru andrzejkowego "Na Św. Andrzeja błyska pannom nadzieja". "Dziś cień wosku ci ukaże, co ci życie niesie w darze".



Wiara we wróżby i przesady jest stara jak świat. Przy pomocy magicznych przedmiotów ludzie pragnęli poznać swoją przyszłość. Dzisiaj również wróżą sobie. Dobrze jest na chwilę zapomnieć o problemach, pracy, codzienności, na chwilę powrócić do młodzieńczych lat i poczuć się jak dziecko. Każda z Nas potrzebuje chwili relaksu i zapomnienia. Dobrze byłoby czasem wiedzieć, co zdarzy się w przyszłości... jutro, za tydzień, za rok. Czy odwiedzi mnie stara znajoma... czy Michał nie zapomni o mnie... dokąd pojedę na urlop, kim będą w przyszłości moje dzieci... ile będę miała wnuków... Na czary szczególnie podatni są "młodzi ludzie".

Dlatego właśnie dla Was Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie przygotowała magiczny wieczór wróżb, przepowiedni i tańca. 30 listopada odbyło się spotkanie integracyjne dla członków OIPIP w Rzeszowie. Już od wejścia witała Nas nie tylko Czarownica z ciasteczkami, w którym kryła się wróżba ale i Cygan mający komplementami pięknie przystrojone Panie rozdając drobne upominki oraz mroczna muzyka zapowiadająca niezwykle rzeczy, które miały się wydarzyć. Uroczystego otwarcia wieczoru dokonała Przewodnicząca OIPIP w Rzeszowie.



Z ciemności spowitej mgłą wyłoniła się Czarownica zapowiadając nadchodzące wróżby i zapraszając do przygotowanych stanowisk. Wróżbom, śmiechom, zabawom nie było końca. Lanie wosku, rzucanie pieńżkiem do wiaderka, obieranie jabłka, kręcenie butelką, wróżenie z kart ... Cyganka prawdę Ci powie ... Cygan zaprosi do tańca ...

Dziękuję wszystkim i każdemu z osobna za przybycie, miłą zabawę i wspólnie spędzony czas. Mam nadzieję, że wyszliście z rozradowanym sercem i duszą.

KALENDARIUM NADCHODZĄCYCH WYDARZEŃ: STYCZEŃ 2017

- 14, 21, 28 - Wycieczka do Miszkolca "Polak, Węgier - dwa bratanki".

Luty 2017

- 4, 11 - Wycieczka do Miszkolca "Polak, Węgier - dwa bratanki"

- 18 - "Bieszczadzki kulig" - szczegóły już wkrótce.

POŁOŻNA 2016

Beata Baran, Renata Fura

W dniach 18-19 listopada 2016 r. odbyła się w Niepołomicach IV Małopolska Konferencja dla Położnych „Położna 2016”. Organizatorem konferencji była Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych.

Miejscem konferencji był Niepołomicki zamek - perła renesansowej architektury, gdzie przez wieki bywali, pracowali oraz polowali w Puszczy Niepołomickiej królowie i księżęta z dynastii Piastów i Jagiellonów. Aktualnie zamek pełni rolę miejsca kulturalno-biznesowego. W jego odnowionych zabytkowych wnętrzach odbywają się liczne imprezy rozrywkowe, recitale, koncerty, biesiady, spektakle, wesela i turnieje rycerskie. Podczas konferencji poruszano tematykę związaną z samodzielnością zawodową położnych, standardem opieki okołoporodowej, kierunkami rozwoju oraz perspektywami zawodowymi położnych. Przybliżono również zagadnienia z zakresu prawa oraz problemy pacjentek z którymi spotykamy się w codziennej pracy.

W przerwach między wykładami można było wymienić się doświadczeniami zawodowymi z licznie przybyłymi koleżankami z całej Polski. Organizatorzy konferencji zadbali o część kulturalną. Na zakończenie pierwszego dnia prelekcji uczestnicy mieli okazję zwiedzić Galerie Zamkową. Muzeum Niepołomickie oferuje szeroki wachlarz wystaw tematycznych, a przewodnicy w interesujący sposób opowiedzieli historię i legendy tej liczącej niemal siedemset lat rezydencji królewskiej. W komnatach zamkowych można było zobaczyć dwie wspaniałe galerie malarstwa i rzeźby oraz wystawy trofeów myśliwskich mistrza bezkrawawych łowów Włodzimierza Puchalskiego. Miłym akcentem kończącym pierwszy dzień konferencji była uroczysta kolacja na zamku.



Wśród licznych tematów poruszanych podczas konferencji uwagę autorek niniejszego artykułu zwrócił wykład dr n. med. Jolanty Olszewskiej „Ginekologia wg. Soranosa - współczesne spojrzenie na starożytne nowinki”. Ciekawie przedstawiony, opatrzone dawką humoru pozwolił przenieść się uczestnikom w czasy starożytnej medycyny, gdzie przyście na świat dziecka stanowiło równie ważne jak współcześnie wydarzenie. Antyczni lekarze pozostawili po sobie dzieła mówiące nam, w jaki sposób trwały przygotowania do porodu i jak on przebiegał. Jednym z nich był żyjący na przełomie I i II w.n.e. grecki lekarz i filozof Soranus z Efezu. Uważany za jednego z prekursorów położnictwa, ginekologii i pediatrii. Wykształcony w Aleksandrii, osiadł w Rzymie, gdzie napisał trakt o sztuce położniczej „De arteobstericamorbisquemulierum”. To właśnie z jego dzieła pochodzą pierwsze spisane informacje o sztuce przyjmowania porodów. Podkreślał również rolę akuszerki w tym ważnym momencie życia. Soranus w swoim dziele „Gynaikeia (o sprawach kobiecych)” traktuje o obowiązkach akuszerki oraz o higienie i pielęgnacji niemowląt. Według Soranusa akuszerka powinna być profesjonalistką i posiadać wysokie kompetencje.

Potrzebna jest znajomość pisania, rozum, dobra pamięć, pilność, uczciwość, w ogóle musi się ona odznaczać bystrymi zmysłami, być wolną od wszelkiego kalectwa i silną. Jak niektórzy dodają, powinna ona mieć długie wąskie palce u rąk o małych i zaokrąglonych paznokciach. Znajomość pisma daje jej możliwość kształcenia się teoretycznego w kunszcie. Rozum ułatwia jej pojęcie tego, co słyszy i widzi, przez dobrą pamięć zaś może zatrzymać to, czego się nauczyła, albowiem wiedza powstaje przez zatrzymanie w pamięci i pojęcie. Zamiłowanie do pracy i wytrwałość kroczą razem; a wytrwałości potrzeba ogromnej do zapoznania się z takim materiałem. Uczciwości potrzeba, ponieważ jej się powierzą w przyszłości gospodarstwo i tajemnice pożycia i ponieważ osoby złego charakteru, znające się na sprawach lekarskich, źle ich mogą użyć. Bystre zmysły musi akuszerka mieć, ponieważ musi już to patrzeć, już to uchem słuchać, już to dotykiem badać. Nie śmie być żadnym kalectwem obarczona, ażeby mogła sprytnie czynności swoje wykonywać. Silną musi być, ponieważ przez przenoszenie się z miejsca na miejsce podwójnie pracuje. Palce zaś powinny być długie, wąskie i o krótkich paznokciach, ażeby przy dotykaniu części wewnętrznych znajdujących się w stanie zapalenia nie zwiększały go. To się zaiste wszystko osiąga przez poważne traktowanie

rzeczy i ćwiczenie”. W dalszej części swego dzieła Soranus podaje nam opis wyposażenia, które powinna przygotować i którego powinna używać w czasie porodu każda akuszerka - „oliwę z oliwek [czystą, nieużywaną wcześniej do gotowania], gorącą wodę, maście rozgrzewające, miękką morską gąbkę, kilka fragmentów wełnianej tkaniny, bandaże [do owinięcia noworodka], kadzidła [różne substancje zapachowe: kaszę jęczmienną, jabłka, cytryny, melony, ogórki], stołek lub krzesło porodowe [to był najważniejszy element wyposażenia akuszerki: musiała go przynieść do domu, w którym odbierała poród], dwa łoża [twarde, które było używane podczas przygotowywania do właściwego porodu i miękkie do odpoczynku po porodzie] i właściwe pomieszczenie [pokój powinien być średniej wielkości, a temperatura w nim umiarkowana]”. Soranus przytacza dokładny opis krzesła, na którym rodziła kobieta. Zarówno akuszerki jak i lekarze uważali, że poród będzie przebiegał sprawniej, gdy kobieta znajduje się w pozycji siedzącej. W siedzisku krzesła znajdował się otwór w kształcie półksiężyca, przez który wydostawał się noworodek. Po obu stronach znajdowały się podłokietniki w kształcie litery P, których chwytala się rodząca kobieta. Krzesło posiadało mocne tylne oparcie po to, aby kobieta mogła zaprzeć się o nie biodrami i pośladkami. Soranus sugeruje, że niektóre krzesła nie posiadały tylnego oparcia; za rodzącą stał jeden z opiekunów i podtrzymywał ją. Boki krzesła, na których ono stało, były zamknięte, podczas gdy front i tył były otwarte, aby umożliwić i ułatwić pracę akuszerce. Jednym z najważniejszych obowiązków akuszerki było poinstruowanie rodzącej w jakim tempie powinna oddychać oraz w jaki sposób powinna przeć. W przypadku prawidłowego porodu, gdy główka dziecka pojawia się pierwsza, akuszerka powiększała rozwarcie układając główkę i ramiona dziecka, by potem delikatnie je wyjąć. Przy tym musiała bardzo uważać aby nadmiernie nie rozciągnąć pępowiny. Zaraz po narodzinach dziecka, delikatnie usuwała łożysko. Soranus w swoim dziele instruuje akuszerki, aby tuż przed kulminacyjnym momentem porodu, owijały dłonie tkaniną lub cienkim papierem. Wyjaśnia, że taki zabieg uniemożliwi wyślizgnięcie się noworodka z uścisku oraz ochroni go przed nieumyślnym i zbyt silnym ściśnięciem przez akuszerkę. W dalszej części Gynaikēi autor zwraca uwagę na fakt, iż stan umysłu rodzącej kobiety jest bardzo istotny dla przebiegu porodu. Radzi, aby osoby odbierające poród włożyły dużo pracy we właściwe psychiczne przygotowanie rodzącej, uspokoiły ją, ukoiły nerwy i rozwiały obawy. Kiedy rodząca kobieta cierpi z powodu nadmiernego „smutku, radości, złości lub nadmiernego pobłażania” poród na pewno będzie trudny. W momencie, gdy dziecko przychodziło na świat, zadaniem akuszerki było sprawdzenie jego stanu zdro-

wia. Na początek sprawdzała czy noworodek nie ma jakichś widocznych wad wrodzonych. Soranus przytacza szereg przykładów na to, w jaki sposób sprawdzić stan zdrowia noworodka: „Następnie powinno dziecko zaraz po ułożeniu go na ziemi silnie zakrzywić. Skoro ono bowiem dłuższy czas wcale nie lub tylko, nieco płacze, natenczas budzi ono podejrzenie, że mu się coś złego wydarzyło, lub że jest cierpiącym. Wszystkie części ciała, członki i zmysły powinny być w należyłym stanie, a otwory jako to uszy, nozdrza, krtań, cewka moczowa i otwór stolcowy powinny być wolne; ruchy każdego stawu powinny być prawidłowe, a nie gnuśne i słabe, podobnie jak zdolność zginania i prostowania członków, wielkość, kształt i czucie, które poznajemy przez uciskanie palcami; gdyż fizjologicznym objawem jest ból po uderzeniu lub ugniataniu. Dziecko zachowujące się przeciwnie, nie nadaje się do wychowania”. Starożytni Rzymianie uznawali powszechnie konieczność naturalnego żywienia niemowląt mlekiem kobiecym przez matkę naturalną lub zastępczą. Soranus uzasadniał karmienie noworodka mlekiem matki tym, że matki bardziej kochają swe dzieci oraz mają odpowiednie warunki fizjologiczne. W swoim dziele Soranus nakazuje mamkom zachowanie wstrzemięźliwości płciowej w okresie karmienia piersią z obawy przed utratą pokarmu i zajściem w ciążę. Soranus uchodził za wielkiego ginekologa starożytności. Jego książka była szczytowym punktem antycznego, metodycznego położnictwa i ginekologii.

Bibliografia u autorek.

Gratulujemy
Paniom Pielęgniarkom i Położnym
które uczestniczyły
w postępowaniach konkursowych
na niektóre stanowiska kierownicze
w podmiocie leczniczym
nie będącym przedsiębiorcą.



17.11.2016 - Konkurs na Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii wygrała Pani Agata Włodyka - SP ZOZ w Strzyżowie.

V JUBILEUSZOWY KONGRES ZINTEGROWANA OPIEKA MEDYCZNA W OBSZARZE RODZINY

Agnieszka Zimny

W dniach 1-3 grudnia 2016r. w Kołobrzegu odbył się Zjazd Ogólnopolskiego Programu Edukacji Porodowej Szkoła Matek i Ojców - "Razem Łatwiej". Był podsumowaniem dokonań uczestników i organizatorów. Oprócz doznań naukowych organizatorzy chcieli aby doznania klimatyczne, widokowe i towarzyskie pozostały na długo w naszej pamięci.

Kongres przebiegł pod hasłem "Zintegrowana opieka medyczna w obszarze rodziny". Zgromadził ponad 200 pielęgniarek i położnych z całej Polski. Organizatorami Kongresu była firma "Razem Łatwiej" wspólnie z Zakładem Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod przewodnictwem prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej.



Uroczystego otwarcia Kongresu i powitania gości dokonał Prezes "Razem Łatwiej" Tomasz Grzegorzewski. Program który nam zaoferowano był wyrazem przemyśleń organizatorów, naszych propozycji i ambicji Prezesa (w dobrym tego słowa znaczeniu). Ich życzeniem było, aby to co nam zaoferowano w programie poszerzyło naszą wiedzę, oraz horyzonty o nowe obszary zainteresowań. Kadra wykładowa była bardzo mocna.

Wykładem który zapadł mi w pamięci był wykład ks. Damiana Wyżkiewicza pt. "Niepełnosprawna matka we współczesnym świecie". Wystąpienie składało się z trzech części.

Pierwsza część dotyczyła przedstawienia dwóch postaci: Jeana Vanier i Marie-Helene Mathieu. Osoby te swoimi dokonaniem na stałe zapisały się na kartach współczesnej filozofii, pedagogiki, psychologii i medycyny. Stworzyli dwie wielkie organizacje: Arka oraz

Wiara i Światło zajmujące się jako pierwsze na świecie integracją osób z niepełnosprawnością intelektualną. Druga część była szkicem antropologicznym, który miał przybliżyć uczestnikowi kongresu odpowiedzi na pytania: kim jest osoba z niepełnosprawnością fizyczną bądź intelektualną? Po co istnieją? Jak się z nimi komunikować?

W trzeciej części został opisany los matek z niepełnosprawnością, ich współczesne traktowanie, kwestie biopolityczne i bioetyczne. Wszystkie wymienione zagadnienia były zilustrowane przykładami z życia.

IBUK Libra

Szanowni Państwo,

Od 1 grudnia 2016 r. ponownie można korzystać z zasobów elektronicznej biblioteki - bazy IBUK Libra.

Obecnie nie ma możliwości nadawania kodów przez centralny rejestr.

Każda izba otrzymała nową partię pinów dla swoich czytelników i to OIPIP w Rzeszowie decyduje o sposobie przekazywania kodów - można je wysłać mailem, wydrukować itp. Każdy użytkownik bazy IBUK Libra musi mieć założone konto w serwisie i robi to sam.

Jeśli osoba już takie konto posiada, **NIE MUSI ROBIĆ TEGO PO RAZ DRUGI**. Wystarczy, że do swojego konta doda ponownie nowy kod PIN. Każdy nowy użytkownik musi najpierw utworzyć konto myIBUK a następnie dodać otrzymany w swojej izbie kod PIN.

Na stronie internetowej IZBY - Aktualności jest link do filmu z instrukcją utworzenia konta i dodania kodu PIN. Film jest również dostępny na stronie libra.ibuk.pl w zakładce POMOC.

Wszystkie wydane kody do IBUK przed grudniem 2016 r. są nieważne.

Zainteresowane osoby prosimy o ponowne składanie wniosków o dostęp do IBUK.

JAK POMÓC OSOBOM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ POKONYWAĆ BARIERY

mgr Izabela Filipiak-Kudasik

Jednym z istotniejszych zagadnień dotyczących osób z niepełnosprawnością ruchową poruszających się na wózkach jest przystosowanie ich najbliższego otoczenia do sprawnego funkcjonowania, ponieważ bariery architektoniczne stanowią poważny problem dla tych osób.

W pełni sprawni najczęściej nie dostrzegają w życiu codziennym trudności, z jakimi mierzą się osoby z niepełnosprawnością, dlatego wiele barier architektonicznych nie tylko, że nie jest usuwanych, ale wciąż powstają nowe. Bariery te zauważają, mierząc się z nimi na co dzień, rodziny osób niepełnosprawnych oraz personel medyczny zajmujący się opieką nad pacjentami w ich domach i mieszkaniach.

Występowanie wielu barier w otoczeniu osób z niepełnosprawnością prowadzi najczęściej do zaniechania aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz rodzinnym. Bariery występujące w dostępności budynków oraz komunikacji powodują, że osoby doświadczające wielu przeszkód zamykają się w domach i obawiając się trudności komunikacyjnych stają się więźniami własnych mieszkań. Niestety również w mieszkaniach, czy domach mają ograniczoną przestrzeń poruszania się, ze względu na występujące tam bariery architektoniczne. Takimi barierami są na przykład progi, pojedyncze stopnie, schody oraz wszelkie nierówności podłoża. Pokonywanie takich przeszkód jest szczególnie trudne, a często niemożliwe dla osób poruszających się za pomocą tradycyjnego wózka inwalidzkiego, gdy pacjent zmaga się z niedowładem kończyn górnych.



Rolą społeczeństwa, a w tym służby zdrowia, która spotyka się z problemami osób niepełnosprawnych jest informowanie pacjentów oraz ich rodzin o możliwościach usuwania barier architektonicznych, wystę-

pujących w mieszkaniach i domach osób z niepełnosprawnościami. Informacja, która ma docierać do tych osób, powinna dotyczyć zarówno możliwości dofinansowania likwidacji barier architektonicznych w odpowiednich urzędach, jak i rozwiązań, jakie występują na rynku, umożliwiających przystosowanie mieszkania.

O dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) mogą się ubiegać osoby z niepełnosprawnościami, które posiadają aktualne orzeczenie o niepełnosprawności. Wniosek o dofinansowanie likwidacji barier osoba niepełnosprawna powinna złożyć w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) lub Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie (MOPR) właściwym dla swojego miejsca zamieszkania. O dofinansowanie na likwidację barier architektonicznych może ubiegać się każda osoba mająca trudności z poruszaniem się, jeśli jest właścicielem nieruchomości lub jej wieczystym użytkownikiem, a także gdy posiada zgodę właściciela lokalu, którego jest użytkownikiem, na wykonanie robót adaptacyjnych.

Likwidacja barier architektonicznych może pomóc nie tylko osobie z niepełnosprawnością w sprawniejszym poruszaniu się po mieszkaniu, ale znacznie ułatwia opiekowanie się niepełnosprawnym zarówno przez domowników, jak i przez osoby odwiedzające pacjenta, a więc: pielęgniarce rodzinne, środowiskowe, rehabilitantów, czy inne osoby świadczące pomoc na rzecz osoby z niepełnosprawnością. Jeśli osoba niepełnosprawna mieszka sama i jest pozbawiona kontaktu z rodziną, to często osoby z opieki medycznej są jedynymi, które mogą sprawdzić, czy u pacjenta zostały wykonane najniezbędniejsze prace dotyczące usuwania barier oraz podpowiedzieć, o co można się postarać.

W ramach likwidacji barier architektonicznych powinno się przede wszystkim: wymienić ościeżnice i drzwi na szersze, zlikwidować progi, zlikwidować różnice poziomów ciągów komunikacyjnych, zamontować podłogi antypoślizgowe, zamontować poręcze w ciągach komunikacyjnych, zbudować pochylnię. Niestety nie wszędzie możliwe lub wystarczające są wymienione wyżej udoskonalenia i często należy poczynić większe inwestycje, zakupując: podnośnik, dźwig osobowy, krzesło schodowe, platformę schodową, windę schodową, schodofaz lub chowaną w podłożu rampę nastawną. Te pierwsze pomogą w pokonywaniu większej ilości schodów znajdujących się na klatkach schodowych w budynkach mieszkalnych lub w domach piętrowych, ta ostatnia umożliwi pokonanie pojedyn-

czych schodów lub progów w miejscach, gdzie rampa zamontowana na stałe utrudniałaby poruszanie pozostałym domownikom. Rampa nastawna umożliwia także łatwy wyjazd na balkon, co w przypadku pacjentów rzadko wychodzących z domu jest jedyną formą zajęcia codziennej dawki świeżego powietrza.

Adaptacja mieszkań i budynków mieszkalnych polegająca na likwidacji barier architektonicznych, to wyzwanie, które należy podejmować, aby w jak największym stopniu ułatwić codzienne życie osób z trudnościami w poruszaniu się. Warto też nieustannie zwiększać świadomość osób, które na co dzień nie mają kontaktu z takimi osobami i nie dostrzegają przeszkód, jakie piętrzą się na ich drogach.

Więcej tej świadomości oznaczać będzie łatwiejsze życie nie tylko dla samych osób z niepełnosprawnością, ale również dla ich rodzin oraz osób wspomagających opiekę, na których barkach spoczywa często trud dźwigania i przenoszenia wózków w miejscach, gdzie brak wyobraźni konstruktorów i architektów powoduje niepotrzebne bariery.



Rzeszowski Portal Rampa - Pokonujemy bariery, zajmujący się tematyką szeroko rozumianej niepełnosprawności, ogłosił konkurs dla osób z niepełnosprawnością ruchową, w którym można wygrać innowacyjne urządzenie: rampę nastawną, ułatwiającą pokonywanie wszelkiego rodzaju progów i pojedynczych stopni oraz łatwe wyjechanie na balkon. Raz w miesiącu można wygrać jedno urządzenie. Konkurs trwa do 15 czerwca 2017 r.

Szczegóły pod adresem:
<http://www.rampa.net.pl/konkurs>



**Hotel Poznański, 20-21 styczeń 2017 r.
Luboń k. Poznania, ul. Krańcowa 4**

Program: Transkulturowość w praktyce zawodowej położnej; Wokół zdrowia kobiety (Leczenie operacyjne raka błony śluzowej trzonu macicy; Ginekologia wieku rozwojowego - zagadnienie interdyscyplinarne; Jak uroginekologia rozwiązuje problem nietrzymania moczu). Niepłodność a pełnia szczęścia (Zasady leczenia niepłodności; Wybrane problemy kliniczne noworodków z ciąż wielopłodowych; Położnica i noworodek - pielęgnacja i opieka w świetle współczesnych standardów). Prawo medyczne w praktyce zawodowej położnej a rzeczywistość; Mnogość współczesnych diet a ciąża (Stosowanie diet roślinnych w czasie ciąży; Wegetarianka w ciąży; Alergia pokarmowa typu III - transfer matka dziecko; Mleko modyfikowane na bazie mleka koziego - naturalna alternatywa dla popularnych mieszanek z mlekiem krowim).

Warsztaty - Stymulacja wielozmysłowa i zdrowy rozwój niemowlęcia. JOHNSON'S® So Much More™ - Wykład do kampanii So much more; Podział na grupy warsztatowe i przejście do stref warsztatowych; Zmysły rozwojowe okno na świat; Kąpiel - eksplozja zmysłów; Węch - wielka mapa świata; Laboratorium JOHNSON'S.

Koszty udziału:

Udział w konferencji oraz warsztatach - 80 zł
Udział w imprezie towarzyszącej - 100 zł

Zgłoszenia:

Warunkiem uczestnictwa w Konferencji jest dokonanie rejestracji - slowinska@miralex.pl lub tel. 506 027 613. Prosimy o przesłanie następujących danych w e-mail: imię i nazwisko, dane do faktury (ewentualnie), informacja o uczestnictwie w bankiecie.

Opłatę rejestracyjną prosimy wpłacać na konto MIRALEX Sp. z o.o., ul. Lotnicza 4, 64-920 PIŁA 75 1500 1041 1210 4005 4090 0000 z dopiskiem imię i nazwisko /data konf./ nazwa miejscowości.

KOMUNIKAT W SPRAWIE KART RABATOWYCH PRZYSŁUGUJĄCYCH CZŁONKOM SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RZESZOWIE

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie przygotowała dla pielęgniarek i położnych regularnie opłacających składki KARTY RABATOWE uprawniające do zniżek w sklepach i instytucjach.

W związku z tym prosimy o zgłaszanie się do siedziby Izby po odbiór kart osobiście lub może to być jedna osoba reprezentującą dany podmiot leczniczy, posiadająca listę osób zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym. Osoby prowadzące indywidualną praktykę winny zgłosić się osobiście, lub przez osobę reprezentującą grupę do odbioru karty.

INFORMACJA DLA INDYWIDUALNYCH/GRUPOWYCH PRAKTYK DOTYCZĄCA ISTOTNYCH ZMIAN W PRZEPISACH PRAWNYCH

Dziennik Ustaw z dnia 30 czerwca 2016 r. poz. 960 ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

Przypominamy, iż z dniem 15 lipca 2016 r. weszły w życie regulacje dotyczące m.in.:

1. zwolnień z obowiązku przedkładania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej organowi prowadzącemu rejestr, **UBEZPIECZENIE OC NADAL OBOWIĄZUJE.**
2. odstąpienia od obowiązku przedkładania organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą opinii sanitarnej wydanej przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie spełniania warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych przez pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego,
3. zwolnienia indywidualnych praktyk pielęgniarskich wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład z obowiązku posiadania regulaminu organizacyjnego,
4. rezygnacji z obowiązku posiadania przez podmioty lecznicze prowadzące szpital ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.



Paniom
BOŻENIE KAPUSTA i JADWIDZE KWIATKOWSKIEJ
z powodu przejścia na emeryturę
serdeczne podziękowania za wieloletnią i rzetelną pracę
składa
Koordinator pielęgniarek i położnych
z SPZOZ Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Rzeszowie
Joanna Bieniasz oraz współpracujące Koleżanki



Projekty rozwoju dla Twojej firmy

allforbusiness

— KIM JESTEŚMY? —

Głównym generatorem napędowym naszej działalności oraz podstawowym celem jaki przyświeca naszemu projektowi jest wspieranie styku biznesu i nauki. Misją firmy All for Business jest zapewnienie Klientom najwyższej jakości usług i wspieranie ich w zakresie działalności proinnowacyjnej.

All for Business to zespół wykształconych, a także doświadczonych ekspertów, którzy w dotychczasowej karierze zawodowej odnosili znaczące sukcesy zarówno w zarządzaniu projektami oraz doradztwie jak i w pozyskiwaniu funduszy na rozwój.

AKADEMIA BIZNESU
ANALIZA BIZNESOWA
WIZERUNEK MARKI
FINANSOWANIE BIZNESU
AUDYT PRAWNY

Sprawdź nas na: www.a4b.com.pl

Zapraszamy członków samorządu do przesyłania artykułów do publikacji w Biuletynie. Pisząc, macie Państwo możliwość dzielenia się z innymi swoją wiedzą i doświadczeniem. Prosimy o nadsyłanie drogą elektroniczną tekstów prezentujących wskazówki i wiedzę użyteczną dla pielęgniarek i położnych. Jeśli w tekście będą zdjęcia prosimy je dołączyć w formacie JPG z załączoną zgodą osób przedstawionych na zdjęciach na ich publikację.

Artykuły prosimy przysłać na adres:
biuro@oipip.rzeszow.pl
z dopiskiem w tytule - BIULETYN.
Prosimy o pisemną zgodę na publikację w Biuletynie.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY

Szanowni Państwo,

W styczniu 2017 roku rusza kolejny Ogólnopolski Projekt Edukacji Społecznej SED 2017
a towarzyszyć mu będzie motto:

DLA KAŻDEGO KTO UWAŻA, ŻE DLA CUKRZYCY NIE ISTNIEJE.

Zainicjują go dwa wydarzenia I Kongres Edukacji Diabetologicznej, 17-18.01.2017r.
oraz III Konferencja „Innowacje w Edukacji Diabetologicznej”, 18-19.01.2017r.

Zapraszamy na nie osoby zainteresowane edukacją diabetologiczną z całej Polski. Gremia lekarzy, pielęgniarek, położnych, dietetyków, psychologów, którzy od wielu lat specjalizują się w pracy z osobami chorymi na cukrzycę, starają się im zapewnić pełność i ciągłość postępowania terapeutycznego. Wiemy, że jednym z nierozdzielnych ogniw terapii jest edukacja pacjenta, służąca wspieraniu go w samodzielnym postępowaniu z cukrzycą i pozwalająca na odpowiedni komfort życia z chorobą. Potrzebujemy wciąż nowych rozwiązań edukacyjnych do pracy z chorymi, ich rodzinami, środowiskiem społecznym czy zawodowym.

I Kongres Edukacji Diabetologicznej stanie się też płaszczyzną wymiany doświadczeń, ale przede wszystkim miejscem pozyskania praktycznej wiedzy o cukrzycy, doskonalenia metod edukacji i zapoznania się z przykładami nowatorskich rozwiązań w tym zakresie.

Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej, we współpracy z partnerami, zainicjowało wiele różnorodnych działań popularyzujących wpływ skutecznej edukacji na jakość życia pacjenta i osiągnięcie celów terapeutycznych, jak również działania zmierzające do prawnego usankcjonowania i umieszczenia edukacji diabetologicznej w puli świadczeń gwarantowanych. SED złożyło w Ministerstwie Zdrowia Kartę Problemu Zdrowotnego z propozycją sposobu refundowania edukacji diabetologicznej, czego w obecnej chwili nie znajdziemy w systemie ochrony zdrowia.

Powinniśmy dążyć, aby przy Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych powstawały zespoły do spraw pielęgniarstwa diabetologicznego, co pozwoli wzmocnić pozycję pielęgniarek i położnych zaangażowanych w pracę z pacjentami diabetologicznymi i ich otoczeniem.

Zapraszamy na I Kongres Edukacji Diabetologicznej i III Konferencję Innowacje w Edukacji Diabetologicznej wspólnie możemy wypracować naprawdę dobry model edukacji w Polsce.

PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj.: zmiany nazwiska; zmiany adresu zamieszkania; zmiany miejsca pracy; ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); informacji o zaprzestaniu wykonywania zawodu; informacji o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu; informacji o przejściu na rentę, świadczenie emerytalne, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada na nas ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust. 2 pkt. 5. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Rzeszowie.

Aktualizacja danych jest niezmiernie ważna w momencie negocjowania warunków pracy i płacy. PROSIMY O POTRAKTOWANIE SPRAWY JAKO PILNEJ.

AKTUALIZACJI DANYCH MOŻEMY DOKONAĆ: OSOBIŚCIE - w dziale prawa wykonywania zawodu - pok. 18 lub PISEMNIEM na adres biura: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów.

INFORMACJA DLA OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI O DOFINANSOWANIE

Wnioski o dofinansowanie będą rozpatrzone tylko wtedy kiedy dane zawarte we wniosku o dofinansowanie będą zgodne z danymi w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. W innym przypadku wnioski nie będą rozpatrywane.

AKTUALIZACJA DANYCH W CENTRALNYM REJESTRZE JEST WARUNKIEM POZYTYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU

PROSIMY AKTUALIZOWAĆ SWOJE DANE W REJESTRZE



*Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nikt nam nie odbierze, zawsze będą z nami.*

Pielęgniarki

KRYSTYNIE BRZEWOWSKIEJ

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci MĘŻA

składają

Pielęgniarki i Położne, Pielęgniarka Naczelna,
p.o. Kierownik Przychodni Specjalistycznej
Centrum Diagnostyczne ZOZ Nr 2 w Rzeszowie

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci żywych”

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 10 lipca 2016 r. zmarła

EMILIA MALMON

Po ciężkiej chorobie odeszła od nas położna o wielkim sercu.

Życzliwa, zawsze pomocna. Oddana rodzinie i pracy, pełna wiary i hartu ducha.

Taka zostanie na zawsze w naszej pamięci.

Rodzinie i bliskim wyrazy szczerego współczucia
składają Koleżanki pielęgniarki i położne Szpitala Powiatowego w Nisku.

Wyrazy szczerego współczucia
dla

**MAŁGORZATY
KRZYŻANOWSKIEJ**

z powodu śmierci TEŚCIA

składają Koleżanki

z Wojewódzkiego Zespołu
Specjalistycznego w Rzeszowie

*"Można odejść na zawsze,
by stale być blisko"*
Ks. Jan Twardowski

Pani
MARII KUNYSZ
PIELĘGNIARCE
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci MAMY

składają
Dyrekcja oraz pracownicy
SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie

MAŁGORZACIE KUKULSKIEJ

wyraży głębokiego współczucia
i słowa otuchy
z powodu śmierci MAMY

składają Koleżanki
z Izby Przyjęć
Szpitala Miejskiego w Rzeszowie

*"Życie przemija jednak pamięć
o kochanej osobie pozostaje
w sercu na zawsze"*

Wyraży żalu i głębokiego współczucia
dla Koleżanki

BEATY IDEM
z powodu śmierci OJCA

składa
personel pielęgniarski
Oddziału Rehabilitacji Ogólnej
i Rehabilitacji Neurologicznej
Szpitala Powiatowego w Mielcu

*"Ci których kochamy,
nie umierają nigdy"*

Wyraży żalu
i głębokiego współczucia
Naszej Koleżance

ANNIE DROŹDŻAŁ
z powodu śmierci SIOSTRY

składają Koleżanki z Oddziału
Położniczo-Ginekologicznego
Szpitala Wojewódzkiego
w Tarnobrzegu

*„Śpieszmy się kochać ludzi,
tak szybko odchodzą..."*

/Ks. J. Twardowski/

Z głębokim żalem
i wielkim smutkiem
zawiadamiamy,
że w dniu 4 listopada 2016 r.
odeszła od nas

Nasza Koleżanka, pielęgniarka
JOLANTA PESZKO
długoletni pracownik
Kliniki Neurochirurgii
i Neurotraumatologii
z Pododdziałem Urazów Kręgosłupa
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie

Rodzinie Zmarłej wyraży
współczucia
składają
Dyrekcja i Personel Pielęgniarski
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego Nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej
w Rzeszowie

BOŻENIE SUROWIEC

Wyraży głębokiego współczucia
i słowa otuchy
z powodu śmierci BRATA

składają Koleżanki
ze Szpitala Miejskiego
w Rzeszowie

*Jak trudno żegnać na zawsze
kogoś, kto jeszcze mógł być
z nami.*

Z ogromnym bólem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci MĘŻA
DOROTY CZAJAK

Rodzinie i bliskim
wyraży głębokiego współczucia
i słowa otuchy

składają koleżanki
z Kliniki Ginekologii
Klinicznego Szpitala
Wojewódzkiego nr 1 w Rzeszowie

"Zniknęłaś nam z oczu, lecz z serca nigdy!"

13 listopada 2016 roku, ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej Koleżanki Położnej

ALINY STĘPIEŃ

Nasza Koleżanka Alina od 1984 roku pracowała
w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym
Szpitala Wojewódzkiego w Tarnobrzegu.
Cechowała ją życiowa mądrość, była człowiekiem skromnym,
uczciwym i godnym zaufania.

Zawsze można było na Nią liczyć.
Wrażliwa na ludzką niedolę, dbała o godność zawodu,
doskonała położna i troskliwa Matka rodziny.
Alina nie przewidywała jak i wszyscy wokół Niej
tak wczesnego odejścia z tego świata.
Ciężka choroba pokrzyżowała jej plany.
Miała ogromną wolę życia, niestety Bóg miał wobec Niej
inne plany przerywając Jej ziemską pielgrzymkę i powołując Ją do siebie.

My Koleżanki z Oddziału nie możemy pogodzić się ze świadomością,
że Alina już nigdy nie pojawi się na dyżurze.
Jej postać i osobowość pozostanie w naszych sercach.
Łączymy się również w bólu z Jej rodziną.

Personel
Oddziału Położniczo-Ginekologicznego
Szpitala Wojewódzkiego w Tarnobrzegu

Kompleksowy pakiet ubezpieczeń INTER dla medycyny

INTER Polska w profesjonalny i kompleksowy sposób dba o bezpieczeństwo Pielęgniarek i Położnych

Wypracowany wspólnie z Pielęgniarkami i Położnymi kompleksowy pakiet ochrony ubezpieczeniowej obejmuje najważniejsze ryzyka w życiu zawodowym i prywatnym.

Wiedząc jak istotna jest dla naszych Klientów możliwość dostosowania zakresu ochrony do indywidualnych preferencji, dajemy Państwu możliwość skonstruowania własnego pakietu.

Nasi pośrednicy służą pomocą na każdym etapie podejmowania decyzji.



■ Obowiązkowe Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej

konieczne dla Pielęgniarek i Położnych pracujących na kontrakcie, prowadzących praktykę pielęgniarską i położniczą.

■ Dobrowolne Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej

rozszerza zakres ochrony dla posiadaczy ubezpieczenia obowiązkowego np. dla szkód w mieniu. Pielęgniarkom i Położnym, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC, zapewnia ochronę m.in. w przypadku popełnienia błędów podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

■ Świadczenie pieniężne w przypadku przerwy

w wykonywaniu zawodu (INTER Kontrakt).

■ Ochrona prawna

dla osób wykonujących zawód medyczny (INTER Ochrona Prawna).

■ Ubezpieczenie skutków ekspozycji

na materiał zakaźny (INTER Ochrona HIV/WZW).

■ Ochrona majątku

praktyki pielęgniarskiej i położniczej (INTER Partner).

■ Ubezpieczenie w życiu prywatnym: dom, mieszkanie, turystyka, życie

(INTER Lokum, INTER Tour, INTER Grupa).

Zapytaj swojego agenta o specjalną zniżkę pakietową!

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 172
02-486 Warszawa

tel. +48 22 333 75 00
Interpolska@interpolska.pl

inter
UBEZPIECZENIA