



Nr 118 (VII) LISTOPAD - GRUDZIEŃ 2018

ISSN 1509-4189

BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Z SIEDZIBĄ W RZESZOWIE

NOWA KOLEDA

*Święte Dziecię Boże Dziecię
Nasz Zbawiciel świata Król
Dziś w stajence się narodził
Hołd mu złożył wół i muł*

*Nasze winy On odkupi
Taki plan ma Ojciec Bóg
Brudy z naszych serc wyrzuci
bo szukamy krętych dróg*

*I błądzimy ciągle w lesie
nie znajdując światła w mroku
Echo się po polach niesie
że nasz świat nie ma uroku*

*Jezus dziecko w nas obudzi
I przywróci radość życia
Byśmy znów kochali ludzi
By miłość wyszła z ukrycia*

*Choć Herodów nie brakuje
ani nieszczęśliwych dzieci
Miłość wkrótce zatriumfuje
bo już pierwsza gwiazdka świeci*

K.B.

Boże Narodzenie 2018

WYDAWCA:

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

Redaguje Zespół w składzie: Anita Drażek, Edyta Bernacka, Teresa Błaż, 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)

Santander Bank Polska
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
tel. (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 kolegiatną 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

W NUMERZE

Głosem Przewodniczącej	- 3
Z prac samorządu	- 4
Aktualności	- 5
Stanowisko nr 23 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w/s poparcia akcji zbierania podpisów pod projektem Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej „Szczepimy - bo myślimy”	- 8
Sprawozdanie ze spotkania edukacyjnego „Wielochorobowość - specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym”	- 9
Wiedza na temat profilaktyki udaru mózgu w środowisku medycznym	- 12
Postrzeganie starości i osób starszych przez młodzież	- 15
Opinia prawna dotycząca wymaganych kwalifikacji i statusu prawnego osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorcą na stanowiskach, z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek	- 19
Opinia w sprawie dokonywania wpisów w kartach zleceń lekarskich przez pielęgniarki	- 21
Opinia w sprawie płukania ucha przez pielęgniarki	- 22
Aktualizacja standardu opieki okołoporodowej	- 23
Warto wiedzieć	- 26
Pożegnania	- 27






Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Oddajemy w Państwa ręce ostatni numer biuletynu w tym roku. Kolejny niełatwy rok dobiega końca. Rozpatrzyliśmy wiele wniosków o dofinansowanie do kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – to pierwszy rok kiedy nie będzie ono opodatkowane. Pracujemy ciągle na jakością przepływu informacji, reagujemy szybko na pojawiające się problemy dotyczące warunków pracy i płacy oraz nad stosownym wizerunkiem i prestiżem naszych zawodów. Dokładamy wszelkich starań aby integrować środowisko pielęgniarek i położnych wokół wspólnych celów i zainteresowań.

Dzięki waszej pracy Koleżanki i Koledzy, pacjenci mogą się czuć zabezpieczeni. Przed nami okres Świąt Bożego Narodzenia. To moment żeby się zatrzymać, zwrócić uwagę na wartości dla nas najważniejsze: rodzinę, zdrowie, życie i dobre relacje z innymi ludźmi.

Życzę Wam żeby był to czas spokoju, odpoczynku, ciepła i niepowtarzalnej atmosfery. Niech 2019 Rok będzie czasem spełnienia marzeń, satysfakcji z podejmowanych decyzji i wyzwań, czasem wszelkiej pomyślności i radości.

Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie


Anita Drązek

*Życzymy Państwu zdrowych i pogodnych
Świąt Bożego Narodzenia.
Niech ten czas
spędzony w gronie najbliższych
napęłni Wasze serca spokojem i radością.
Niech pokój, radość i obfitość wszelkich dóbr
oraz poczucie prywatnego
i zawodowego spełnienia
towarzyszą Wam przez cały 2019 Rok.*



Posiedzenia Prezydium i Okręgowej Rady

15.11.2018 - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Na posiedzeniu podjęto 61 uchwał; m. in.: w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu dla 14 osób oraz wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru, w/s skierowania na przeszkolenie po przerwie nie wykonywania zawodu, w/s skreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w/s dofinansowania do kursów, szkoleń, specjalizacji, studiów, w/s przyznania zapomóg losowych, zapomóg w związku z przejściem na emeryturę, zapomóg z tytułu choroby przewlekłej, w/s przyznania dofinansowania do okularów, w/s oddelegowania na konferencje, w/s odpowiedzi na apel, w/s odmowy dofinansowania do kursów, szkoleń zgodnie z regulaminem.

Z prac OIPIP w Rzeszowie

29.10.2018 – Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie p. Anita Drążek wzięła udział w spotkaniu w Podkarpackim Oddziale Wojewódzkim NFZ w Rzeszowie.

LISTOPAD

08.11.2018 - Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie p. Anita Drążek wzięła udział w Forum Pacjentów Onkologicznych w Hotelu „Kameleon” w Tarnobrzegu.

09.11.2018 - Posiedzenie Komisji Socjalnej.

14.11.2018 - Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie p. Anita Drążek wzięła udział w konferencji „Medycyna wileńska w II Rzeczypospolitej” w Urzędzie Marszałkowskim.

14.11.2018 - Posiedzenie Zespołu opieki paliatywnej.

15.11.2018 - Wiceprzewodnicząca ORPIP w Rzeszowie p. Barbara Świetlik reprezentowała Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych na Kongresie 590 w trakcie rozdania nagród dla małych i średnich przedsiębiorstw w Centrum Wystawienniczo-Kongresowym G2A Arena. Kongres był objęty Patronatem Honorowym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy.

16.11.2018 - Posiedzenie Komisji Etyki Zawodowej.

20.11.2018 - Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

21.11.2018 - W hotelu „Twierdza” w Rzeszowie odbyło się szkolenie „Wielochorobowość - specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym” zorganizowane we współpracy z firmą Pelargos.

21.11.2018 - Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

27.11.2018 - Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

28.11.2018 - Odbyły się warsztaty zorganizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we współpracy z firmą Fresenius Kabi Polska - „Warsztaty żywienia klinicznego dla pielęgniarek.”

29.11.2018 - Posiedzenie Zespołu opieki długoterminowej.

30.11.2018 - Posiedzenie Komisji Socjalnej.

GRUDZIEŃ

04.12.2018 - Wiceprzewodnicząca ORPIP w Rzeszowie p. Barbara Świetlik wzięła udział w III Ogólnopolskiej Konferencji Prawno-Medycznej na Uniwersytecie Rzeszowskim.

05-06.12.2018 - Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie p. Anita Drążek wzięła udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

09.12.2018 - Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie p. Anita Drążek wzięła udział w XIII Mikołajkowej Konferencji Dializacyjnej w Hotelu Prezydenckim w Rzeszowie.

Implementacja Dyrektywy Rady 2010/32/UE w polskich szpitalach

Będzie nam niezmiernie miło, jeśli przyłączycie się do ogólnopolskiego badania: „Implementacja Dyrektywy Rady 2010/32/UE w polskich szpitalach”. Badanie jest skierowane do personelu pielęgniarskiego i będzie dotyczyło efektów i stopnia implementacji Dyrektywy Rady 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 roku w sprawie wykonania umowy bramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU.

Ankieta jest dostępna pod adresem: ww.interankiety.pl/wypelnij/zaklucia_badanie.

Organizatorem badania jest Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Patronat nad badaniem objęli: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej oraz Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych.

Zranienia i zakłucia – jak doskonale wiemy – to codzienność naszej pracy. Każdego dnia tysiące pielęgniarek oraz całego personelu medycznego narażonych jest na ekspozycję zawodową. W krajach Unii Europejskiej każdego roku odnotowuje się blisko 1,2 miliona skaleczeń z powodu zakłuć igłą. W Polsce takich przypadków jest około 37 tysięcy rocznie. Oznacza to, że na 100 łóżek szpitalnych rocznie przypada od 12 do 30 zakłuć. Te dane są zatrważające i bardzo niepokojące. Wdrażanie bezpiecznych rozwiązań ma na celu zmniejszenie ryzyka zakłuć i zranień wśród przedstawicieli Naszej grupy zawodowej. Chcemy sprawdzić, czy poszczególne rekomendacje i zalecenia są wdrażane na poziomie placówek medycznych, a także czy dostęp do bezpiecznych i nowoczesnych rozwiązań jest zapewniony każdemu przedstawicielowi naszego zawodu.

W razie pytań prosimy o kontakt: Dominika Dyjak, dominika.dyjak@procontent.pl, tel. 531 844 325



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60

NIPiP-NRPiP-DM.0025.284.2018

Warszawa, dnia 26 września 2018r.

26.09.18
MOMM

Pan
Marcin Czech
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo, które wpłynęło do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w dniu 24 września 2018 roku (znak: OZO.0212.9.2018), dotyczące zaopiniowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie *wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*, uprzejmie informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

Jednocześnie wnoszę o ustalenie terminu spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, celem określenia szczegółowych zasad współpracy pomiędzy członkami Zespołu POZ oraz wypracowania narzędzia informatycznego, porządkującego problem list świadczeniobiorców oraz współpracy pomiędzy świadczeniodawcami.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 9 ust. 3, art. 16, art. 33 i art. 34 ustawy z dnia 27 października 2017 roku o *podstawowej opiece zdrowotnej* (Dz. U. z 2017r., poz. 2217) z dniem 1 stycznia 2025 roku świadczeniobiorca może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami tworzących zespół poz, a współpraca w ramach poz polega na stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy. Oznacza to tym samym, że od 1 stycznia 2025 roku świadczenia będą w dalszym ciągu udzielane przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz w ramach współpracy podejmowanej w zespole poz, a nie przez zespół poz.

AKTUALNOŚCI

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2018 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie wskazuje, na art. 9 ust. 3, art. 16, art. 33 i art. 34.

Zespół poz zgodnie z uzasadnieniem do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z zasady nie jest świadczeniodawcą, zatem załącznik nr 4 do Rozporządzenia z dnia 12 czerwca 2018 r w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dniem 01 stycznia 2025 nie jest drukiem deklaracji wyboru „Zespołu” udzielającego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jest drukiem możliwości wyboru u jednego świadczeniodawcy lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz na jednym druku pod warunkami zawartymi w ustawie.

Narzędziem informatycznym comiesięcznej weryfikacji list pacjentów, którzy dokonali wyboru w zakresach świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz jest System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI). System Zarządzania Obiegiem Informacji służy do dwukierunkowej komunikacji między Oddziałem Wojewódzkim NFZ i podmiotami zewnętrznymi - świadczeniodawcami.

NFZ jest zatem dysponentem informacji umożliwiających bieżące tworzenie list świadczeniobiorców z podziałem na zakresy lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz oraz ma możliwość przekazywania za pomocą systemu - SZOI, zwrotnej informacji świadczeniodawcom - tworzenia listy świadczeniobiorców z podziałem na zakresy udzielanych świadczeń w poz. Dlatego istnieje potrzeba wypracowania narzędzia informatycznego, porządkującego problem list świadczeniobiorców oraz współpracy pomiędzy świadczeniodawcami.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP

Mariola

Mariola Łodzińska

KĄCIK MYŚLI

Katarzyna Błaszczuk

*Przyjaźń i miłość nie polegają
na czerpaniu ze źródła dobra,
tylko na wzajemnym dawaniu
i dzieleniu się talentami.*

*Jeśli pozbywasz się ludzi, którzy ci służą
jak zużytych starych butów,
spodziewaj się, że kiedyś też
dostaniesz to, co dziś dajesz.*



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DS.015.204.2018.MG

Warszawa, dnia 2 października 2018 r.

**Członkowie NRPIP
VII Kadencji**

Szanowni Państwo

Dotyczy realizacji wniosku z posiedzenia NRPIP.

Uprzejmie informuję iż w dniu 27 września 2018r. Minister Zdrowia podpisał nowelizację rozporządzenia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1295), polegającej na przesunięciu terminu wejścia w życie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W dniu 20 września 2018r. na wniosek NRPIP odbyło się spotkanie w Ministerstwie Zdrowia z przedstawicielami NRPIP w sprawie zmiany terminu wejścia w życie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Przedstawiciele NRPIP wnioskowali o zmianę terminu wejścia w życie wspólnej deklaracji.

Propozycja przedstawiona przez NRPIP została uwzględniana. W załączeniu treść pisma skierowana do Ministra Zdrowia.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPIP

Z. Małas
Zofia Małas

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I 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 23

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych


z dnia 13 listopada 2018 r.

w sprawie poparcia akcji zbierania podpisów pod projektem Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej „Szczepimy - bo myślimy”.


Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża dezaprobatę wobec wszelkich działań, które podważają skuteczność i bezpieczeństwo szczepień ochronnych i deklaruje:

- aktywne wsparcie wszelkich działań i inicjatyw dla organizacji i instytucji popierających propagowanie szczepień w tym działań Głównego Inspektora Sanitarnego;
- prowadzenie działań edukacyjno – informacyjnych wśród społeczeństwa na temat zagrożeń wynikających z zaniechania szczepień ochronnych;
- przystąpienie przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych do akcji zbierania podpisów pod projektem Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej „Szczepimy - bo myślimy”.

Sekretarz NRPiP


Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP


Mariola Łodzińska



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

29.11.2018 - Konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Dermatologii w Szpitalu Specjalistycznym w Mielcu wygrała Pani Teresa Gurdak.

29.11.2018 - Konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Medycyny Paliatywnej w Szpitalu Specjalistycznym w Mielcu wygrała Pani Bożena Kulpa.

Sprawozdanie ze spotkania edukacyjnego „Wielochorobowość - specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym”

Dorota Liput

W dniu 21 listopada 2018 r. zostało zorganizowane spotkanie edukacyjne we współpracy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie oraz firmy Pelagros skierowane do pielęgniarek i położnych. Cykliczne wykłady cieszą się dużym zainteresowaniem wśród pań pielęgniarek i położnych. Tak było tym razem, gdyż w szkoleniu wzięło udział ponad 100 osób, mimo iż dotyczyło ono trudnego tematu - wielochorobowości jako specyfiki opieki nad pacjentem geriatrycznym. Spotkanie poprowadziła pani mgr Dorota Liput.

Jednym z najważniejszych wyzwań w geriatryi jest zapewnienie optymalnej opieki nad osobami starszymi z wieloma dolegliwościami o charakterze przewlekłym, gdyż najbardziej typową cechą pacjentów geriatrycznych jest właśnie wielochorobowość (polipatologia), czyli współwystępowanie kilku chorób przewlekłych. U pacjenta stwierdza się np. chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę, osteoporozę, chorobę zwyrodnieniową stawów oraz depresję. Współistnienie kilku jednostek chorobowych wynika z samego procesu starzenia się, ale jest też konsekwencją rozwoju medycyny i coraz większej skuteczności leczenia wielu chorób.

Wielochorobowość prowadzi do wielu niekorzystnych sytuacji – przede wszystkim zaciera się różnic między objawami spowodowanymi starzeniem się i współistniejącymi chorobami, opóźnienia właściwego rozpoznania a tym samym opóźnienia wdrożenia właściwej terapii i gorszego rokowania co do wyleczenia.

Najczęstszą w starości patologią jest choroba zwyrodnieniowa stawów, którą stwierdza się nawet u 80% osób po 75. roku życia. Nadciśnienie występuje u 60-70% osób w wieku podeszłym, a objawy choroby niedokrwiennej serca - u około 30%. Po 65. roku życia około 20% chorych ma cukrzycę, a u kolejnych 20% występuje nietolerancja glukozy. U 25% populacji osób starszych występują objawy przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, co najmniej 20% ma zaparcia (częściej kobiety) i podobna liczba nietrzymanie moczu (również częściej kobiety). Częstość występowania wielu problemów jest znacznie większa u osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej.

Typową cechą wielochorobowości w starości jest współwystępowanie chorób somatycznych i psychicznych. Częstość łagodnych i przewlekłych zespołów depresyjnych sięga według niektórych autorów aż 30% populacji osób starszych, a zespoły otępienne rozpoznaje się u około 10%, przy czym po 90. roku życia

występują one aż u 40% osób. Częstość występowania tych chorób jest wyższa wśród osób starszych mieszkających na wsi w porównaniu do osób mieszkających w mieście. Wynika to z bardzo ciężkich warunków pracy rolników, jakie były charakterystyczne dla polskiej wsi aż do lat 70-tych oraz braku ubezpieczeń zdrowotnych rolników we wczesnym okresie powojennym.

Wielochorobowość utrudnia prowadzenie fizjoterapii, ponieważ w przypadku każdej z występujących patologii należy niezależnie rozważyć wskazania i przeciwwskazania do poszczególnych rodzajów terapii i następnie wszystkie je uwzględnić w przygotowywanych schematach postępowania. Inną konsekwencją procesu starzenia się i braku możliwości adaptacyjnych w sytuacjach stresowych jest tzw. efekt domina. Oznacza on, że w przypadku uszkodzenia jednego narządu ryzyko zmian wielonarządowych jest znaczne – nazwa zwraca uwagę, że podobnie jak w przypadku kostek domina załamanie homeostazy w obrębie pierwszego narządu powoduje reakcję lawinową, która może kończyć się niewydolnością wielonarządową. Pacjent starszy jest osobą w wieku podeszłym, czyli ma ukończone co najmniej 65 lat (65+). Grupa tych chorych nie jest jednorodna. Różnice wynikają z jednej strony z indywidualnego przebiegu procesu starzenia, a z drugiej z występowania u każdej osoby innych przewlekłych procesów chorobowych (prowadzących do zaburzeń funkcji narządów) oraz stosowania innych leków. Dodatkowo wraz z wiekiem coraz większą rolę odgrywa czynnik psychospołeczny. Ma on znaczenie dla występowania i przebiegu chorób (przynależność do grupy, zainteresowanie własną osobą, poczucie użyteczności dla społeczeństwa) – np. uczucie osamotnienia u osoby starszej mimo braku realnych wykładników samotności sprzyja występowaniu depresji. Często objawy depresji uważane są za cechy starości (spowolnienie psychoruchowe, utrata zainteresowań, niechęć do kontaktów towarzyskich, pogorszenie apetytu, nasilenie zaburzeń snu, małowówność, poczucie bycia „starym”). Ryzyko wystąpienia depresji w wieku podeszłym wzrasta wraz z liczbą chorób somatycznych, na które cierpi osoba starsza.

W praktyce więc wśród osób starszych znajdują się:
- osoby zdrowe, często prowadzące aktywny tryb życia (głównie osoby we wczesnej starości – w grupie wiekowej 65–74 lata);

- chorzy sprawni mimo występowania często licznych

procesów chorobowych;

- chorzy z różnego stopnia niesprawnością funkcjonalną.

Ryzyko ograniczenia sprawności funkcjonalnej narasta wraz z liczbą występujących chorób, czyli z nasileniem wielochorobowości. Należy jednak pamiętać, że jest ono szczególnie duże u osób w wieku co najmniej 80 lat ze względu na związane z wiekiem znaczne ograniczenie rezerwy czynnościowej wszystkich narządów i stąd wysokie ryzyko powikłań wielonarządowych i utraty autonomii. Opieka nad tymi chorymi powinna uwzględniać wszystkie aspekty chorób. Do zapewnienia takiej opieki potrzebna jest współpraca zespołu profesjonalistów, zapewniająca kompleksową diagnostykę i terapię skoncentrowaną na sprawności funkcjonalnej. Obejmuje ona szeroki zakres działań, począwszy od tych o charakterze prewencyjnym, aż do tych z zakresu medycyny paliatywnej. W składzie zespołu nie może zabraknąć fizjoterapeuty. Zasady współdziałania takiego zespołu (co najmniej lekarz, fizjoterapeuta i pielęgniarka) opierają się na wymianie doświadczeń i działaniach komplementarnych, omawianych w ramach spotkań zespołu. Zawsze bowiem należy brać pod uwagę, że cele działań podejmowanych przez poszczególnych członków zespołu mogą być sprzeczne.

Chorych z niesprawnością funkcjonalną lub znacznym jej ryzykiem określa się jako chorych geriatrycznych. Podejmowanie terapii u tych chorych powinno być poprzedzone ustaleniem priorytetowych dla chorego celów leczenia, a następnie podjęciem działań mających na celu zmniejszenie deficytów, poczynając od obszarów najważniejszych z punktu widzenia chorego. Niestety, w starości wyraźne postawienie granicy między fizjologią a patologią jest często trudne. Niedoczynność tarczycy, której częstość wzrasta z wiekiem, jest jedną z patologii niedodiagnostowanych u starszych chorych (tylko co 10 pacjent z tym schorzeniem jest diagnozowany na podstawie obrazu klinicznego choroby). Schorzenie może ujawnić się dopiero w sytuacji stresowej (np. ciężki uraz czy zabieg operacyjny), kiedy ze względu na przyspieszony metabolizm synteza i uwalnianie hormonów tarczycy powinny wzrosnąć, co w przypadku niedoczynności gruczołu jest niemożliwe.

Konsekwencją wielochorobowości jest też wielolekowość, czyli jednoczesne stosowanie przez chorego codziennie znacznej liczby leków. Wielolekowość odróżnić należy od polipragmazji. Ta ostatnia oznacza pobieranie przez chorego co najmniej jednego leku, dla którego nie ma wskazań. Jest to więc inaczej nadmierne, niepotrzebne pobieranie leków. Zamienne używanie tych pojęć wynika z tego, że wraz ze wzrostem liczby pobieranych przez chorych leków narasta ryzyko polipragmazji. Najczęściej wielolekowość definiuje się jako przyjmowanie co najmniej 5 leków,

a ciężką wielolekowość – co najmniej 10 leków. Zjawisko wielolekowości dotyczy więc mniej więcej co drugiej osoby starszej, a ciężkiej wielolekowości – częściej niż co dziesiątej. Wielolekowość trzeba brać pod uwagę jako możliwy czynnik niesprawności funkcjonalnej, gdyż np. u chorych stosujących co najmniej 5 leków zwiększone jest ryzyko upadków. Wielolekowość i wielochorobowość tworzą tzw. spiralę chorób i terapii, czyli błędne koło, w którym zwiększająca się liczba schorzeń wymusza leczenie u coraz większej liczby specjalistów, a więc stosowanie coraz większej liczby leków, a to z kolei prowadzi do uszkodzenia kolejnych narządów. Jednak wielochorobowość nie jest jedyną przyczyną wielolekowości. Ma ona również związek z tzw. samoleczeniem, czyli pobieraniem leków, które pacjenci mogą stosować bez konsultacji z lekarzem czy farmaceutą. Są to tzw. leki OTC (ang. over the counter), a więc takie, które wydawane są w aptekach bez recepty. Są one niejednokrotnie szeroko reklamowane w mediach.

Niektóre z tych leków są również dostępne poza aptekami, np. w sklepach spożywczych. Pacjenci w wieku podeszłym najczęściej myślą więc, że leki te nie wywołują działań niepożądanych, co jest oczywistą nieprawdą. Zasady działań pielęgniarskich w farmakoterapii u osób starszych to przede wszystkim bezpośredni udział pielęgniarki w farmakoterapii, wnikliwa obserwacja pacjenta po zażyciu leków, edukacja pacjenta/opiekuna dotycząca sposobu przyjmowania leków, dawkowania i mogących wystąpić działaniach niepożądanych oraz interakcji z innymi lekami. Również szczegółowe zbieranie informacji od pacjenta/opiekuna podczas przyjmowania pacjenta na oddział szpitalny na temat stosowanej farmakoterapii, kontrola regularności przyjmowania leków, zwiększenie świadomości pacjenta/opiekuna na temat możliwości leczenia seniora w specjalistycznych placówkach.



Ważne jest zaangażowanie każdego członka zespołu terapeutycznego (niezrozumienie zaleceń wynikające z niedosłuchu lub niedowidzenia czy zmniejszanie dawek leków ze względu na działania niepożądane). W niektórych sytuacjach ważne jest zaangażowanie opiekuna/rodziny (zapominanie o konieczności wzięcia leków czy niezrozumienie zaleceń ze względu na zaburzenia pamięci). Osobnym problemem jest samowolne zwiększanie przez chorych dawek leków z powodu braku oczekiwanego efektu. W tym przypadku próby rozmów z pacjentem najczęściej kończą się niepowodzeniem. Grupą leków, których ten problem dotyczy szczególnie często, są leki przeciwbólowe. Jeśli chodzi o leki stosowane jako środki nasenne, należy zwrócić uwagę na benzodiazepiny. Leki te, choć nie powinny być stosowane przewlekłe w leczeniu zaburzeń snu, są powszechnie stosowane przez chorych starszych. Są one niejednokrotnie stosowane przez nich w dawkach znacznie większych niż zlecane.

Wszystkie te leki pogarszają koordynację psychoruchową i zmniejszają napięcie mięśni szkieletowych, w wyniku czego zwiększają ryzyko upadków. Należy o tym pamiętać, podejmując kinezyterapię. Kolejną cechą utrudniającą leczenie chorych starszych jest niespecyficzność objawów chorobowych, którą należy rozumieć jako obraz kliniczny choroby inny od typowego dla młodszych grup wiekowych. Obejmuje to z jednej strony brak typowych objawów (np. bezbólowe zawały serca), a z drugiej pojawienie się objawów nietypowych.

Wielochorobowość stanowi wyzwanie dla opieki podstawowej, specjalistycznej, długoterminowej i wiąże się z trudnościami w leczeniu osób starszych w warunkach szpitalnych. W leczeniu starszych osób nie leczy się chorób, ale człowieka, którego priorytety powinny być uwzględnione w procesie terapeutycznym. Prawa człowieka nie powinny zanikać wraz z pogarszaniem się jego stanu fizycznego. A my mamy skłonność do utożsamiania utraty możliwości fizycznych z brakiem zdolności psychicznych. To, że jest słaby i chory wcale nie oznacza, że nie umie myśleć i czuć.

Otoczony właściwą opieką i miłością człowiek w wieku starszym mimo groźących mu chorób i postępującego wieku może się jeszcze długo cieszyć sprawnością i radością życia. Ulga w cierpieniu, poczucie bezpieczeństwa, obecność bliskich osób do końca życia są bardzo istotne by móc powtórzyć za Tomem Kirkwoodem, iż – „*Chciałbym żyć tak długo, jak długo jakość mojego życia będzie dobra i z radością będę witał każdy nowy dzień*”.

Literatura u autorki.



**Koleżance
TERESIE BATOR**
z Przychodni Rejonowej w Białowej

*w związku z przejściem na emeryturę,
składamy serdeczne podziękowania
za wieloletnią współpracę,
zaangażowanie i ogromne serce dla pacjentów
oraz wiedzę i doświadczenie zawodowe.
Życzymy realizacji wielu planów i zamierzeń
wspieranych dobrym zdrowiem,
a także radości i pogody ducha.*

*Pielęgniarka Naczelna ZOZ Nr 2 w Rzeszowie,
Położna Koordynująca
Przychodni Rejonowej w Białowej,
Koleżanki – Pielęgniarki ZOZ Nr 2 w Rzeszowie.*



*W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
składam serdeczne
GRATULACJE*
PANI MAŁGORZACIE KOCHMAN
*z okazji obrony pracy doktoranckiej
i nadania stopnia naukowego
doktora nauk o zdrowiu
przez Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Jagiellońskiego
– Collegium Medicum w Krakowie.*

*Życzymy wielu sukcesów i satysfakcji,
wspaniałej kariery i wielu osiągnięć,
a także powodzenia w dalszej drodze edukacyjnej.*

*Anita Drążek
Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie*

WIEDZA NA TEMAT PROFILAKTYKI UDARU MÓZGU W ŚRODOWISKU MEDYCZNYM

Lucyna Wójcik

Choroby naczyniowe centralnego układu nerwowego są trzecią co do częstości przyczyną zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz główną przyczyną inwalidztwa. Udar mózgu jest zdarzeniem nagłym, piorunującym w którym na skutek zaburzeń krążenia występują ogniskowe lub uogólnione zaburzenia czynności mózgu.

Udary stanowią bardzo duży problem społeczny i ekonomiczny. Każdego roku w Polsce na udar mózgu zapada ok. 60.000 osób. Jest on nie tylko jedną z najczęstszych przyczyn zgonów, lecz także jedną z głównych przyczyn inwalidztwa w społeczeństwie, wywołując negatywne skutki emocjonalne i socjoekonomiczne w odniesieniu do pacjentów i ich rodzin.

Świat zmaga się z epidemią otyłości, ludzie często odżywiają się w „fast foodach”, prowadzą siedzący tryb życia, często żyją w stresie, nie wykonują regularnie badań krwi i pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, prowadzi to do sytuacji, że coraz więcej ludzi ma udary mózgu w coraz młodszym wieku. Pomimo tego ludzie nie zmieniają swoich nawyków żywieniowych i trybu życia.

Jestem pielęgniarka pracującą na oddziale neurologii. Postanowiłam sprawdzić jak sytuacja na temat znajomości czynników ryzyka udaru mózgu wygląda w środowisku medycznym. Celem pracy było ustalenie czy pracownicy medyczni posiadają wiedzę na temat czynników ryzyka udaru mózgu i ich następstw, czy przestrzegają tych zasad i stosują się do profilaktyki. Główna hipoteza brzmi następująco: Pracownicy medyczni znają czynniki ryzyka występowania udarów i stosują się do zasad profilaktyki.

Udar mózgu to nagłe wystąpienie mniej lub bardziej rozległych objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu, z utratą lub bez utraty świadomości, spowodowane krwotokiem mózgowym, zakrzepem lub zatorem tętnic mózgowych. Zespół kliniczny zależy od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia. Udar mózgu jest poważną jednostką chorobową zagrażającą życiu, niezależnie od tego, jaki jest obraz kliniczny w chwili rozpoczęcia. Dlatego chory, u którego zaistniały powyższe objawy, powinien być hospitalizowany w celu podjęcia szybkiej diagnostyki i właściwego leczenia.

Do klinicznych objawów udaru mózgu zalicza się:

- połowicze porażenie lub niedowład;
- zaburzenie czucia połowicze;
- zaburzenia mowy o typie afazji;
- przy zaburzeniach widzenia - zniewidzenie jednooczne;

- zmiany w polu widzenia;
- bóle głowy i zawroty, którym często towarzyszą nudności i wymioty;
- zaburzenia równowagi, nawet w pozycji siedzącej;
- podwójne widzenie.

Rodzaje udarów mózgu.

Klasyfikacja udarów mózgu:

Niedokrwienne (ok. 80%)

- spowodowane zmianami zakrzepowymi w dużych naczyniach szyjnych i mózgowych (ok. 30%)
- spowodowane zatorami (ok. 30%)
- spowodowane zmianami w małych tętnicach mózgowych (ok. 20%)

Krwotoczne (ok. 20%)

- krwotoki śródmózgowe (ok. 15%)
- krwotoki podpajęczynówkowe (ok. 5%).

Udary to pod względem częstości trzecia po chorobach naczyniowych i nowotworach przyczyna zgonu w krajach rozwiniętych. O skali problemu świadczy liczba zgonów z powodu udaru na świecie - w ciągu roku wynosi ona około 4,5 mln. Ze względu na to, że zachorowalność na udary, szczególnie nawrotowe, wzrasta z wiekiem chorych, a liczba starszych osób systematycznie się powiększa, problemy związane z udarami i ich konsekwencjami będą szybko narastać. Należy również pamiętać, że u ponad 70% chorych konsekwencją udaru jest niesprawność ruchowa i zaburzenia mowy, a ponadto udary nawrotowe są obciążone większym ryzykiem wczesnego zgonu. Czynniki ryzyka to cechy indywidualne oraz elementy stylu życia zwiększające ryzyko wystąpienia chorób. Zgodnie z Polskim Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia czynniki ryzyka udaru mózgu dzieli się na: niemodyfikowalne i modyfikowalne.

Czynniki niemodyfikowalne to: wiek, płeć, uwarunkowania etniczne, predyspozycje genetyczne oraz przebyty udar. Do czynników modyfikowalnych udarów mózgu zaliczamy: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej, choroby naczyń, choroby serca, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, otyłość, brak aktywności fizycznej oraz stres.

Celem pracy było ustalenie czy pracownicy medyczni posiadają wiedzę na temat czynników ryzyka udaru mózgu i ich następstw, czy przestrzegają tych zasad i stosują się do profilaktyki.

W badaniu wzięło udział 100 osób, wszyscy badani pochodzili ze środowiska medycznego i pracowali w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza. Zastosowano

celowy dobór grupy. W badanej grupie było 92 kobiety i 8 mężczyzn. Badania przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz składał się z 32 pytań - 31 zamkniętych i 1 pytania otwartego.

Wszystkie podane wyniki obliczone zostały przy użyciu programu STATISTICA. Zależności pomiędzy stażem pracy pracowników medycznych a BMI, wiedza na temat czynników ryzyka oraz profilaktyki, stosowaniem się do profilaktyki oceniono za pomocą testu Chi-kwadrat, V-kwadrat oraz testu U-Manna Whitneya.

Test zgodności Chi-kwadrat inaczej test Pearsona to jeden z najpopularniejszych testów statystycznych używanych obecnie, służy porównywaniu ze sobą rozkładu zmiennej z jakimś teoretycznym rozkładem. Jeśli różnica między wartościami obserwowanymi a oczekiwanymi jest duża czyli istotna statystycznie to stwierdza się, że zachodzi relacja pomiędzy jedną zmienną a drugą. Można go wykorzystać na dwa sposoby: sprawdzenie równoliczności grup oraz porównanie występowania obserwacji z ich teoretycznym występowaniem. Test stosuje się również w celu sprawdzenia czy któraś z udzielanych odpowiedzi była wskazywana najczęściej. Test U-Manna Whitneya jest najbardziej popularnym nieparametrycznym testem znamienności, jest alternatywą dla testu T-studenta dla prób niezależnych. Stosuje się go gdy chce się porównać ze sobą dwie niezależne wobec siebie grupy. Test polega na rangowaniu wyników zmiennej zależnej w badanych grupach, następnie grupy porównuje się. Jego podstawową zaletą są niewielkie wymagania do jego zastosowania.



Wśród badanych zdecydowanie przeważały kobiety. Wszystkie ankietowane osoby pracują w zawodzie pielęgniarka/pielęgniarki. Wśród badanych były osoby w wieku od 20 do 60 lat. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 50-60 lat, a najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 20-30 lat. Więcej badanych pochodziło ze wsi niż z miasta. Najwięcej badanych osób miało wykształcenie średnie, najmniej badanych wskazało, że ma wykształcenie licencjackie.

Do celów badawczych podzielono ankietowanych na dwie grupy: pracownicy młodzi stażem, którzy pracują w zawodzie do 15 lat oraz pracownicy starsi pracujący ponad 15 lat. Wiedza w zakresie czynników ryzyka odgrywa ogromną rolę w profilaktyce udarów mózgu. Brak wiedzy na temat roli nadciśnienia tętniczego, cukrzycy lub stylu życia zwiększają ryzyko powstania powikłań naczyniowo-mózgowych. Spadek zachorowalności na udar mózgu w krajach uprzemysłowionych jest związany z modyfikacją czynników ryzyka. Szczególnie dotyczy to nadciśnienia tętniczego, które jest głównym czynnikiem ryzyka udaru mózgu tak w Polsce jak i na świecie. Przeprowadzone badania wykazały, że pracownicy medyczni znają czynniki ryzyka udaru mózgu. W największym stopniu 95% ankietowanych rozpoznaje nadwagę i palenie papierosów, 88% badanych wskazało na stres jako czynnik ryzyka udaru. W mniejszym stopniu ale również wysoko pracownicy medyczni rozpoznali złe odżywianie (82%). Alkohol za czynnik ryzyka uznało 68% badanych, a na ostatnim miejscu wśród czynników ryzyka znalazły się niedobory witamin i minerałów, które wskazało 62% badanych.

A. Tomaszewska badając wiedzę mieszkańców Płocka na temat udarów mózgu uzyskała następujące odpowiedzi: równie dużo jak w badaniach własnych wskazało na stres - 80,1%, złe odżywianie jako czynnik ryzyka udaru podało 68,5%, otyłość wskazało 53,4% ankietowanych, na ostatnim miejscu wymienili oni nadużywanie alkoholu - 43,2% oraz nałogowe palenie papierosów - 9,6%. Wynika z tego, że pracownicy medyczni mają większą wiedzę na temat czynników ryzyka niż osoby spoza środowiska medycznego. Analiza statystyczna w badaniach własnych przeprowadzona testem V-kwadrat wykazała, że staż pracy pracowników medycznych ma związek z ich poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka udaru mózgu; $p < 0,05$. Pracownicy z dłuższym stażem mają lepszą wiedzę na temat czynników udaru mózgu niż pracownicy z krótszym stażem.

Udar mózgu jest schorzeniem, który ma wysoki współczynnik zapadalności i śmiertelności dlatego jest przedmiotem wielu badań w celu określenia czynników ryzyka. U większości społeczeństwa występuje więcej niż jeden czynnik ryzyka. Zasadniczą rolę w obniżaniu śmiertelności przypisuje się profilaktyce. Bardzo ważna jest profilaktyka pierwotna oraz wtórna. Do skutecznego zapobiegania potrzebna jest identyfikacja, leczenie oraz eliminacja czynników ryzyka.

Wśród badanych aż 38% odpowiedziało, że choruje na nadciśnienie tętnicze, a 24% na cukrzycę. Wykazano, że leczenie nadciśnienia u osób w wieku podeszłym zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru o 36%. Szczudlik i wsp. podają, że skuteczna kontrola nadciśnienia zmniejsza ryzyko pierwszego i kolejnego udaru mózgu, a redukcja ciśnienia pozwala zmniejszyć ryzy-

ko udaru o 38%. Badania własne wykazały, że aż 28% osób chorujących na nadciśnienie nie bierze leków. Okazuje się także, że aż 18% badanych pracowników medycznych nie wykonuje badań krwi w ogóle.

W klasyfikacji ciśnienia wyróżnia się ciśnienie optymalne <120 i <80, prawidłowe <130 i <85, wysokie prawidłowe 130-139 lub 85-89 oraz nadciśnienie <140 i <90. Badania własne wykazały, że 12% badanych pracowników medycznych nie zna niepokojących wartości ciśnienia krwi. Spośród ankietowanych 27% pali papierosy, 50% je posiłki typu fast-food i 42% najczęściej spożywa czerwone mięso. Dodatkowo badania wykazały, że aż 98% pracowników medycznych jest narażonych na stres, 81% często, a 17% sporadycznie, jedynie 2% uznało, że się nie stresuje. Badani w sytuacjach stresowych najczęściej wykonują głębokie wdechy - 39% oraz udają się na długi spacer - 32%. 23% badanych w sytuacji stresowej objada się, a 17% pali papierosa, 12% badanych odpowiedziało, że w ogóle sobie nie radzi w sytuacjach stresujących. Pomimo iż zdecydowana większość badanych tj. 89% uważa, że czynny ruch ma wpływ na zdrowie i samopoczucie to jedynie 28% jest aktywnych fizycznie, 48% ćwiczy nieregularnie, a 24% wcale nie wykonuje ćwiczeń fizycznych.

Rozpatrując wiedzę pod kątem możliwości zapobiegania udarom mózgu badani wiedzą, że udarowi mózgu można zapobiegać, odpowiedź taką wskazało 78% badanych. Niepokojący jednak jest fakt, że aż 19% pracowników medycznych nie wie czy można zapobiec udarowi mózgu, a 3% uważa, że na pewno nie da się mu zapobiec. Porównując te wyniki z wynikami nauczycieli z Limanowej można powiedzieć, że wiedza nauczycieli jest znacznie niższa, aż 82% nauczycieli uznało, że udarowi mózgu nie da się zapobiec.

Analiza statystyczna badań własnych wykonana testem U-Mana Whitneya wykazała, że pracownicy z dłuższym stażem pracy posiadają słabszą wiedzę na temat profilaktyki udaru mózgu niż pracownicy z krótszym stażem. Analiza statystyczna w badaniach własnych testem V-kwadrat wykazała, że staż pracy pracowników medycznych nie ma związku z przestrzeganiem przez nich profilaktyki chorób udaru mózgu; pracownicy z wyższym stażem stosują się z podobnym zaangażowaniem do profilaktyki chorób udaru mózgu co pracownicy z niższym.

Analiza statystyczna badań własnych testem V-kwadrat wykazała, że wśród pracowników z małym nasileniem ryzyka udaru mniej z nich stosuje się do profilaktyki tej choroby, a wśród pracowników z dużym nasileniem ryzyka więcej. Otyłość zwiększa ryzyko udaru 1-1,5 krotnie, głównie przy wzroście BMI o ponad 30 kg/m². Potwierdzony jest korzystny wpływ diety bogatej w wielonienasycone kwasy tłuszczowe, pełne ziarna zbóż, owoce i warzywa, ryby oraz kwasy

omega-3 na ryzyko udaru mózgu. W diecie powinno się zadbać o podaż ryb morskich (spożycie co najmniej 1 raz w miesiącu), które obniżają poziom cholesterolu i zapobiegają sklejaniu się krwinek co obniża ryzyko miażdżycy tętnic. Z badań własnych wynika, że prawie wszyscy ankietowani spożywają ryby zgodnie z zaleceniami, 48% badanych je ryby raz w tygodniu, 25% dwa razy w tygodniu, 22% raz w miesiącu. Rzadziej niż raz w miesiącu je ryby 4% badanych, a 1% nie spożywa ryb wcale.



Analiza statystyczna badań własnych testem Chi-kwadrat wykazała, że wśród pracowników młodszych stażem jest zdecydowanie mniej tych, z nadwagą niż wśród pracowników starszych stażem. Czyli pracownicy z dłuższym stażem mają wyższe BMI (są bardziej otyli) niż Ci z krótszym. Podsumowując można stwierdzić, iż pracownicy medyczni mają zadowalającą wiedzę na temat czynników ryzyka oraz profilaktyki udarów mózgu. Różnicując badanych względem stażu pracy okazuje się, że większą wiedzę na temat czynników ryzyka mają osoby starsze stażem, pracujące dłużej niż 15 lat. Z kolei na temat profilaktyki większą wiedzę wykazali pracownicy młodszy. Okazuje się także, że pracownicy z większym stażem oraz otyłością bardziej angażują się w przeciwstawianie czynnikom udaru mózgu. Co do profilaktyki to pracownicy starsi stażem stosują się z takim samym zaangażowaniem co pracownicy z niższym stażem.

Poprzez wykrywanie i intensywne leczenie czynników ryzyka udaru można znacznie ograniczyć zachorowalność na udar mózgu oraz wpływać na jego przebieg oraz śmiertelność z tego powodu. Dlatego również pracowników medycznych należy szkolić w tym zakresie, bo jak się okazuje nie wszyscy znają czynniki ryzyka, a niektórzy uważają że udarowi mózgu nie można zapobiegać.



Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Opiekun naukowy pracy: dr n. med. Marianna Charzyńska-Gula

Postrzeganie starości i osób starszych przez młodzież

Anna Reształt

Uzasadnienie wyboru tematu.

Starość, jako naturalny etap życia wpisana jest w życiorys prawie każdego człowieka. Dystans międzypokoleniowy powoduje niechęć młodzieży do osób w podeszłym wieku. Panuje przekonanie, iż starość niesie za sobą jedynie obciążenie, szczególnie, jeśli towarzyszy jej choroba. Człowiek w podeszłym wieku postrzegany w takim kontekście jest, jako ciężar społeczny. Dla młodego pokolenia starość oznacza czas proszenia o pomoc [1].

Starszy człowiek, który wymaga opieki ogranicza możliwości rozwoju dla młodszego pokolenia, zabiera mu czas, stanowi zbędny balast. Jeśli nie może wykonywać pewnych funkcji życiowych jest dla człowieka młodego bezużyteczny i zbędny. Takie wyobrażenie człowieka starego w percepcji ludzi młodych kształtuje postawy, które, na co dzień przejawiają się brakiem zrozumienia i szacunku.

Według prognoz GUS w 2050 roku będzie 32,7% osób 65-letnich i starszych. Stanowiąc to będzie jedną trzecią społeczeństwa. Według tego samego źródła za 35 lat mediana wieku będzie wynosiła 52 lata lub więcej. Zatem, co drugi Polak będzie miał, co najmniej 52 lata [2]. Statystyki te dotyczą ludzi jeszcze dziś młodych. Nasuwa się wniosek, że współczesna młodzież musi już myśleć o własnej przyszłości, jaką jest wiek senioralny. Decyzje i ukształtowane poglądy podjęte w wieku nastu lat przyniosą korzyści w późniejszym czasie. Złe decyzje podjęte dziś, jutro mogą skutkować np. obniżeniem statusu ekonomicznego w momencie przejścia na emeryturę, zaś złe ukształtowane poglądy na temat starości mogą zaowocować w przyszłości zmniejszeniem prestiżu wieku senioralnego i pogłębiać konflikt międzypokoleniowy. Jedyną szansą na zminimalizowanie tego typu problemów jest uświadomienie młodzieży, jaką wartość ma człowiek starszy dla społeczeństwa, jak ogromne jest jego znaczenie dla rodziny i jak cenne jest doświadczenie, które zdobył przez całe swoje życie.

Cel pracy.

Celem niniejszej pracy jest zaprezentowanie opinii młodzieży gimnazjalnej i licealnej na temat starości

oraz charakterystyka wizerunku seniora w oczach młodego pokolenia. Ponadto, poddane analizie wyniki posłużą do odpowiedzi na pytania: czy w ich środowisku szanowane są osoby starsze? Czy są oni potrzebni? Kiedy zaczyna się starość i co wpływa na jej przyspieszenie?

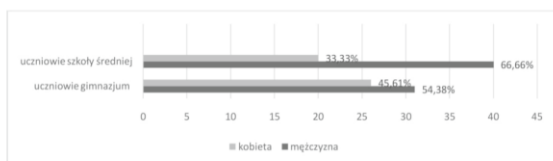
Materiały i metody.

Metodą badań był sondaż diagnostyczny przeprowadzony w grupie 118 uczniów (60 uczniów z Zespołu Szkół im. Jana Pawła II w Annopolu i 58 uczniów z Publicznego Gimnazjum im. Św. Jadwigi w Annopolu). Pierwszą grupę stanowili gimnazjaliści w wieku 14-16 lat, zaś drugą grupę - uczniowie szkoły średniej w wieku 18 lat i więcej. Jako techniką badawczą posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety, który składał się z 21 pytań. Dokonano analizy ilościowej zgromadzonych ankiet. Badania zostały przeprowadzone w styczniu 2018 roku na terenie obu szkół.

Wyniki.

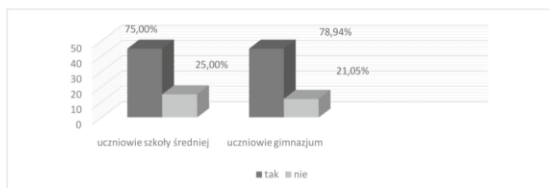
Stosunek uczniów z obu grup był zbliżony ilościowo i wyniósł dla uczniów gimnazjum 52,28%, zaś uczniowie drugiej grupy stanowili 48,72%. Wśród wszystkich ankietowanych osób nieznacznie przeważali mężczyźni 56,8% (wykres 1). Wyszczególniono wśród respondentów osoby na stałe zamieszkujące wraz z seniorami. Wyniki obu grup były porównywalne, blisko $\frac{3}{4}$ uczniów potwierdziło, że zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą starszą (wykres 2). Taki wynik wynikać może z faktu, iż wraz z wydłużeniem wieku senioralnego zmieniała się struktura rodziny. Dawniej, osoba młoda sporadycznie mogła cieszyć się przywilejem posiadania babci lub dziadka. Najczęściej, był to jeden z seniorów np. babcia (kobiety statystycznie żyją dłużej), a posiadanie w rodzinie pradiadków należało już całkowicie do rzadkości. W chwili obecnej tym przywilejem może cieszyć o wiele większa grupa wnuków i prawnuków. Rzeczą oczywistą staje się prawda, iż w rodzinie są seniorzy.

Wykres 1. Charakterystyka respondentów wg podziału na płeć



Źródło: badania własne

Wykres 2. Charakterystyka respondentów wg zamieszkiwania z seniorem



Źródło: badania własne

Granica pomiędzy wiekiem średnim, a starością jest bardzo trudna do uchwycenia. Dla jednych będzie to czas przejścia na emeryturę, dla innych pojawienie się wnuków na świecie czy też pierwszy siwy włos na skroni. Dla dziecka, które jeszcze nie ma wykształconego poglądu na czas i wiek, człowiek stary to człowiek zgoła dwudziestoletni.

W opinii respondentów granicą, która wyznacza schyłek wieku dorosłości, a jest początkiem starości jest wiek 60-70 lat. Jednak rozgraniczyć tu należy opinię uczniów gimnazjum i liceum. Dla tych pierwszych granica ta wynosiła 60 lat, zaś dla uczniów starszych klas licealnych był to wiek 70 lat. Nasuwa się wniosek, że wiek starości w opinii ludzi młodych pokrywa się z progiem starości, jaki jest definiowany w literaturze. Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) starość zaczyna się po 60 roku życia, zaś Encyklopedia Zdrowia podaje, że ten wiek jest zawarty pomiędzy 60, a 65 rokiem życia [3]. Umowny początek starości często jest utożsamiany z uzyskaniem wieku emerytalnego. W danej chwili wynosi on 60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn. Subiektywny próg starości podawany przez respondentów jest mniej więcej zgodny z tym poglądem.

Starość, podobnie jak wcześniejsze okresy życia nie przychodzi nagle, ale jest rezultatem długotrwałego i nieodwracalnego procesu. Wprawdzie trudno określić jej początek, ale w miarę upływu lat objawy starzenia są coraz bardziej widoczne. Kobiety w szczególności starają się zapobiegać skutkom starości, poprawiając swój wygląd poprzez zabiegi kosmetyczne, ubiór, makijaż. Mężczyźni pracują ciężiej fizycznie, często nie zwracając uwagi na swój wygląd zewnętrzny. Starzenie się to złożony proces, na który składa się szereg różnorodnych czynników i cech. Ma

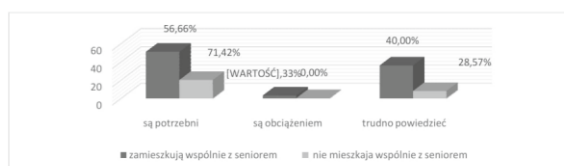
wielorakie uwarunkowania; ekonomiczne, genetyczne, biologiczne, środowiskowe. Każdy człowiek poddany jest innym uwarunkowaniom i cechom, to też starzenie się na poszczególnych etapach życia może mieć różny przebieg, może ulegać przyspieszeniu lub zwolnieniu choćby dotyczyło tej samej grupy seniorów biorąc pod uwagę jej płeć czy wiek. Co więcej, grupa ta nie stanowi grupy jednorodnej zarówno pod względem stanu zdrowia, jak i doświadczeń życiowych.

Na pytanie, kto, kobiety czy mężczyźni, starzeją się szybciej, ankietowani w obu badanych grupach stwierdzili w większości, że ten proces przebiega szybciej u mężczyzn. Wysnuć można przypuszczenie, że młodzież w ten właśnie sposób oceniła skutki starzenia się, poprzez zmiany w wyglądzie zewnętrznym, a nie całokształtu procesów fizjologicznych zachodzących w organizmie człowieka w okresie senioralnym.

Na pytanie, czy w Twoim środowisku szanuje się ludzi starszych, zdania ankietowanych były podzielone. Co prawda większość gimnazjalistów (63,16%), jak i uczniów szkoły średniej (61,67%) uważa, że zdecydowanie w ich środowisku szanuje się ludzi starszych, jednak zastanawiający jest fakt, iż blisko ¼ uczniów nie potrafi ocenić czy faktycznie ludzie starsi są szanowani czy też nie i odpowiadają „trudno powiedzieć”?

Odnosząc się do opinii młodzieży, czy osoby starsze są potrzebne, należy rozważyć to czy zamieszkuje wraz z seniorem. Większość uczniów mieszka z osobą w wieku senioralnym (76,92%). W grupie respondentów, która nie mieszka z osobą starszą odnotowuje się największe odsetki odpowiedzi potwierdzających fakt, że są oni potrzebni. Jak widać na wykresie 3 większość ankietowanych osób wspólnie zamieszkująca z seniorem podało odpowiedź, że są potrzebni (56,66%), jednak w tej grupie znalazło się (3,33%) respondentów, dla których osoba starsza jest obciążeniem, a (40%) uczniów, nie może zdecydowanie odpowiedzieć na to pytanie i wybiera odpowiedź „trudno powiedzieć”. Wśród osób niezamieszkujących wspólnie z osobą starszą nie było odpowiedzi, iż takie osoby są obciążeniem, a za tym, że są potrzebni wypowiedziało się (71,42%) uczniów, nie określiło swojego stosunku (28,57%) respondentów.

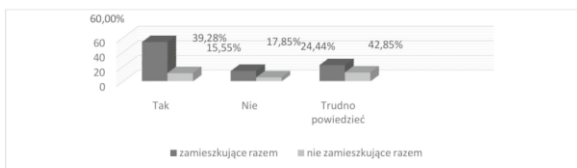
Wykres 3. Czy osoby starsze są potrzebne?



Źródło: badania własne

Tak wysoki wskaźnik odpowiedzi negatywnych i unikających odpowiedzi (trudno powiedzieć) wśród respondentów mieszkających z osobą starszą wynikać może z obrazu, jaki wyłania się po analizie pytań; „z czym kojarzy ci się starość” i „czy prawdziwe jest stwierdzenie, że ludzie starsi zbyt często mieszają się do cudzych spraw”. Na pierwsze pytanie respondenci odpowiadali w większości, iż z doświadczeniem życiowym i jest to (21,92%) ogółu wypowiedzi, negatywnych odpowiedzi na to pytanie było mniej - powolnością (21,32%), z zrzędlivością i narzekaniem (19,21%). Na pytanie drugie, czy prawdziwe jest stwierdzenie, że zbyt często mieszają się do cudzych spraw, odpowiedzi były różne i również w tej kwestii podzieliły respondentów. Co prawda w grupie wspólnie zamieszkującej było aż (60%) odpowiedzi na tak, zaś w grupie bez seniora w rodzinie tylko (39,28%), co stanowi (55,08%) wszystkich odpowiedzi. Duży odsetek młodzieży nie jest zdecydowany, co do odpowiedzi zarówno w grupie zamieszkującej z seniorem jak i nie (wykres 4).

Wykres 4. Czy prawdziwe jest stwierdzenie, że osoby starsze zbyt często mieszają się do cudzych spraw? - opinie uczniów



Podobnie jak w literaturze przedmiotu, wśród badanych uczniów dostrzega się dwie kategorie przekonań dotyczących starości. Pierwsze jawi się, jako utożsamienie starości, jako osoby starszej życzliwej, wyrozumiałej, pełnej pogody ducha i spokoju. Osoba ta jest ciepła, kochająca, troskliwa w stosunku do swoich bliskich, pełna optymizmu i mądrości życiowej. Jest to postawa konstruktywna, człowiek akceptuje proces, jakim jest starość i nie wpływa negatywnymi emocjami na środowisko rodzinne. Inaczej widziany przez młodzież jest człowiek starszy, gdy postawa ta jest pełna zależności i wrogości. Takie osoby starsze prezentują się, jako wiecznie narzekające, bierne, wymagające opieki i nieprzystosowane do realiów współczesnego świata [4]. Jak łatwo zauważyć takie postawy nie wzbudzają sympatii i młodzież ocenia takie typy zachowań negatywnie.

Analiza zebranych opinii pozwoliła wyodrębnić te cechy, które w znacznym stopniu przeszkadzają młodemu pokoleniu. Wśród wszystkich uczniów najczęściej odpowiedzi padło właśnie na: skłonność do narzekania własnego zdania (37,29%), do narzekania (35,13%), nieznajomość współczesnych realiów (17,29%), a także powolność (10,27%). Wyniki,

z podziałem na uczniów zamieszkujących z seniorem lub nie, zamieszczono na wykresie 5.

Wykres 5. Cechy, które najbardziej "przeszkadzają" młodzieży u osób starszych



Źródło: badania własne

Należy zwrócić uwagę, że postawy te w znacznym stopniu wynikają z indywidualnego usposobienia człowieka i jego charakteru. Akceptacja choroby, jak i starości wynika w wcześniej ukształtowanego wizerunku o niej. Warto więc „pracować” nad obrazem człowieka młodego w kontekście ja-staruszka, ja-starzec, jak najwcześniej. Człowiek młody ma tendencję do eliminacji i odrzucania myśli o tym, że kiedyś i jego dotknie starość. Jawi się mu, życie pełne nowych możliwości i braku ograniczeń, nie akceptuje myśli, że starość ma różny przebieg.

Przedstawienie młodemu pokoleniu postawy konstruktywnej starości otworzy przed nim perspektywę, która przedstawia człowieka starego aktywnego (nawet i zawodowo), użytecznego dla otoczenia, pełnego zaangażowania i twórczości. Takie podejście człowieka w momencie np. przejścia na emeryturę otworzy przed nim inne możliwości do podjęcia działań, które pozwolą rozwinąć się w nim pozytywnych cech, które są „mile widziane” przez młodzież. Jak wykazały badania cechami, które są pozytywnie odbierane wśród wszystkich uczniów to: mądrość (28,57%), życzliwość (24,55%), wyrozumiałość (20,08%), pogoda ducha (16,07%) i cierpliwość (10,71%).

Starość to początek nowego etapu w życiu człowieka. Senior po zakończeniu swojej kariery zawodowej, wychowaniu dzieci ma czas na realizację własnych zamierzeń. Jest to trudny okres dla ludzi dojrzałych, bo wypracowane schematy, więzi przestają tracić aktualność. Przed 60 rokiem życia człowiek stale podlega obowiązkom i poniekąd jest zmuszony do pewnych działań. Jest czynny zawodowo, aktywny, związany więziami emocjonalnymi z współpracownikami, rodziną. Wejście w wiek starczy zmienia te zależności. Przejście na emeryturę najczęściej oznacza zmniejszenie aktywności, co za tym idzie rozluźniają się również kontakty interpersonalne ze znajomymi, niejednokrotnie idzie to w parze ze śmiercią starszego rodzeństwa, współmałżonka. Powstaje nisza, którą człowiek pozytywnie nastawiony do tego okresu powinien wypełnić nowymi wyzwaniem. Jednakże, polskie społeczeństwo przesiąknięte jest stereotypami,

które powodują, że człowiekowi w wieku emerytalnym nie „wypada tego robić” [1]. Dzisiejsza młodzież również prezentuje szereg tego typu przekonań, często są to poglądy wyniesione z domu rodzinnego lub zażyczone z ogólnie przyjętego przeświadczenia, że starość musi łączyć się z obniżeniem sprawności fizycznej, jak i psychicznej, a co za tym idzie wycofaniem się z ról społecznych.

Dyskusja.

Wyniki badań prezentowane w niniejszej pracy są zbieżne z wynikami, jakie przedstawiła na ten temat literatura przedmiotu. Podobne badania wśród młodzieży licealnej w 2011 roku przeprowadziła B. Krupa [5]. Z jej badań jednoznacznie wynika, że młodzież ulega w znacznym stopniu stereotypom na temat starości i pod tym kątem postrzega ludzi starszych. Osoby w wieku senioralnym kojarzone są w znacznym stopniu z ograniczeniami, jakie mają miejsce w starości. Respondenci podawali, iż największym problemem u osób starszych są ich ograniczenia zdrowotne, finansowe i samotność, przy czym należy zauważyć, że starość kojarzona jest głównie z opieką nad wnuczkami. Zarówno z jej badań, wyłania się obraz człowieka starego samotnego, obciążonego chorobami i ograniczeniami finansowymi, który zajmuje się opieką wnukami bo na nic więcej liczyć nie może. Taka perspektywa starości wśród ludzi młodych nie wzbudza sympatii, nie dziwi, więc fakt wypowiedzi jednego ucznia, jaką przytacza autorka, cyt. „jak widzę jakiś starszych ludzi to mam ochotę dożyć czterdziestki i wpaść pod pociąg, bo nie wyobrażam sobie siebie tak wyglądającego i poruszającego się”. Napawa ich lękiem życie na emeryturze bez perspektyw, biernie w oczekiwaniu na śmierć.

Do podobnych wniosków doszli autorzy artykułu „Młodzież wobec starości i starzenia się” W. Bryniewicz i M. Bulsa [4]. Młode pokolenie ulega w znacznym stopniu stereotypom, klasyfikuje człowieka starego, jako nieprzydatnego, a ze swej świadomości wręcz wypiera wizję własnej starości. Zwracają uwagę na siłę stereotypów, jakie panują wśród młodego społeczeństwa, które zostały mocno utrwalone w dzieciństwie, a później wzmacniane przez środowisko. Młody człowiek posiada w swej świadomości gotowy wzorzec, który mówi mu, że starość to nie naturalny etap w życiu człowieka, a jedynie problem i obciążenie. Co prawda, opinia ta zmienia się w wieku 35-44 lat, jednak podyktowana jest tym, że człowiek młody może coś pozyskać od starszego. Postrzegany jest w tym wieku, jako przydatny, gdyż stanowi dodatkowe źródło dofinansowania rodziny, zajmuje się wnukami. Niejednokrotnie takie podejście do tego tematu jest podyktowane oczekiwaniami rodzinnymi lub kulturowymi w danym środowisku. Takie postawy niejako wymu-

szają na seniorze gotowość pomocy rodzinie, a na dalszy plan spychają możliwości rozwoju i samorealizacji własnych zamierzeń.

Należy podkreślić, iż autorzy wyżej wymienionych prac szczególną uwagę poświęcają edukacji wśród młodzieży zajmującej się problematyką starzenia się. Zwracają uwagę, że jest ona niewystarczająca, zajmuje się jedynie aspektem funkcjonowania organizmu w tym okresie, a nie porusza szerokiego pasma zagadnień kontaktów międzypokoleniowych, w tym tolerancji, akceptacji i komunikacji między młodymi a seniorami.



Wnioski i uwagi końcowe.

1. Wiek okazał się cechą tylko częściowo różnicującą opinie i wiedzę na temat starości badanych uczniów.
2. Opinie uczniów różnią się w kwestii postrzegania ludzi starszych przede wszystkim ze względu na fakt zamieszkiwania z osobą starszą.
3. Analiza uzyskanych wyników wykazała, że uczniowie niezamieszkujący z osobą starszą są przychylniej do niej nastawieni, co wyrażają w poglądach na temat:
 - cech osób starszych, które są najbardziej drażniące,
 - tego czy osoby starsze są potrzebne.

Przeprowadzone badania dostarczyły argumentów za zasadnością prowadzenia szkolnej edukacji dotyczącej problematyki osób starszych oraz różnych form komunikacji międzypokoleniowej celem uwrażliwienia młodzieży na problemy tej grupy osób, a także przygotowania młodych ludzi do kreatywnego podejścia do własnej starości.

Piśmiennictwo u autora.

OPINIA PRAWNA dotycząca wymaganych kwalifikacji i statusu prawnego osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorcą na stanowiskach, z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek

Cel i przedmiot opinii.

Niniejsza opinia sporządzona jest na zlecenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w związku z wątpliwościami odnośnie wymaganych kwalifikacji i statusu prawnego osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorcą na stanowiskach, z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek.

Analiza prawna.

Zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy, dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: „ustawa”) w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs m.in. na stanowiska:

- naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek,
- pielęgniarki oddziałowej.

Oznacza to oczywiście tym samym, że stanowiska takie winny znajdować się w strukturze organizacyjnej tej kategorii podmiotów leczniczych i być obsadzone. Przypomnieć w tym miejscu należy, że podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (art. 2 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy) są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki budżetowe, których sposób utworzenia i zasady organizacji są regulowane przez ustawę.

Ustawa nie określa zaś sposobu organizacji podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, w tym w szczególności w kontekście mniejszej opinii - kwestii stanowisk z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek. Trzeba tu zatem przyjąć, że ustawodawca pozostawił te kwestie w gestii wyłącznie tych podmiotów (wewnątrzorganizacyjnej). W szczególności zatem, ustawa nie przewiduje obowiązku tworzenia w tych podmiotach stanowisk o określonej nazwie, czy kompetencjach, a także wybierać osoby na stanowiska w drodze konkursu, czy zatrudniać na określonej podstawie prawnej.

W praktyce, z uwagi na oczywistą potrzebę, w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami tworzone są stanowiska z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek. Nazwy i zakresy kompetencji na tych stanowiskach są zróżnicowane. Powyższe rozważania nie oznaczają jednak, że w podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorcą obsa-

dzanie stanowisk, z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek jest całkowicie dowolne. Analizując te kwestie trzeba bowiem brać pod uwagę regulacje prawne odnoszące się bezpośrednio o pielęgniarek, tj. przepisy zawarte w ustawie z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych (dalej „ustawa o samorządzie”) i ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położne (dalej „ustawa o zawodach”). Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o zawodach, za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również:

- kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych;
- zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

W świetle powyższego należy przyjąć, że zatrudnienie na stanowiskach, z którymi wiąże się kierowanie pracą pielęgniarek lub zarządzanie zespołami pielęgniarek (lub położnych) uważa się za wykonywanie zawodu pielęgniarki. Zgodnie zaś z art. 7 ustawy o zawodach zawód pielęgniarki może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych oraz osoba, o której mowa w art. 24 i art. 25 (to ostatnie dot. szczególnych form wykonywania zawodu przez cudzoziemców, nieistotne dla analizowanego problemu). Z tym wiąże się, oczywiście, posiadanie określonego wykształcenia pielęgniarskiego.

Z ustawy o samorządzie wynika natomiast w pierwszym rzędzie, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyty wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, a przynależność do niego jest obowiązkowa (art. 2 ust. 2 i 3). Członkostwo w samorządzie nabywa się z dniem wpisania do rejestru pielęgniarek prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę pielęgniarek i położnych (art. 5 ust. 1 i 2). Warunkiem wpisu do rejestru jest posiadanie

przyznanego lub stwierdzonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki (art. 5 ust. 1).

Z analizy przepisów ustawy o samorządzie i ustawy o zawodach wynika zatem, że osoba wykonująca zawód pielęgniarki musi być jednocześnie członkiem samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, a zatem posiadać przede wszystkim wykształcenie pielęgniarskie i mieć stwierdzone albo przyznane prawo wykonywania zawodu pielęgniarki. Wymogi te dotyczą również osób na stanowiskach, z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek. Osoby takie będą bowiem wykonywały czynności z zakresu kierowania i zarządzania zespołami pielęgniarek lub położnych, ewentualnie także czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, czyli czynności, które z mocy ustawy o zawodach są uważane za wykonywanie zawodu pielęgniarki.

Należy w tym kontekście wziąć pod uwagę treść art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach, który stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Dotyczy to zarówno wykonywania zawodu poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale także, w co najmniej równym stopniu, poprzez kierowanie i zarządzanie pracą pielęgniarek.

Kwestia ta ma istotne znaczenie także z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, której podlegają członkowie samorządu (art. 36 ust. 1 o samorządzie). Formalne członkostwo w samorządzie jest więc niezbędnym warunkiem umożliwiającym ocenę wykonywania zawodu pielęgniarki z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej. Dotyczy to również osób wykonujących zawód poprzez zatrudnienie na stanowiskach, z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek. Inaczej mówiąc, skoro kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek jest uważane za wykonywanie zawodu pielęgniarki, to osoby wykonujące takie zadania powinny być członkami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, także z uwagi na to, że członkostwo w samorządzie jest warunkiem oceny działania tych osób z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki. Brak zaś członkostwa w samorządzie by to uniemożliwiało. Biorąc pod uwagę wykładnie systemową analizowanych przepisów, sytuacja taka byłaby prawnie nieakceptowalna.

Wnioski.

I. W odróżnieniu do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami nie ma prawnego obowiązku

tworzenia określonych stanowisk, z którymi wiąże się kierowanie lub zarządzanie pracą pielęgniarek;

II. W przypadku utworzenia takiego stanowiska, co jest praktykowane, osoba na nim zatrudniona powinna nie tylko posiadać wykształcenie pielęgniarskie, ale także być członkiem samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, czyli posiadać również stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.

Warszawa, dnia 19 stycznia 2017 r.



PODZIĘKOWANIA

dla Naszej Koleżanki

TERESY BATOR

z Przychodni Rejonowej w Białowej

*„Przeżyliśmy w pracy takie chwile, które długo w pamięci pozostaną.
Są takie osoby, które raz poznane zawsze już będą pamiętane”*

**Z chwilą przejścia na emeryturę,
dziękujemy Ci Teresa za owocną pracę,
za zaangażowanie i odpowiedzialność zawodową
oraz za miłą współpracę.**

**Dziękujemy za to,
że praca dla Ciebie była przyjemnością
a nie obowiązkiem!**

**Wspominaj pracę z uśmiechem
i pamiętaj o tych wszystkich miłych
wspólnie spędzonych chwilach.**

**Życzymy Ci zdrowia i odpoczynku,
na który pracowałaś 40 lat.
Odpoczywaj i żyj pełnią życia.
Nie zamykaj się w sobie bo masz przed sobą
jeszcze tyle do odkrycia!**

Z serdecznymi pozdrowieniami

**Współpracownicy
Przychodni Rejonowej w Białowej**

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa Województwa Podkarpackiego
Ewa Zawilińska

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie
35-310 Rzeszów, ul. Wierzbowa 14, tel. (17) 867 20 30, e-mail:konsultantwoj@wp.pl

OPINIA W SPRAWIE DOKONYWANIA WPISÓW W KARTACH ZLECEŃ LEKARSKICH PRZEZ PIEŁĘGNIARKI

Rzeszów, 25.10.2018 r.

Zasady prowadzenia przez lekarza i pielęgniarkę dokumentacji medycznej reguluje kilka aktów prawnych między innymi: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 05.12.1996 r. (Dz. U. z 2018 poz. 617), ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 06.11.2008 r. (Dz. U. z 2017 poz. 1318) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z 09.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 poz. 2069).

Art. 41. 1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na lekarza i pielęgniarkę obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Przepisy rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej określają zasady jej prowadzenia. §17.2 pkt. 5 wspomnianego rozporządzenia określa, że wpisu w karcie zleceń lekarskich dokonuje lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, natomiast wpisu o wykonaniu zlecenia dokonuje osoba wykonująca zlecenie (pielęgniarka, położna).

Pielęgniarka jest uprawniona do wykonania wyłącznie zlecenia lekarskiego, które jest zapisane czytelnie w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Wymagania dla tych wpisów to: nazwa, postać, dawka i droga podania leku, częstość lub określone godziny (lekarz zlecający: imię i nazwisko, specjalizacja oraz numer prawa wykonywania zawodu) oraz realizacja – godzina i podpis pielęgniarki, położnej realizującej zlecenie wraz z imieniem i nazwiskiem, numerem prawa wykonywania zawodu.

Wersja elektroniczna dokumentowania musi zawierać wszystkie dane jak wyżej, wraz z akceptowalnym prawem i elektronicznym rodzajem identyfikacji osoby dokonującej wpisu. Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1 nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wpisu do dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, a każdy wpis opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

Z brzmienia tych przepisów wyraźnie wynika, iż wpisy te w zakresie zlecenia a nie wykonywania zleceń wypełnia lekarz, także gdy nastąpi potrzeba zmiany w/w wpisu uprawnionym jest ten ostatni, nie zaś osoba wykonująca zlecenie. Powyższe przepisy precyzują również zasady prowadzenia dokumentacji medycznej wskazując, iż każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

Zatem pielęgniarki nie posiadają uprawnień do dokonywania wpisu w karcie zleceń lekarskich w części należącej wyłącznie do kompetencji lekarza.

UWAGA

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
zwraca się z ogromną prośbą o udostępnienie materiałów archiwalnych
z przed roku 2000 (biuletyny, zdjęcia, protokoły)
dotyczących historii powstania samorządu pielęgniarek i położnych w Rzeszowie
celem przygotowania monografii samorządu.**

Wszystkie materiały zwrócimy właścicielom.

mgr Edyta Ozga
Konsultant Wojewódzki dla Małopolski
w dziedzinie pielęgniarstwa

Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Kliniki Nefrologii
31- 501 Kraków, ul. Kopernika 15, e-mail: eoza.krakow@gmail.com

OPINIA

w sprawie płukania ucha przez pielęgniarki

Zabieg płukania ucha wykonuje się najczęściej przy zatkaniu przewodu słuchowego przez woskowinę. Zabieg stwarza ryzyko wielu powikłań m. in. podrażnienie lub zapalenie skóry przewodu słuchowego, pęknięcie błony bębenkowej, z utratą słuchu łącznie. Biorąc to pod uwagę pielęgniarka może wykonać zabieg płukania ucha tylko na zlecenie lekarza.

Zlecenie jego wykonania powinno być poprzedzone badaniem lekarskim przez specjalistę otolaryngologa oraz powtórzone po wykonaniu zabiegu. Pielęgniarka, która jest zatrudniona w szpitalu lub poradni laryngologicznej i posiada doświadczenie w wykonywaniu tego zabiegu może go wykonać na zlecenie lekarza po spełnieniu warunku określonego powyżej, czyli badania lekarskiego wykonanego przez specjalistę.

W przypadku gdy pielęgniarka na zajmowanym stanowisku nie przeszła przeszkolenia i nie posiada doświadczenia w wykonaniu płukania ucha, zabieg powinien wykonać lekarz.

Pielęgniarka zgodnie z art. 12 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011.174.1039) ma prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, uzasadniając niezwłocznie jej przyczynę na piśmie, np. brak doświadczenia w wykonaniu zabiegu lub specjalistycznego badania lekarskiego.

Przedstawione stanowisko w zakresie płukania ucha przez pielęgniarkę jest zgodne ze stanowiskiem konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie otolaryngologii prof. dr hab. med. Jacka Składzienia.

mgr Edyta Ozga

Konsultant Wojewódzki dla Małopolski

U W A G A !!!

W A Ż N E

W związku z pojawiającymi się wieloma zapytaniami dotyczącymi **organizatorów kształcenia podyplomowego** pielęgniarek i położnych informujemy, iż pojawiły się na rynku firmy które organizują szkolenia, kursy i specjalizacje nie mając uprawnień do realizowania kształcenia podyplomowego.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do organizatora prosimy o kontakt z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

Zgodnie z przepisami ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.):

Art. 75 ust. 1. Organizatorami kształcenia mogą być:
1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze;

2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zwanego dalej „rejestrem”, będącego rejestrem działalności regulowanej.

2. Kształcenie podyplomowe prowadzone przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646).

3. Warunkami prowadzenia kształcenia podyplomowego są:

- 1) posiadanie programu kształcenia;
- 2) zapewnienie kadry dydaktycznej o kwalifikacjach odpowiednich dla danego rodzaju kształcenia, zgodnych ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia;
- 3) zapewnienie bazy dydaktycznej odpowiedniej do realizacji programu kształcenia, w tym dla szkolenia praktycznego, zgodnej ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia;
- 4) posiadanie wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia, uwzględniającego narzędzia oceny jakości kształcenia oraz metody tej oceny.

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca prowadzenia kształcenia, a w przypadku okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz utworzonych przez nie spółek prawa handlowego, w których posiadają one udziały lub akcje, lub innych utworzonych przez nie podmiotów – Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych **prowadzi, w systemie informatycznym, rejestr podmiotów kształcenia podyplomowego (art. 77 ustawy).**

AKTUALIZACJA STANDARDU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

OD 1 STYCZNIA 2019 r. TRACĄ MOC PRZEPISY

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132);

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, porodu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007).

Najważniejsze zmiany i zadania dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

Ocena jakości udzielanych świadczeń w okresie okołoporodowym:

- ustalenie wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowanie, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką; sposób realizacji oraz dokumentowanie działań powinny określać regulamin organizacyjny;

- systematyczna ocena założeń realizowanych zgodnie ze standardem pozwoli na wyodrębnienie słabych punktów w opiece i zmobilizuje do pracy nad ich wyeliminowaniem.

II. Zmiany w zakresie świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych u kobiet w okresie ciąży:

* do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się:

- badanie grupy krwi i Rh;
- badanie cytologiczne;
- badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM;
- badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży;
- badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przy-

padku braku informacji;

- oznaczenie TSH;
- zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek;

* 11.-14. tydzień ciąży:

- ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji;

* 18.-22. tydzień ciąży:

- badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP;

* 21.-26. tydzień ciąży:

- rozpoczęcie edukacji przedporodowej;

* 21.-26. tydzień ciąży:

- badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75g glukozy (w 24.-26. tygodniu ciąży), trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy, po 1 i 2 godz. od podania glukozy;

* 33.-37. tydzień ciąży:

- ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji;

* niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży:

- przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu, kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji tak, aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia ciąży. W przypadku odstępstw od umowy – indywidualizacja postępowania.

Należy również zwrócić uwagę, że kobieta w okresie fizjologicznej ciąży powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3-4 tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, w uzasadnionych przypadkach częściej.

III. Doprecyzowano obowiązek skierowania ciężarnej do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej, gdy nie jest ona osobą sprawującą opiekę:

* Lekarz sprawujący opiekę nad kobietą w ciąży powinien:

- poinformować ciężarną o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży skierować kobietę do położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w celu objęcia przez nią edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;

- odnotować w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania jej do położnej;

* Położna podstawowej opieki zdrowotnej powinna:

- potwierdzić objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie, dokonując wpisu do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą

w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej.

Określono ramowe treści przekazywane w ramach edukacji przedporodowej oraz jej organizację:

*** 21.-26. tydzień ciąży – rozpoczęcie edukacji przedporodowej:**

- edukację przedporodową w formie indywidualnej lub grupowej powinna realizować położna zgodnie z zakresem tematycznym wskazanym w ramowym programie obejmującym okres prenatalny, poród i połóg; w trakcie edukacji nie należy prowadzić działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt (uczestnicy edukacji nie powinni otrzymywać materiałów z wizerunkiem firm produkujących mleko początkowe, próbek tych produktów, smoczków, butelek, w celu zmniejszenia ryzyka przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią).

IV. Wsparcie w karmieniu piersią przez:

- jak najwcześniejsze objęcie ciężarnej opieką położnej podstawowej opieki zdrowotnej;

- edukację przedporodową poruszającą tematykę związaną z laktacją i rozwiązywaniem problemów z nią związanych;

- wzmocnienie znaczenia nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie, aby jak najszybciej zainicjować pierwsze karmienie; w tym celu:

* Ocena noworodka wg skali Apgar powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne;

* Lekarz oddziału neonatologicznego nie powinien przeprowadzać badania klinicznego noworodka w trakcie kontaktu „skóra do skóry”, jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia jego życia lub zdrowia;

- dostarczenie matce przez położną informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;

- przeprowadzenia instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi;

- w przypadku dokarmiania noworodka uwzględnienie prawidłowego doboru metod dokarmiania, które zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększą ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją;

- przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;

- podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki,

po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywnieniu; zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego;

- noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego;

- równolegle rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;

- przestrzeń, w której udzielane są świadczenia zdrowotne skierowane do kobiet w ciąży i noworodków, wolna od treści i działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią;

- uwzględnienie w zewnętrznej dokumentacji medycznej noworodka informacji dotyczących przeprowadzonego instruktażu matki w zakresie przystawiania do piersi i zasad karmienia piersią;

- profesjonalną opiekę położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu matki i jej dziecka;

- ocenę odżywiania noworodka przez położną, w tym sposobu karmienia, przebiegu karmienia oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych;

- zachęcanie matki do karmienia naturalnego, położna udziela porady laktacyjnej z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodzenia w laktacji, pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;

- kontynuację przez położną wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego także po odbyciu wizyt patronażowych.

V. Inne istotne zmiany organizacyjne:

- Doprecyzowano przepis dotyczący realizacji praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej, która polega w szczególności na: respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;

- Do czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem zaliczono również zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz używanie produktów leczniczych w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę;

- Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie

ciąży oraz przed porodem na podstawie badania zaliczono przekroczenie 41. tygodnia ciąży lub niepewność co do terminu porodu;

- W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka ciężarna, rodząca lub noworodek powinni pozostać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną;

- W miarę możliwości organizacyjnych należy umożliwić ciężarnej wcześniejsze zapoznanie z miejscem porodu, zorganizować możliwość wypełnienia dokumentacji medycznej, konsultację anestezjologiczną na wypadek zastosowania u niej analgezji regionalnej porodu;

- Rodzącą zakażoną HIV należy skierować do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej i neonatologicznej;

- U każdej rodzącej należy zweryfikować badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (z 33.-37. tyg. ciąży), w razie braku aktualnych badań należy je niezwłocznie wykonać;

O możliwości spożywania posiłków przez rodzącą decyduje osoba sprawująca nad nią opiekę. Opieka pielęgnacyjna nad położnicą i noworodkiem w oddziale porodowych lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu jest realizowana przez położną. Obecność lekarza oddziału neonatologicznego w sali porodowej przez lub po urodzeniu noworodka jest wymagana w przypadku: porodu zabiegowego, porodu przedwczesnego, porodu z ryzykiem niedotlenienia okołoporodowego, porodu u ciężarnej z patologicznym przebiegiem ciąży, porodu u ciężarnej z przewidywanymi lub stwierdzanymi u noworodka wadami wrodzonymi, uzasadnionych i udokumentowanych zaburzeń adaptacyjnych w IV okresie porodu; Wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardy procedury powinny być wykonywane po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”, o ile stan zdrowia matki na to pozwala.

* Przekazanie zgłoszenia o porodzie następuje w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru; potwierdzenie odbioru jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka lub odrębnego rejestru zgłoszeń o porodzie prowadzonego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą dokonujący jego wypisu;

- Podmiot wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej

w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku zaobserwowania zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i braku możliwości ustalenia podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu;

- Opieka nad położnicą w miejscu zamieszkania albo pobytu obejmuje w szczególności ocenę stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej; położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach szczególnych lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających;

- Podczas wizyt położna w szczególności zwraca uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;

- Położna prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu, przenikanie alkoholu do mleka matki i jego wpływu na rozwój dziecka;

- Położna zdejmuje szwy z krocza i brzucha w zakresie swoich kompetencji, jeżeli zachodzi taka potrzeba;

- Po ukończeniu przez dziecko 8. tygodnia życia opiekę nad nim sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna;

- Zdefiniowano opiekę nad kobietą w sytuacjach szczególnych, do których zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi;

- W przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

mgr Beata Niewiadomska-Jarosz, położna

WPIS DO REJESTRU PRAKTYK ZAWODOWYCH - RPWDL (indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych)

Pielęgniarka/położna zamierzająca wykonywać zawód w formie indywidualnej lub grupowej praktyki składa poprzez system teleinformatyczny Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą WNIOSEK, który system przesyła do właściwej terytorialnie (ze względu na miejsce wykonywania) okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ MOŻNA ROZPOCZĄĆ DOPIERO PO UZYSKANIU WPISU DO REJESTRU.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych dokonuje potwierdzenia wpisu do rejestru w terminie do 30 dni od daty wpływu kompletnego wniosku wraz z załącznikami.

Wniosek o wpis do rejestru składa się w formie elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP po uprzednim założeniu konta w RPWDL. Zaświadczenie jest wystawiane w postaci elektronicznej i generowane z systemu teleinformatycznego w sposób umożliwiający jego wydruk. Nie wymaga ono podpisu ani pieczęci. Wnioskodawca otrzymuje na adres poczty elektronicznej wskazany we wniosku informację o wydaniu zaświadczenia o wpisie do rejestru oraz dane umożliwiające pobranie zaświadczenia z systemu teleinformatycznego.

Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, obowiązany jest zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Ponadto pielęgniarka i położna prowadząca indywidualną praktykę jest obowiązana złożyć wniosek o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku zaprzestania wykonywania działalności i wykreślenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Art. 19 ustawy o działalności leczniczej przewiduje, że warunkiem wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej praktyki, jest uzyskanie wpisu do Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej.

Zatem konsekwencją wykreślenia z w/w ewidencji powinien być wniosek pielęgniarki/położnej o wykreślenie z rejestru indywidualnych praktyk, zgodnie z art. 108 ustawy o działalności leczniczej.

ZAKOCHANI W KARNAWALE WERONA-WENECJA OD 28 LUTEGO DO 3 MARCA 2019 R.

PROGRAM

Dzień 1 – 28.02.2019 r. - 12:00 wyjazd Stalowa Wola, 13:00 Rzeszów (zbiórka parking Podpromie). Trasa przejazdu: Słowacja – Węgry – Słowenia – Włochy.

Dzień 2 – 01.03.2019 r. W godzinach porannych przyjazd do Werony, miasta znanego z dramatu Szekspira „Romeo i Julia”. Spacer po centrum od Piazza Bra z rzymskim amfiteatrem Arena z I w. przez Piazza dei Signori do Casa di Julietta ze słynnym balkonem Julii. Czas wolny. Przejazd do hotelu, zakwaterowanie, obiadokolacja, nocleg.

Dzień 3 – 02.03.2019 r. Po śniadaniu wyjazd do Wenecji, zwiedzanie z lokalnym przewodnikiem, spacer do Mostu Westchnień, obok Pałacu Dożów, przez Plac św. Marka, następnie Ponte Rialto. Czas wolny, udział w Karnawale Weneckim.

W godzinach wieczornych wyjazd do Polski.

Dzień 4 - 03.03.2019 r. Przewidziany powrót do Rzeszowa /Stalowej Woli/ w godzinach popołudniowych.

Cena: 600 zł.

I rata 300 zł do 15.01.2019 r.

II rata 300 zł do 15.02.2019 r.

Świadczenia zawarte w cenie wycieczki: transport: autokar kl. LUX, zakwaterowanie: 1 nocleg w hotelu Hotel VILLA ISABELLA****, Santa Maria di Sala*, wyżywienie: 1 śniadanie w postaci bufetu, 1 kolacja 3 daniowa, pilot, usługi przewodnika w Wenecji i Weronie.

Dodatkowo płatne: wejście do amfiteatru 10 euro.



ZGŁOSZENIA: telefonicznie biuro OIPIP w Rzeszowie tel. (17) 77 88 483. Wpłata na konto: OIPIP w Rzeszowie Bank PKO S.A. 82 1240 4751 1111 0000 5509 6478 - Tytuł wpłaty: wycieczka ... nazwisko, data wyjazdu.

OIPIP w Rzeszowie nie partycypuje w kosztach. 100% kosztów pokrywa uczestnik wycieczki.

POŻEGNANIA

„Można odejść na zawsze,
by stałe być blisko ...”
ks. J. Twardowski

Naszej drogiej Koleżance
BEACIE FORNAL
wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia
w trudnych chwilach
z powodu śmierci SYNA

składają
Koleżanki z Oddziału Neonatologii
Szpitala Pro-Familia w Rzeszowie

„W momencie śmierci bliskiego
uderza człowieka świadomość
niczym nie dającej się zapenić pustki”
ks. J. St. Tischner

Koleżance
LUCYNIE SIKORA
pielęgniarka Wojewódzkiej Stacji
Pogotowia Ratunkowego

wyrazy żalu i współczucia
z powodu śmierci BRATA

składają Koleżanki i Koledzy
z Dyspozytorni Medycznej
Wojewódzkiej Stacji Pogotowia
Ratunkowego w Rzeszowie

„Ja jestem światłością świata.
Kto idzie ze Mną, nie będzie chodził w ciemności,
lecz będzie miał światło życia”
św. Jan

Z najgłębszym smutkiem i żalem
zawiadamiamy,
iż w dniu 24 września 2018 r
odeszła od nas w wieku 55 lat

JUSTYNA ZŁOTEK
Pielęgniarka Oddziału
Chorób Wewnętrznych

Pielęgniarka o wielkim sercu,
serdeczna, życzliwa,
oddana pacjentom
taka pozostanie w naszej pamięci.

Z wyrazami żalu i współczucia
Naczelną Pielęgniarką i Koleżanki
Powiatowego Szpitala
Specjalistycznego w Stalowej Woli

„Nie umiera ten,
kto trwa w pamięci i sercach żywych”

Naszej Koleżance
ELI ZAJĄC
słowa wsparcia,
wyrazy żalu i współczucia
z powodu śmierci SYNA

składają
Koleżanki z Bloku Operacyjnego
Wojewódzkiego Szpitala
w Tarnobrzegu

„Matka zawsze umiera za wcześniej”

Naszej Koleżance
ALI BUSZ
Wyrazy szczerego współczucia
i żalu
z powodu śmierci MAMY

składają
Koleżanki i Koledzy
z Kliniki Laryngologii
Klinicznego
Szpitala Wojewódzkiego Nr 1
w Rzeszowie

„Rozłąka jest naszym losem,
Spotkanie naszą nadzieją ...”

„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
wspomnień nikt nam nie odbierze,
zawsze będą z nami”

Pani
BEACIE FORNAL
wyrazy głębokiego żalu i współczucia
z powodu śmierci SYNA

składają
Prezes oraz pracownicy
Ośrodka Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych
Sp. z o.o. w Rzeszowie



OSTATNIE POŻEGNANIE

Czas tak szybko płynie.
Minuta równa się sekundzie;
wieczność w godzinę się zamienia.

Nie daj nam Panie
Do przodu biec
mijając historii koniec i początek.
Nawet każda powieść ma swą treść
nie, puste karty skrywa.
Każde słowo, każda myśl
tworzy dialog i fabułę.
Ma początek, rozwinięcie,
zakończenie tak jak i w życiu bywa.

Miłość - ofiarowuje dar,
który człowiekiem się nazywa.
Wiosna, lato, jesień, zima,
fortuna kołem się toczy
- to lata mijają bezlitośnie.
A gdy nadchodzi zmierzch
próżno szukać naszej drogi
- księżga się zamyka.

Nie zapomnijmy więc
przystanąć czasem,
zagłębić się w myśli swoje,
złapać ciszy tchnienie.
Odwrócić się choć na chwilę, na pięcie
i dostrzec wokół siebie ludzkie cienie.

Mówią, że śmierć jest okrutna,
zamyka na wieczność oczy;
zabiera ból i nadzieję
oddając w zamian chłodną mogiłę
i nagie cierpienie.

Co nam po tobie zostało,
tylko wspomnienia.
Wspomnienia tych chwil,
które już nigdy nie powrócą.
Tych radosnych i złych,
w których służyłaś nam radą i pomocą.
Tego uśmiechu i żartów bez trosk,
na każda okazję;
Twego cierpienia,
by dłużej dla nas żyć i troski;
Twych mądrych oczu,
w których wszystko dostrzec można było,
zrozumienia i cierpliwości
gdy nam coś nie wychodziło.
Nauki - by żyć bliżej z Bogiem
i kochać Go jak Ciebie,
modlitw na kolanach
przy św. obrazku i na darze
od Najświętszej Pani - Różańcu.

Brak nam będzie Twojej miłości, głosu,
dźwięku śmiechu, siły i uporu.
Bądź zawsze przy nas,
„módl się za nami”.
Uproś Anioła, by strzegł nas za życia
i gdy i nas zmierzch zastanie.
Spoczywaj w pokoju wiecznym. Amen.

AUTOR NIEZNANY

INTER - profesjonalne ubezpieczenia dla pielęgniarek i położnych

Co jest najważniejsze w ubezpieczeniach? Poczucie bezpieczeństwa.

W pracy pielęgniarki i położnej jest coraz więcej zagrożeń. Nadmiar obowiązków, zmęczenie, stale podnoszone wymagania - to wszystko zwiększa ryzyko popełnienia błędu, a co za tym idzie może skutkować koniecznością wypłaty odszkodowania.

Od 25 lat INTER konsekwentnie buduje poczucie bezpieczeństwa wśród personelu medycznego poprzez kompleksowe programy ubezpieczeniowe. Oferta INTER posiada rekomendację Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Ochrona podczas wykonywania pracy:

Obowiązkowe Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej niezbędne dla pielęgniarek i położnych pracujących na kontrakcie, prowadzących praktykę pielęgniarską i położniczą.

Dobrowolne Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej jest doskonałym uzupełnieniem OC obowiązkowego. Rozszerza zakres ochrony np. o szkody w mieniu. Pielęgniarkom i położnym, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC, zapewnia ochronę m.in. w przypadku popełnienia błędu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ubezpieczenie INTER Kontrakt umożliwi Ci utrzymanie przychodów w sytuacji, gdy z powodu choroby lub wypadku, nie będziesz mogła wykonywać pracy zawodowej.

Ubezpieczenie INTER Ochrona Prawna w życiu zawodowym, prywatnym i w ruchu drogowym. Zapewnimy Ci szybką pomoc prawną wraz z pokryciem kosztów obsługi Twojego adwokata.

Ubezpieczenie skutków ekspozycji zawodowej INTER HIV/WZW zapewnia refundację kuracji antyretrowirusowej. W przypadku zachorowania wypłacimy Ci świadczenia finansowe.

Ubezpieczenie INTER Partner zabezpieczy Twoją praktykę, a w szczególności sprzęt medyczny na wypadek zniszczenia bądź kradzieży. W ramach ubezpieczenia otrzymasz również profesjonalną pomoc Assistance.



Rozszerz swoją ochronę o odpowiedzialność cywilną z tytułu naruszenia praw pacjenta i agresji pacjenta – jedyny taki produkt na rynku!

Poczuj się bezpiecznie

Ochrona w życiu prywatnym:

INTER Tour 365 to całoroczna ochrona ubezpieczeniowa podczas podróży dla Ciebie i Twoich najbliższych. Kupujesz ubezpieczenie na rok, płacisz jedną składkę, a wyjeżdżasz ile chcesz.

Ubezpieczenie INTER Lokum dla medycyny chroni Twój dom, mieszkanie, a także mienie służące do działalności gospodarczej w możliwie najszerszym zakresie.

Ubezpieczenie na życie INTER Medyk Life zabezpiecza Ciebie i Twoją rodzinę na wypadek choroby, uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.