

MIESIĘCZNIK **BIULETYN**
INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Styczeń 2013r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

**Szkolenie: Nowoczesny model leczenia ran.
Teoretyczne i praktyczne zastosowanie opatrunków firmy Convatec.
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie - 10 grudnia 2012 rok**



W NUMERZE:

Życzenia
Rozporządzenia Ministra Zdrowia
Prezentacja - Departament
Pielęgniarek i Położnych
Uchwały OR
Biuro Poselskie
Naczelna Izba Pielęgniarek
i Położnych
Konferencje
Prawo
Prace dyplomowe
Informacje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

Adres Redakcji:

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

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

Ośrodek szkoleniowy:

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

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

MILLENIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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



Z okazji Świąt Bożego Narodzenia życzę wielu głębokich i radosnych przeżyć, spokoju, wytrwałości i radości, serdecznej rodzinnej atmosfery, najlepszych uczuć dla bliskich przy łamaniu się opłatkiem oraz jasnych, słonecznych dni i błogosławieństwa Bożego w nadchodzącym Nowym 2013 Roku.

Aby Świąta Bożego Narodzenia były bliskością i spokojem,
a Nowy Rok – dobrym czasem - życzy

Posel na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia pragnę złożyć najserdeczniejsze życzenia: ciepłych, spokojnych i radosnych Świąt, rodzinnej atmosfery przy wigilijnym stole, błogosławieństwa Bożego oraz wiele zdrowia i sukcesów na cały nadchodzący Nowy 2013 Rok.

Andrzej Szewiński
Senator Rzeczypospolitej Polskiej

W Świeta Narodzenia Pańskiego,
gdy Bóg przychodzi
zamieszkać między nami,
weselmy się, radujmy!
Niech Boże Dziecię błogosławi
Ojczyznę miłą i wspiera jej siły,
a nam da nadzieję,
że Nowy Rok
będzie szczęśliwszy.

Jadwiga Wiśniewska

Posel na Sejm RP

Na ten szczególny czas
Świąt Bożego Narodzenia
prosimy o przyjęcie życzeń
spokoju, optymizmu i wyjątkowej atmosfery
w gronie rodziny i przyjaciół.
Niech nadchodzący Nowy Rok przyniesie
zdrowie, radość i wszelką pomyślność.

Przewodniczący
Rady Miasta Częstochowy

Zdzisław Wolski

Prezydent
Miasta Częstochowy

Krzysztof Matyjaszyk



ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 lipca 2011 r.

w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 i Nr 149, poz. 887) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami określa **załącznik do rozporządzenia**.

2. Do pracowników, których kwalifikacje określają odrębne przepisy, stosuje się rozporządzenie w zakresie nieuregulowanym tymi przepisami.

§ 2.

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1) wyższe wykształcenie medyczne - posiadanie tytułu zawodowego nadawanego absolwentom uczelni medycznych i podstawowych jednostek organizacyjnych innych uczelni,

działających w dziedzinie nauk medycznych;

2) tytuł zawodowy - tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub tytuł równorzędny;

3) studia podyplomowe - inną niż studia wyższe i studia doktoranckie formę kształcenia przeznaczoną dla osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych organizowaną na podstawie przepisów o szkolnictwie wyższym;

4) średnie wykształcenie medyczne - tytuł inny niż tytuł zawodowy, nadawany absolwentom publicznych szkół medycznych i niepublicznych szkół medycznych o uprawnieniach szkół publicznych.

§ 3.

Pracownik zatrudniony w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, nieposiadający wymaganych kwalifikacji, może być zatrudniony na dotychczasowym stanowisku lub stanowisku równorzędnym, jeżeli był zatrudniony na tym stanowisku zgodnie z obowiązującymi dotychczas przepisami, jednak nie dłużej niż przez okres 5 lat od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

§ 4.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.²⁾ ■

Minister Zdrowia

Wyciąg z załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. (poz. 896)

KWALIFIKACJE WYMAGANE OD PRACOWNIKÓW NA POSZCZEGÓLNYCH RODZAJACH STANOWISK PRACY W PODMIOTACH LECZNICZYCH NIEBĘDĄCYCH PRZEDSIĘBIORCAMI

I. Pracownicy działalności podstawowej

Lp.	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje	Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje
2	Zastępca kierownika do spraw pielęgniarstwa (położnictwa): podmiotu leczniczego, jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, naczelnia pielęgniarka, naczelnia położna	- tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	5
		- tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	7
8	Przełożona pielęgniarek, położnych, zastępca przełożonej pielęgniarek, położnych	- tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	3
		- tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i studia podyplomowe, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	3
		- licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania	5
		- średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania ²⁾	6



9	Specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny²⁾ - tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny²⁾ - licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny²⁾ - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny²⁾ 	3 lata w szpitalu
10	Kierownik centralnej sterylizatorni	<ul style="list-style-type: none"> - wyższe wykształcenie i ukończony kurs kwalifikacyjny dla kierowników centralnych sterylizatorni i osób nadzorujących wytwarzanie sterylnych wyrobów medycznych według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia - wykształcenie średnie medyczne i ukończony kurs kwalifikacyjny dla kierowników centralnych sterylizatorni i osób nadzorujących wytwarzanie sterylnych wyrobów medycznych według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia 	3 6
12	Inspektor ochrony radiologicznej	według odrębnych przepisów ³⁾	-
24	Pielęgniarka oddziałowa, zastępca pielęgniarki oddziałowej	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo - tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka - licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania - licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i kurs kwalifikacyjny²⁾ 	1 rok w szpitalu 1 rok w szpitalu 3 lata w szpitalu 4 lata w szpitalu 5 lat w szpitalu 7 lat w szpitalu
25	Położna oddziałowa, zastępca położnej oddziałowej	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku położnictwo - tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna - licencjat położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania - licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i kurs kwalifikacyjny²⁾ 	1 rok w szpitalu 1 rok w szpitalu 3 lata w szpitalu 4 lata w szpitalu 5 lat w szpitalu 7 lat w szpitalu
26	Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo - tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka - licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania - licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i kurs kwalifikacyjny²⁾ 	1 rok w szpitalu 1 rok w szpitalu 3 lata w szpitalu 4 lata w szpitalu 5 lat w szpitalu 7 lat w szpitalu
27	Położna koordynująca i nadzorująca pracę innych położnych	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku położnictwo - tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna - licencjat położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania - licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i kurs kwalifikacyjny²⁾ 	1 rok w szpitalu 1 rok w szpitalu 3 lata w szpitalu 4 lata w szpitalu 5 lat w szpitalu 7 lat w szpitalu



29	Starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa	tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	5
30	Asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa	tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	3
31	Młodszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa	tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1
32	Specjalista pielęgniarka	- tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania	2 2 2 2
33	Specjalista położna	- tytuł magistra na kierunku położnictwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji	2 2
		zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - licencjat położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania	3 2
34	Starsza pielęgniarka	- tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo - tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka - licencjat pielęgniarstwa - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka	1 1 3 5
35	Starsza położna	- tytuł magistra na kierunku położnictwo - tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna - licencjat położnictwa - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna	1 1 3 5
36	Pielęgniarka	- tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo - licencjat pielęgniarstwa - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka	-
37	Położna	- tytuł magistra na kierunku położnictwo - licencjat położnictwa - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna	-



Działania zrealizowane oraz aktualnie podejmowane przez Departament Pielęgniarek i Położnych na rzecz środowiska zawodowego w ramach UE

Przegląd głównych negocjacji z KE

1. Zniesienie zapisu daty końcowej naboru na studia pomostowe

- 3.12.2007r. KE przesłała potwierdzenie o braku przeszkód do zniesienia granicznej -końcowej daty naboru na studia pomostowe
- Oznacza to, że studia pomostowe będą realizowane do czasu naturalnego wygaśnięcia zainteresowania tym typem kształcenia a nie do pierwotnie przewidzianego 2010/11 r.

2. Skrócenie studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych

- Po ponownym żmudnym przeliczeniu godzin kształcenia pielęgniarek w liceach medycznych i studium, 19 listopada 2009 r. uzyskano informację z KE o pomyślnym zakończeniu negocjacji i akceptacji skrócenia studiów pomostowych do 1150 godzin
- Dotyczy to zarówno studiów płatnych jak i studiów finansowanych przez program unijny

3. Publikacja tytułów licencjatów pielęgniarstwa i położnictwa w Dzienniku Urzędowym UE

- Opublikowano w Dzienniku Urzędowym UE (C 137/8 z 4.06.08) uzupełnione o tytuły licencjata pielęgniarstwa i licencjata położnictwa załączniki 5.2.2. i 5.5.2 Dyrektywy 2005/36/WE.
- Oznacza to, że osoby posiadające dyplomy z takimi tytułami, które rozpoczęły kształcenie po 2004 roku, mają prawo do automatycznego uznania ich kwalifikacji w państwach Unii Europejskiej.
- Tym samym zakończono trwające od kwietnia 2006 r. rozmowy w tej sprawie

4. Projekt systemowy - „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”

- Za projekt odpowiada DPiP
- Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu II, Działania 2.3 Poddziałania 2.3.2. Programu Opera-

cyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007-2013

- Na realizację projektu przeznaczono blisko 180 milionów złotych
- Podstawowym celem Projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

Projekt systemowy

- Ukończenie studiów w ramach Projektu pozwoli na uzyskanie kwalifikacji zawodowych na poziomie umożliwiającym ich automatyczne uznanie w krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wykształcenia
- Pierwszy nabór w ramach Projektu odbył się w październiku 2008 roku, a ostatni zostanie przeprowadzony w roku akademickim 2012/2013. W tym okresie studia powinno ukończyć 24 000 pielęgniarek i położnych
- Wskaźnik po zmianach wniosku o dofinansowanie pozwoli na ukończenie studiów przez ponad 34 000 pielęgniarki i położne

5. Kwestia uznawania kwalifikacji pielęgniarek, absolwentek liceów medycznych i studium w UE (temat aktualny)

- Aktualnie Polska zabiega o uznawanie kwalifikacji polskich pielęgniarek na zasadzie praw nabytych, na takich samych warunkach, jak w przypadku innych państw członkowskich UE
- Nie ma żadnych prawnych, technicznych czy ekonomicznych przeciwwskazań dla realizacji naszego postulatu, szczególnie wobec deklarowanego celu zmian dyrektywy – poprawy mobilności i świadczenia usług na jednolitym rynku
- W czasie 8-letniego okresu członkostwa Polski w UE doprowadzono m.in. do zniesienia wszelkich okresów przejściowych w dostępie do rynków pracy Państw Członkowskich UE
- Swoboda przepływu pracowników staje się więc udziałem niemal wszystkich obywateli UE (poza BG i RO, w stosunku do których, obowiązują jeszcze ograniczenia w 9 państwach członkowskich)

UZNAWANIE KWALIFIKACJI

- Po akcesji Polski do UE nie nastąpił znaczny wzrost zainteresowania polskich pielęgniarek rynkami pracy w krajach UE
- W latach 2004 –2010 polskie izby pielęgniarek wydały ok. 13,5 tys. zaświadczeń osobom deklarującym chęć wyjazdu za granicę
- Wg. bazy zawodów regulowanych KE, ok. 3 – 3,5 tys. pielęgniarek ubiegało się o uznanie kwalifikacji w państwach członkowskich UE, (co stanowi ok. 1,3% wszystkich zarejestrowanych w Polsce pielęgniarek)
- Należy zaznaczyć, że polskie pielęgniarki, zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej, mają obowiązek ciągłego dokształcania i stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności co można porównać do unijnego wymogu CPD (Continuous Professional Development)
- Kwestia uznania kwalifikacji polskich pielęgniarek jest dla Polski sprawą priorytetową podczas negocjowania zmian w zapisach dyrektywy



- Od tego uzależniamy zakres naszej elastyczności we wszystkich innych negocjowanych sprawach
- Polska zasygnalizowała konieczność zmiany przepisów dyrektywy 2005/36/WE już w momencie jej przyjęcia, czyli w 2005 r., składając pisemne oświadczenie w tej sprawie.
- Postulat w tej sprawie został przyjęty w formie Stanowiska Rządu do Zielonej Księgi dotyczącej unowocześnienia dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych 20.09.2011 r.
- Aktualnie rozmowy prowadzone są nie tylko z KE ale i wszystkimi krajami UE, które muszą wyrazić zgodę na polski postulat. Nie wszystkie kraje są pozytywnie nastawione do tej propozycji
- Liczymy jednak, że w związku z prowadzoną obecnie modernizacją dyrektywy 2005/36/WE o uznawaniu kwalifikacji zawodowych, uda się naszą propozycję wprowadzić do porządku prawnego UE
- W trakcie negocjacji musimy brać pod uwagę procedurę większości kwalifikowanej polegającej na przydzieleniu każdemu państwu określonej liczby głosów (tzw. głosów ważonych), uzależnionych od wielkości danego państwa
- Dlatego zależy nam na poparciu państw dużych, co niekiedy wymaga ustępstw na ich rzecz (coś za coś)
- Mamy nadzieję, że w nowej dyrektywie znajda się zapisy umożliwiające:
 - automatyczne uznawanie kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek, absolwentek liceów medycznych na zasadzie praw nabytych, pod warunkiem posiadania 3 kolejnych lat doświadczenia zawodowego w ostatnich 5 latach,
 - zmianę warunków uznawania kwalifikacji pielęgniarek, absolwentek medycznych szkół zawodowych (studium) polegającą na skróceniu wymaganego obecnie doświadczenia zawodowego 5 kolejnych lat w ciągu ostatnich 7, do 3 kolejnych lat z ostatnich 5.

Zmiany dotyczące pielęgniarek, absolwentek medycznych szkół zawodowych (studium), w założeniu mają objąć również położne, które ukończyły ten sam rodzaj szkół (studium)

Dziękuję za uwagę

Beata Cholewka

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, 2012r



Uchwały OR

Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 19 grudnia 2012 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 700.00 zł dla jednej pielęgniarki za studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo,
 - 2 100.00 zł dla dwóch pielęgniarek i jednego pielęgniara za specjalizację „Pielęgniarstwo psychiatryczne”,
 - 2 100.00 zł dla trzech pielęgniarek za specjalizację „Pielęgniarstwo anestezjologii i intensywnej terapii”
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki i jednego pielęgniara.

- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki i jedną położną.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla jednej pielęgniarki w kwocie 500.00 zł .
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla ośmiu pielęgniarek i dwóch położnych.
- Stwierdzono trzem pielęgniarkom posiadanie kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej. ■



Biuro Poselskie

Posel na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej
MAREK BALT
Częstochowa, dn. 7 grudnia 2012 roku

Sz.P.
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Szanowna Pani przewodnicząca,

W związku z odpowiedzią na pismo Pani Przewodniczącej z dnia 4.12.2012 br., dotyczącej prośby poparcia budżetu dla samorządów medycznych na rok 2013. Będę sygnalizował konieczność poparcia wskazanych przez Państwo poprawek w klubie parlamentarnym i Sejmie RP.

Z niepokojem patrzę na zmiany zachodzące w szpitalach, zarówno tych w Częstochowie, jak i w całej Polsce. Sprawa finansowania samorządów medycznych jest priorytetowa, dlatego rozumiem państwa niepokój związany z brakiem uwzględnienia podziału budżetu na poszczególne samorzady. W związku z tym pragnę zapewnić o moim zaangażowaniu na rzecz lepszego podziału środków finansowych na powyższe kwestie.

Chciałbym również upewnić Panie co do podejmowania przeze mnie działań na rzecz szpitali i służby zdrowia, które prowadzę w ostatnim czasie w Warszawie. Kontrakty przekazywane przez NFZ są niewystarczalne, a polityka oszczędzania na służbie zdrowia jest oszczędzaniem na największej wartości jaką jest ludzkie zdrowie. Stanowczo się temu sprzeciwiam i uczynię wszystko, aby doprowadzić do pozytywnych zmian w naszych szpitalach. Będę wspierał wszystkie działania Pań na rzecz zdrowia. Jestem pełen szacunku i podziwu dla pracy, jaką wykonują Panie w tak ciężkich warunkach. Postaram się poruszyć nurtującą nas kwestię sytuacji w szpitalach miejskich - tych częstochowskich oraz innych zlokalizowanych w całej Polsce - na forum sejmowym. ■

z wyrazami szacunku
Marek Balt
Posel na Sejm RP

NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 15 stycznia 2013 r.

Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych apeluję o pilną nowelizację Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).

Uprzejmie proszę o wskazanie przyczyn, dla których treść wydanego przez Pana Ministra rozporządzenia znacząco odbiega od projektu z dnia 18 października 2012 roku przekazanego do konsultacji społecznych.

Tego rodzaju sytuacja stawia pod znakiem zapytania zgodność rozporządzenia z niekwestionowaną na gruncie art. 2 Konstytucji RP zasadą poprawnej legislacji. Wydaje się także, iż tego rodzaju postępowanie pozostaje w opozycji do treści art. 7 ust. 4 pkt 3 Ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (tj.: Dz. U. z 2012 r. poz. 392). Stosownie do dyrektyw wyływających ze wspomnianego przepisu, Członek Rady Ministrów, realizując politykę ustaloną przez Radę Ministrów, zobligowany jest do współdziałania z przedstawicielstwami środowisk zawodowych, a takim jest przecież samorząd pielęgniarek i położnych. W treści art. 50 ust. 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), minister właściwy do spraw zdrowia zyskał uprawnienie do określenia w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Zgodnie ze wspomnianym przepisem uczynić to może po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji zawodowych. Należy tu podkreślić, że celem tego rozporządzenia ma być zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Nie może budzić wątpliwości, że pojęcie „właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych” korespondować musi z wyrażonymi w treści art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP, zasadami powszechnego dostępu do ochrony zdrowia oraz dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Cytowane przepisy stanowią, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1) oraz że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2). Tymczasem, wdrożenie przepisów rozporządzenia w obecnym kształcie doprowadzić może do ograniczania liczby pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych. Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w polskich szpitalach są znacząco niższe od wskaźników w innych krajach europejskich.

Należy również podkreślić, iż Rozporządzenie w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinno być gwarantem nie tylko jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych, ale także zapewnianiu bezpieczeństwa zdrowotne pacjentów oraz bezpieczeństwa pracy pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie informowała Pana Ministra o nieprawidłowościach, związanych z ustalaniem obsad pielęgniarek i położnych w podmiotach

leczniczych, stosowanych praktykach dyżuru jednoosobowego w niektórych szpitalach lub znacznym ograniczaniu stanu zatrudnienia na jednej zmianie. Ponadto, treść rozporządzenia poza marginesem swojego zainteresowania pozostawia wyniki prac Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009 roku (Dz. Urz. MZ. 09.06.33).

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w omawianym brzmieniu, zatem nie tylko nie poprawi warunków pracy pielęgniarek i położnych, ale przede wszystkim będzie miało negatywny wpływ na dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co w konsekwencji prowadzi do naruszenia art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP.

W tym stanie rzeczy Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się przywrócenia następujących zapisów przedmiotowego rozporządzenia zgodnie, z którymi:

obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innych komórkach organizacyjnych o tym samym profilu nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianie;

- do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej;
- przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne, w oddziałach o poszczególnych profilach, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich odpowiedni do kategorii opieki, zgodnie z propozycją zawartą w § 2 projektu z dnia 18 października 2012 roku;
- w bloku operacyjnym na jeden czynny stół operacyjny (jednego operowanego pacjenta), świadczenia lecznicze powinna wykonywać co najmniej jedna pielęgniarka albo położna operacyjna i jedna pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarcie albo położnej operacyjnej.

Wykreślenie powyższych zapisów nie było konsultowane z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych. Dlatego niepokoi i jednocześnie dziwi fakt, iż tak ważny dla naszych grup zawodowych akt prawny nie uwzględni trzyletniego dorobku ekspertów, przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych biorących udział w pracach Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, o którym mowa wyżej.

Praǳnę także zwrócić uwagę Pana Ministra na fakt, iż prawidłowo ustalona obsada pielęgniarek i położnych zapobiega występowaniu zdarzeń niepożądanych we wszystkich podmiotach leczniczych. Dlatego, w ocenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, przedmiotowe rozporządzenie uwzględniające przedstawione wyżej propozycje, powinno obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych, bez względu na ich rodzaj.

Szanowny Panie Ministrze,
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec treści nowo wydanego rozporządzenia w obecnym brzmieniu i wnosi o uwzględnienie powyższych uwag w dalszej pracy kierowanego przez Pana Urzędu. Ponadto, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje na konieczność nowelizacji innych aktów prawnych warunkujących prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej niezależnie od źródeł i form finansowania.

Prezes

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Notatka z konferencji pt. „Adaptacja Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej dla specjalności zabiegowych”, która odbyła się 10 grudnia 2012 roku w Ministerstwie Zdrowia

Konferencja została zorganizowana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce oraz Ministerstwo Zdrowia. Celem konferencji było zainicjowanie adaptacji Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (Surgical Safety Checklist) w wybranych specjalnościach zabiegowych.

Należy zaznaczyć, iż opracowanie i wdrożenie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest jednym z projektów Światowej Organizacji Zdrowia w ramach inicjatywy „Bezpieczna Chirurgia Ratuje Życie” (Safe Surgery Saves Lives), w której uczestniczy ponad 200 narodowych i międzynarodowych towarzystw medycznych, ministerstw zdrowia i instytucji ochrony zdrowia.

Karta Kontrolna została wprowadzona w Polsce w grudniu 2009 roku przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, które jest też Ośrodkiem Współpracy z WHO (WHO Collaborating Centre) w zakresie jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Adaptację poprzedziły konsultacje z Towarzystwem Chirurgów Polskich oraz Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwem Promocji Jakości, Ministerstwem Zdrowia, Naczelną Radą Lekarską i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Towarzystwem Pielęgniarek Anestezjologicznych, Towarzystwem Ubezpieczycieli Medycznych oraz Rzecznikiem Praw Pacjenta i Narodowym Funduszem Zdrowia oraz organizacją pacjentów.

Uczestników konferencji powitał w imieniu Ministra Zdrowia Piotr Warczyński, Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia oraz Jerzy Hennig Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Program konferencji

Strategie bezpieczeństwa pacjenta w Europie przedstawiła Barbara Kutryba, CMJ, WHO CC.

Halina Kutaj-Wąsikowska z Centrum Monitorowania Jakości poinformowała o polskich doświadczeniach w opracowywaniu i wdrażaniu Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.

Dyrektor Biura WHO w Polsce, Paulina Miśkiewicz, omówiła jeden z programów poprawy bezpieczeństwa pacjentów „Bezpieczna Chirurgia Ratuje Życie”.

Przedstawiciele szpitali, w których wdrażano OKK w wybranych specjalnościach zabiegowych: kardiologii, ortopedii, neurochirurgii, okulistyki oraz ginekologii, podzielili się doświadczeniami w tym zakresie.

Prelegenci i uczestnicy konferencji podkreślali ważną rolę OKK w minimalizowaniu możliwości wystąpienia zdarzenia niepożądanego, zgonów pacjentów lub komplikacji pooperacyjnych oraz konieczność szerszego rozpowszechniania Karty w placówkach ochrony zdrowia w Polsce.

Podkreślenia wymaga fakt, iż Minister Zdrowia rekomenduje stosowanie OKK opracowanej na podstawie formularza Surgical Safety Checklist zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia. Formularz karty stanowi załącznik do Komunikatu z dnia 11 sierpnia 2011 roku w sprawie stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej podczas zabiegów chirurgicznych, zamieszczonego na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. W Komunikacie czytamy, iż okołooperacyjna karta kontrolna powinna być wprowadzona we wszystkich oddziałach i jednostkach zabiegowych w Polsce. Karta

powinna być podpisana przez koordynatora, którym może być lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie do zabiegu, a także przez członków zespołu operacyjnego, tj. lekarza chirurga prowadzącego zabieg lub pierwszą asystę oraz pielęgniarkę anestezjologiczną przygotowującą chorego do znieczulenia i zajmującą się nim po znieczuleniu. OKK powinna być załączona do dokumentacji pacjenta i stanowić część historii choroby.

Stosowanie OKK ma na celu zapobieżenie występowania tzw. zdarzeń niepożądanych podczas zabiegów chirurgicznych, tj.

- przeprowadzenia operacji u innego niż planowano pacjenta,
- przeprowadzenia innej niż planowano operacji / nieprawidłowego przeprowadzenia operacji,
- przeprowadzenia operacji na zdrowej części ciała – w przypadku narządów parzystych.

Do Komunikatu jest załączony, oprócz wzoru Karty, Przewodnik: Podstawy wprowadzania okołooperacyjnej karty kontroli. ■

Notatkę sporządziła Jolanta Kubajka-Piotrowska
Dział merytoryczny w biurze
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Komunikat w sprawie stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej podczas zabiegów chirurgicznych

MINISTER ZDROWIA
Warszawa, dnia 11 sierpnia 2011 roku

Komunikat w sprawie stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej podczas zabiegów chirurgicznych

W celu zapobieżenia występowania tzw. zdarzeń niepożądanych podczas zabiegów chirurgicznych, tj.:

- przeprowadzenia operacji u innego niż planowano pacjenta;
- przeprowadzenia innej niż planowano operacji / nieprawidłowego przeprowadzenia operacji;
- przeprowadzenia operacji na zdrowej części ciała – w przypadku narządów parzystych;

Minister Zdrowia rekomenduje stosowanie okołooperacyjnej karty kontrolnej opracowanej na podstawie formularza Surgical Safety Checklist zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia. Formularz karty stanowi załącznik do niniejszego komunikatu.

Ponadto Minister Zdrowia zwraca szczególną uwagę zespołów operacyjnych na takie środki ostrożności jak: przestrzeganie zasad higieny, standaryzowany sposób prowadzenia wywiadu lekarskiego, oznaczanie pola operacji przez chirurga przed umieszczeniem pacjenta na sali operacyjnej, potwierdzenie oznaczenia pola operacji przez wszystkich obecnych na sali przed rozpoczęciem operacji, stosowanie odpowiednich markerów do oznaczania pola operacji w celu uniknięcia zmazania oznaczeń podczas przygotowań do operacji.

Dane publikowane przez Światową Organizację Zdrowia wskazują, że stosowanie karty kontrolnej w znaczącym stopniu zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań

pooperacyjnych oraz ryzyko śmierci. Obecnie ok. 100.000 szpitali na świecie stosuje tę kartę.

Okołooperacyjna karta kontrolna powinna być wprowadzona we wszystkich oddziałach i jednostkach zabiegowych w Polsce. Karta powinna być podpisana przez koordynatora, którym może być lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie do zabiegu, a także przez członków zespołu operacyjnego, tj. lekarza chirurga prowadzącego zabieg lub pierwszą asystę oraz pielęgniarkę anestezjologiczną przygotowującą chorego do znieczulenia i zajmującą się nim po znieczuleniu. Okołooperacyjna karta kontrolna powinna być załączona do dokumentacji pacjenta i stanowić część historii choroby.

Celem wprowadzenia karty jest maksymalne zminimalizowanie możliwości wystąpienia zdarzenia niepożądanego, zgonów pacjentów lub komplikacji pooperacyjnych.

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opublikowało formularz karty oraz wytyczne jej wprowadzania. Szpitale zostały zaproszone do poprawy bezpieczeństwa zabiegów chirurgicznych poprzez stosowanie okołooperacyjnej karty kontrolnej. Rozwiązanie zostało pozytywnie przyjęte i zaopiniowane przez Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Promocji Jakości oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej. ■

Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Europejskie targi o uznanie kwalifikacji polskich pielęgniarek

W listopadzie środowisko pielęgniarskie zbulwersowała informacja, że polscy europosłowie w jednej z komisji euro-parlamentu głosowali przeciw ujednoczeniu systemu kształcenia pielęgniarek w Unii Europejskiej i swobodnemu przemieszczaniu się tej grupy zawodowej.

Dorota Kilańska, członek zarządu oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi i członek komitetu wykonawczego Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek, skierowała do Jolanty Hibner, posłanki w europarlamencie, list, który trafił także do mediów.

Europa dwóch prędkości

We wspomnianym liście czytamy m.in.: "Jest nam bardzo przykro, że nie zechciała Pani zapytać o stanowisko w tej sprawie środowiska pielęgniarskiego w Polsce, najliczniejszej grupy zawodowej wśród profesjonalistów ochrony zdrowia..."

W piśmie przypomniany jest fakt, że stanowisko PTP i Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek, zrzeszającej blisko 6 mln przedstawicielek tego zawodu z całej Europy, było prezentowane w marcu oraz we wrześniu tego roku.

"To 6 mln pielęgniarek po wielu dyskusjach zdecydowało, że nie chce Europy dwóch prędkości w pielęgniarstwie, chce przyszłym pokoleniom zapewnić dobry start w nowoczesnym zawodzie, otwartym na zmieniające się środowisko..." - czytamy w liście.

Pada w nim także wiele pytań. Dlaczego w UE mają być dwa



rodzaje pielęgniarek? Dlaczego mamy mieć pielęgniarki lepiej i gorzej zarabiające? Jak będzie wyglądała uznawalność kwalifikacji? Dlaczego pielęgniarki z niektórych krajów są bardziej uprzywilejowane niż polskie pielęgniarki?

Lepiej wykształcone

W Polsce podstawą obecnego systemu kształcenia pielęgniarek, po zmianach w 2004 roku, które nastąpiły wskutek wejścia w życie unijnej dyrektywy, stał się poziom szkolnictwa wyższego i tytuł licencjata, a kolejny etap to tytuł magistra. Wcześniej obowiązujący był system szkolnictwa średniego.

Wraz z zmianami ruszył cały system kształcenia pomostowego, pozwalający pielęgniarkom uzupełnić i dostosować kwalifikacje do nowych wymogów. To był prawdziwy boom całego środowiska w pogoni za wykształceniem. Polska stała się w tym zakresie ewenementem na skalę europejską.

Nie bez znaczenia były w tym także środki unijne, dzięki którym wiele pielęgniarek ze średnim wykształceniem, wymagany przez ówczesny system, dostosowały się w tym zakresie do obowiązujących przepisów.

- Jednak nie wszystkie kraje dostosowały się do tak ambitnych wymogów. Np. w Niemczech kształcenie pielęgniarek nadal odbywa się w starym systemie i część z nich nie ma matur. Gdyby przyjechały do Polski w celu uzupełnienia kwalifikacji, nie mogłyby nawet podjąć studiów pomostowych... - mówiła jeszcze w 2011 roku Beata Cholewka, dyrektor departamentu pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia.

- Obecnie w takich krajach jak Niemcy, Austria, Holandia pielęgniarki wchodzi w system szkolenia zawodowego po dziesięciu latach kształcenia ogólnego. Chcemy, aby tak jak w Polsce, także w całej UE, szkolnictwo zawodowe pielęgniarek rozpoczynało się po 12 latach kształcenia ogólnego, czyli na poziomie studiów wyższych - licencjatu - mówi portalowi rynekzdrowia.pl Dorota Kilańska.

Pielęgniarek ciągle za mało

Na koniec 2011 roku w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych było ich w naszym kraju ponad 309 tys., natomiast pracujących w zawodzie - 239 tys.

- To jeden z najniższych wskaźników w Europie. Za nami w liczbie pielęgniarek na liczbę mieszkańców jest tylko Grecja - komentuje Dorota Kilańska.

Pielęgniarek z wyższym wykształceniem w grudniu 2011 roku było 40 434, natomiast tych z wykształceniem średnim - 227 485. Położnych natomiast z wyższym wykształceniem - 6139, natomiast ze średnim - 27 021.

- Liczby dotyczące wykształcenia pielęgniarek i położnych są jednak z całą pewnością przekłamane, nie ma bowiem obowiązku uzupełniania w rejestrze informacji o wykształceniu. Zdecydowana większość tego nie robi - mówi portalowi rynekzdrowia.pl Adam Mikołajczyk z biura prasowego NIPiP.

Ujednoczyć system

Jak podkreśla Kilańska, taki ujednoczony system kształcenia w Europie jest istotny także z punktu widzenia mobilności pielęgniarek w ramach UE.

- Wartością UE jest to, że każdy z nas ma prawo wyjazdu do innego kraju i podjęcia tam pracy. Dlatego istotna jest kwestia uznania we wszystkich krajach kwalifikacji zawodowych - stwierdza Kilańska.

Jej zdaniem są dowody na to, że pielęgniarki kształcone w systemie studiów wyższych mają lepsze efekty, jeżeli chodzi o wyniki opieki nad pacjentem, w tym także o występowanie wydarzeń niepożądanych.

Zaobserwowano także, że po wprowadzeniu obecnego systemu kształcenia pielęgniarek na poziomie studiów wyższych zainteresowanie zawodem wzrosło. Dzisiaj staje się ona partnerem lekarza w działaniu, potrafi porozumieć się i współdziałać z zespołem terapeutycznym.

Europosłowie zaskoczeni

Nie udało się nam bezpośrednio skontaktować z adresatką listu PTP posłanką Jolantą Hibner. Otrzymałoby natomiast w odpowiedzi pismo sygnowane przez całą grupę europosłów - Jolantę Hibner, Małgorzatę Handzlik, Rafała Trzaskowskiego oraz Marka Siwca. Wyraża ono zaskoczenie listem i zarzutami PTP, wyjaśnia, że nieprawdziwy jest zarzut braku konsultacji i wysłuchania w tej sprawie środowiska pielęgniarskiego.

Jak podkreślają autorzy pisma "... jako polscy posłowie szczególnie skupiamy się na kwestii polskich pielęgniarek, które uzyskały kwalifikacje zawodowe przed wejściem Polski do UE." Nie ma natomiast wyjaśnienia, dlaczego w czasie ostatniego głosowania w komisji europarlamentu oddano głosy przeciw ujednoczeniu kwalifikacji pielęgniarek w UE. Można to jedynie wyczytać między wierszami.

"Zabiegamy o uznawanie kwalifikacji polskich pielęgniarek na zasadzie praw nabytych na takich samych warunkach, jak w przypadku innych państw UE, co zostało odzwierciedlone w poprawkach. Tym samym Państwa list jest dość zaskakujący, ponieważ Polska dąży do ujednoczenia uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek z uznawaniem kwalifikacji wszystkich innych pielęgniarek w UE już od 2005 roku i środowiska pielęgniarskie bardzo stanowczo o to wnoszą."

Polityczny kompromis

"W tym miejscu chcielibyśmy zaznaczyć, że aby osiągnąć ten cel, nie wystarczy, aby tylko polscy posłowie głosowali za. Przekonać musimy większość w Parlamencie, dlatego też doszliśmy do porozumienia z wieloma kolegami z innych państw, dzięki czemu popierają oni postulat ws. polskich pielęgniarek..." - czytamy w dokumencie.

Jak można się domyślać chodzi o swego rodzaju polityczny kompromis - coś za coś...

W krajach, w których w dalszym ciągu obowiązuje 10-letni okres wykształcenia uprawniający do przystąpienia do szkolenia zawodowego, zmiana systemu kształcenia na taki, jaki obowiązuje w Polsce (12 lat) byłaby niezwykle kosztowna.

Dlatego przed takim zapisem w dyrektywie bronią się np. Niemcy.

Z kolei Polska stara się odrobić pewne zaszłości jeszcze z okresu wejścia Polski do UE, kiedy unijne prawo narzuciło nam nieuznawanie kwalifikacji polskich pielęgniarek na zasadzie praw nabytych (w przeciwieństwie do np. Łotwy czy Litwy), które ukończyły szkoły według starego systemu czyli np. licea medyczne. To wydaje się być niemal sprawą prestiżową.

Praca dla pielęgniarek w UE

Jak wyjaśnia Krzysztof Bąk, rzecznik resortu zdrowia, dzisiaj każda pielęgniarka może podjąć pracę w każdym kraju Unii... pod warunkiem uznania jej kwalifikacji.

Zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE może to nastąpić na zasadach ogólnych (po porównaniu programu kształcenia w danym kraju i ewentualnym wyrównaniu różnic) lub na zasadzie praw nabytych. Jak dodaje rzecznik - automatycznie uznawane są kwalifikacje uzyskane przez pielęgniarki po 2004 roku, które nabyły je uzyskując tytuł licencjata lub magistra.

- Obecnie negocjujemy w sprawie polskich postulatów, które dotyczą zrównania zasad uznawania kwalifikacji pielęgniarek ze wszystkich państw UE, na zasadzie praw nabytych, w oparciu o art. 23 dyrektywy, zgodnie z którym oprócz dokumentu potwierdzającego posiadanie kwalifikacji, wymagane jest udokumentowanie prowadzenia działalności pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną nieprzerwanie przez co najmniej trzy lata w okresie pięciu lat poprzedzających wydanie zaświadczenia - stwierdza Bąk.

- Powyższe postulaty nie budzą zastrzeżeń i są bardzo korzystne dla środowiska pielęgniarskiego. Mniejsze znaczenie pozostałych kwestii związanych ze zmianą dyrektywy, np. ujednoczenia bądź zróżnicowania systemów kształcenia ogólnego na poziomie 12 lat lub 12 i 10, daje nam pewien margines negocjacyjny pozwalający na ustępstwa w celu uzyskania poparcia dla naszych postulatów - dodaje rzecznik.

Tyle wyjaśnienia. Otwarte pozostaje pytanie - czy głosy naszych europosłów przeciwko ujednoczeniu systemu kształcenia w EU według systemu obowiązującego obecnie w Polsce, rzeczywiście mają mniejsze znaczenie dla rangi tego zawodu i tych pielęgniarek, które włożyły sporo wysiłku, aby zdobyć wyższe wykształcenie. ■

Jacek Janik/Rynek Zdrowia | 26-11-2012 06:15

Notatka z Krajowej Konferencji pt: „Miejsca pracy wolne od dymu tytoniowego”, która odbyła się w dniu 6 grudnia 2012r. w Warszawie

W dniu 6 grudnia 2012r., w Warszawie, w ramach współpracy Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce z Ministerstwem Zdrowia, w zakresie wdrażania programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce, w dniu 6 grudnia 2012r. odbyła się Krajowa Konferencja pt: „Miejsca pracy wolne od dymu tytoniowego”.



W konferencji udział wzięli:

- prof. Jorma Rantanen z Finlandii, były przewodniczący Międzynarodowej Komisji Zdrowia w Środowisku Pracy (ICOH),
- Pan Tadeusz Parchimowicz, Główny specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia,
- Pan dr Krzysztof Puchalski z Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Noefera w Łodzi,
- Pan Krzysztof Przewoźniak, z Fundacji „Promocji Zdrowia”, realizującej we współpracy z WHO projekt wprowadzania miejsc pracy wolnych od dymu papierosowego,
- Pani Anna Kozieł, przedstawiciel Biura WHO.

Konferencja, to jeden z elementów realizacji Dwuletniej Umowy o współpracy podpisanej na lata 2012-2013 pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i Światową Organizacją Zdrowia dla Europy, mającej na celu wdrażanie priorytetu „Wzmocnienie krajowej zdolności do ograniczania użycia tytoniu”.

Palenie tytoniu od lat stanowi główną przyczynę wysokiej umieralności dorosłej populacji. Szacunkowe dane pokazują, że przyczyną 44,8% zgonów w Polsce są choroby odtytoniowe. Mimo znacznej poprawy zachowań społeczeństwa związanych z paleniem tytoniu w miejscach publicznych oraz wzrostem świadomości społeczeństwa polskiego w zakresie szkodliwości dymu tytoniowego i jego wpływu na osoby niepalące nadal powinny być podejmowane działania w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy.

Dzięki wprowadzonym w 2010 roku zmianom przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, znacznie zostało ograniczone ryzyko narażenia na dym tytoniowy, czyli tzw. bierne palenie w miejscach publicznych, jednak w dalszym ciągu zjawisko to stanowi poważne zagrożenie. Po wprowadzeniu ograniczeń w zakresie swobody palenia papierosów w miejscach publicznych, zaobserwowano spadek schorzeń kardiologicznych, obturacyjnej choroby płuc i schorzeń astmatycznych, a także raka płuca.

Uczestnicy konferencji zostali zapoznani przez prof. Jorma Rantanena z raportem Światowej Organizacji Zdrowia pt: „Ocena i Zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce”. Raport powstał „w oparciu o materiał zebrany podczas spotkań i rozmów z polskimi przedstawicielami pełniącymi aktywną rolę w obszarze administracji oraz planowania i wdrażania promocji zdrowia w miejscu pracy”.

Wnioski zawarte w raporcie, dotyczące obecnego systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce to między innymi:

- Polska spełniła kilka podstawowych wymogów niezbędnych do rozszerzenia i rozwoju promocji zdrowia, jednakże podejście do ochrony zdrowia pracujących nie jest wystarczająco zaakcentowane w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015,
- oprócz profilaktyki i kontroli występowania chorób zawodowych i wypadków przy pracy dobrze zorganizowany system ochrony zdrowia pracujących może w znaczący sposób przyczynić się do podniesienia ogólnego stanu zdrowia pracujących,
- promocja i utrzymywanie zdolności do pracy pracowników jest nie tylko kwestią zdrowotną, ale ma przede wszystkim istotne znaczenie dla gospodarki kraju,
- istnieje pilna potrzeba przygotowania narodowej strategii i programu ochrony zdrowia pracujących.

Raport zawiera również zalecenia, dotyczące zintegrowanego rozwoju ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce. Zaleca się między innymi:

- aby programy promocji zdrowia w miejscu pracy były opracowywane jako element ogólnego programu ochrony zdrowia pracujących stanowiącego część narodowego systemu ochrony zdrowia,
- zreformowanie systemu ochrony zdrowia pracujących w Polsce, zgodnie z wytycznymi Konwencji 141 MOP, Rekomendacją 171 i wytycznymi zawartymi w opracowanym przez WHO Światowym Planie Działania na Rzecz Zdrowia Pracowników (opracowanie Krajowej Polityki i Strategii Ochrony Zdrowia Pracujących),
- potrzebna jest odpowiednia liczba kompetentnych specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących. Potrzebne są szkolenia dla personelu medycyny pracy celem podniesienia ich kompetencji w zakresie kompleksowej ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. Dla systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy należy zapewnić lekarzy i pielęgniarki medycyny pracy, psychologów, specjalistów od higieny i ergonomii pracy (wielodyscyplinarne zespoły służby zdrowia pracujących). Tam gdzie nie ma możliwości utworzenia tych zespołów, należy zapewnić wsparcie specjalistów z ergonomii pracy, higieny pracy, psychologów).

Podczas konferencji zaprezentowano także krajowe doświadczenia we wprowadzaniu miejsc pracy wolnych od dymu tytoniowego. Prezentacje obejmowały przykłady przedsiębiorstw, prowadzących działania wspierające wprowadzenie miejsc pracy wolnych od dymu tytoniowego oraz wspieranie pracowników w rzuceniu palenia. Przedstawiciel Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi zaprezentował wyniki badań na temat działań antynikotynowych w miejscu pracy w Polsce, w kontekście zmian zawartych w ustawie z dnia 8 kwietnia 2010r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawę o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. ■

Notatkę sporządziła uczestnicząca
w Konferencji
(-)Grażyna Osuch
Specjalista, Dział Merytoryczny NIPiP

Prawo



Przedruk z Dziennika Gazety Prawnej, 4 grudnia 2012, nr 235

Niezdolność do pracy chroni przed zwolnieniem grupowym

Pracodawca zamierza zmniejszyć koszty zatrudnienia, redukując znaczną część etatów. Czy przed zwolnieniem grupowym pracowników chroni choroba?

Ustawa o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, czyli tzw. ustawa o zwolnieniach grupowych, modyfikuje zakres ochrony przed rozwiązaniem stosunku pracy, którą posiadają niektóre grupy pracowników, w tym osoby pozostające na zwolnieniach lekarskich.

W art. 5 ust. 1 stanowi ona, że przy wypowiedzaniu pracownikom stosunków pracy w ramach grupowego zwolnienia nie

stosuje się art. 41 k.p. Przepis ten zakazuje rozwiązywania za wypowiedzeniem umowy o pracę w czasie choroby lub innej usprawiedliwionej nieobecności. W takiej sytuacji pracodawca musi jednak zastosować w to miejsce przepisy art. 5 ust. 2–4 ustawy. Zgodnie z nimi do czasu upływu okresu ochronnego przewidzianego przez k.p. pracodawca nie można wypowiedzieć pracownikowi stosunku pracy w ramach przeprowadzanych zwolnień grupowych. Zatem w praktyce zakres ochrony przed wypowiedzeniem umowy o pracę wynikający z wspomnianej ustawy, jak również z kodeksu pracy pozostaje taki sam. Pracodawca, przeprowadzając zwolnienia grupowe, nie może wręczyć wypowiedzenia definitywnego pracownikowi, który pozostaje niezdolny do pracy wskutek choroby trwającej krócej niż 3 miesiące (jeśli jego staż u pracodawcy jest krótszy niż 6 miesięcy) lub krócej niż przez łączny okres pobierania wynagrodzenia i zasiłku chorobowego oraz zasiłku rehabilitacyjnego przez początkowe 3 miesiące (jeśli u danego pracodawcy zatrudniony był dłużej niż 6 miesięcy).

Pomimo ochrony z tytułu choroby pracodawca ma jednak możliwość w ramach zwolnień grupowych złożyć pracownikowi w czasie zwolnienia lekarskiego wypowiedzenie zmieniające i zaproponować w ten sposób mniej korzystne warunki zatrudnienia. Przewiduje to art. 5 ust. 4 ustawy. ■

Aleksandra Minkowicz-Flanek

Przedruk z Dziennika Gazety Prawnej, 28 listopada 2012, nr 231

Na czas trwania szkolenia należy się specjalny urlop

Finansowanie podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracownika niemal zawsze leży w gestii pracodawcy

Zdobywanie wiedzy i umiejętności przez pracowników najczęściej odbywa się w drodze szkoleń. Ich inicjatorem może być zarówno firma, jak i sam podwładny. W tym pierwszym przypadku pracownik musi jednak wyrazić zgodę na szkolenie.

Prawo do wynagrodzenia

Szkolenia pracownicze mają na celu podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Pracownik może w takim przypadku skorzystać z ułatwień i przywilejów, które przewiduje kodeks pracy, takich jak urlop szkoleniowy albo zwolnienie z pracy na czas trwania zajęć. Co ważne, pracownik może uczestniczyć w szkoleniu również w czasie urlopu wychowawczego, pod warunkiem że nie wyłącza to możliwości sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Kodeks pracy przewiduje sześciodniowe urlopy dla przygotowujących się do egzaminów eksternistycznych, maturalnych i potwierdzających kwalifikacje zawodowe. W przypadku egzaminu dyplomowego po ukończeniu studiów wyższych – urlop ma wymiar 21 dni.

W innych przypadkach podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracownikowi przysługuje wyłącznie zwolnienie z pracy na czas trwania zajęć oraz na czas niezbędny, by na nie przybyć. Może ono obejmować cały dzień lub tylko jego część, w zależności od wymiaru szkolenia.

W obydwu przypadkach – urlopu szkoleniowego i zwolnienia z pracy – uczestnik szkolenia zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Natomiast jeżeli pracownik uczestniczy w szkoleniu, które nie stanowi podnoszenia kwalifikacji zawodowych, pracodawca może (ale nie musi) przyznać mu urlop bezpłatny albo zwolnienie z pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

Umowa na piśmie

Pracodawca może zawrzeć z pracownikiem umowę szkoleniową określającą wzajemne prawa i obowiązki stron. Jest ona podpisywana, gdy pracodawca zapewnia pracownikowi dodatkowe świadczenia w postaci np. opłat za kształcenie lub przejazdy, kosztów materiałów szkoleniowych lub zakwaterowania, a w zamian zobowiązuje uczestnika szkolenia do pozostawiania w zatrudnieniu przez pewien okres, wskazany w umowie.

Pracodawca, który płaci za świadczenia dodatkowe, może żądać zwrotu ich kosztów w szczególnych przypadkach określonych w k.p. (np. gdy pracownik nie podejmie szkolenia lub je przerwie albo gdy pracodawca rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia z winy pracownika). Żądanie to może zgłosić maksymalnie do 3 lat po ukończeniu szkolenia. W żadnym wypadku nie może jednak domagać się zwrotu wynagrodzenia wypłaconego pracownikowi w okresie szkolenia albo odpracowania czasu, w którym przysługiwało mu zwolnienie z całości lub części dnia pracy.

Środki z Funduszu

Pracodawca może również utworzyć zakładowy fundusz szkoleniowy przeznaczony na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców. Rozwiązanie takie przewiduje ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. W ramach funduszu pomiot zatrudniający może starać się o dofinansowanie szkoleń z Funduszu Pracy albo z funduszy Unii Europejskiej. Aby uzyskać refundację z FP, należy zawrzeć ze starostą umowę określającą wysokość refundacji oraz złożyć wniosek o zwrot kosztów szkolenia. Maksymalna wysokość dofinansowania na jedną osobę wynosi 50 proc. kosztów, z zastrzeżeniem że kwota ta nie może przekraczać wysokości przeciętnego wynagrodzenia (w przypadku osób w wieku 45 lat i powyżej przysługuje zwrot do 80 proc. kosztów, maksymalnie do wysokości 300 proc. przeciętnego wynagrodzenia). ■

Karolina Topolska
dgp@infor.pl



Rozważania nad Kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej

Zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym, dlatego istotne znaczenie ma znajomość aktów prawnych regulujących wykonywanie tejże praktyki. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek w polskim systemie prawnym określona jest m.in. w Ustawie o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych, pośrednio wynika też z Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej. Niezależnie od istniejących regulacji prawnych ma również odzwierciedlenie na gruncie Kodeksu Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej.

Kodeks składa się z:

1. części ogólnej – mówiącej o działalności zawodowej pielęgniarek, rozwoju osobistym oraz o samorządowych organizacjach zawodowych,
2. części szczegółowej – zawierającej powinności pielęgniarki wobec ludzi wymagających pomocy, w stosunku do praktyki zawodowej, do współpracowników oraz własnego zawodu.

Zmiany, które dokonują się w polskim życiu politycznym, społecznym i ekonomicznym, znajdują swoje odzwierciedlenie w zachowaniu i oczekiwaniach ludzi. Oczekiwania społeczeństwa wobec jakości świadczeń profilaktyczno-leczniczych stale rosną. Środki masowego przekazu nie zawsze obiektywnie i wiernie ukazują ciężką pracę pielęgniarek. Ludzie nie wierzą w deklaracje polityków, uczciwość instytucji i rzetelność urzędników, nie mają wreszcie zaufania do samych siebie. Czy w zawrotnym tempie naszego życia, wśród wielu trudności i przeszkód, jakie ono nam niesie pielęgniarki i położne powinny znaleźć czas na rozważania dotyczące Kodeksu Etyki Zawodowej?

Nie wystarczy wiedzieć, że nasz zawód ma swój kodeks etyki, za mało również, by od czasu do czasu przeczytać jego zapisy, trzeba go przyjąć jako osobisty drogowskaz i prezentować te zapisy swoją postawą. Niestety, kodeks nie mówi pielęgniarce, co powinna zrobić w konkretnej sytuacji. Korzystając z własnej wiedzy etycznej i umiejętności posłużenia się nią, musi sama podjąć odpowiednią decyzję. „Od pielęgniarki oczekuje się nie tylko poważnego i pogodnego spojrzenia na życie, ale i zinternalizowanych wartości i norm moralnych oraz poczucia odpowiedzialności za swoje postępowanie”. Pielęgniarstwo to nie tylko zawód, ale także powołanie, wymagające od jej przedstawicieli przyjęcia i prezentowania specyficznej postawy zawodowej. Coraz większe są oczekiwania i wymagania społeczeństwa odnoszące się zarówno do kompetencji, jak i postępowania zgodnego z normami etycznymi. Postępując zgodnie z normami zawodowymi w konkretnych sytuacjach, w istotny sposób wpływamy na kształtowanie opinii publicznej o zawodzie. Podstawowym celem etyki zawodowej jest sprzyjanie dobremu wykonywaniu zawodu, wzbudzanie zaufania społecznego, wzmacnianie poczucia obowiązku. „Pielęgniarstwo jako nauka humanistyczna umożliwia łączenie i integrowanie nauki z pięknem, sztuką, etyką i estetyką w pielęgniarskich procesach opiekuńczej troskliwości, która występuje w relacjach człowiek–człowiek. W rozwoju pielęgniarstwa jako nauki staje się więc konieczne stosowanie metod umożliwiających poznanie wewnętrznych doświadczeń człowieka, a nie tylko świata podlegającego obserwacjom zewnętrznym”. Nasz zawód szczególnie sprzyja własnemu rozwojowi, zarówno przez zdobywanie wiedzy o człowieku w kontakcie z innymi ludźmi, zwłaszcza cierpiącymi, poprzez obcowanie z ich słabością, strachem, często beznadziejnością, jak też przez ciągłe dokonywanie wyboru, który nieodłącznie towarzyszy każdemu naszemu działaniu. Świadomy wybór wartości, sposobu działania i postawy wobec cierpiących zapewniają dobre wykonywanie naszego zawodu. (...) Pielęgniarka powinna być przede wszystkim dobrym człowiekiem, który niezależnie od pełnionej roli społeczno-zawodowej i różnorodnych sytuacji w środowisku pracy będzie przejawiał i urzeczywistniał swoje człowieczeństwo”. Jeśli chcemy spodziewać się szacunku społecznego, to musimy wiedzieć i pamiętać o tym, że jest on zależny od wartości, jakie reprezentujemy, od zasad moralnych, jakie uznajemy w codziennej pracy. Pielęgniarstwo stanowi zawód szczególnie, być przy osobie, która walczy z chorobą, cierpieniem i niejednokrotnie traci nadzieję

na zwycięstwo, jest chyba jedną z najtrudniejszych umiejętności. Myślę, że każda z nas po ukończeniu nauki staje przed wyborem własnej drogi zawodowej. Chcemy być dobrymi pielęgniarkami, ale tylko być – to mało. Wstępując do zawodu, podejmujemy zobowiązania, by rzetelnie wykorzystać wiedzę, wzbogacać ją nieustannie oraz przestrzegać wartości i określonych zobowiązań moralnych. Nadrzędną wartością dla pielęgniarki powinien być przede wszystkim szacunek dla godności osoby ludzkiej. Potwierdzają to słowa Jana Pawła II, które warto traktować jako przesłanie dla naszego zawodu: „Každy ... byt ludzki posiada godność, która niezależnie od tego, że osoba istnieje zawsze w konkretnym kontekście społecznym i historycznym – nigdy nie może być umniejszawiana, okaleczana lub zniszczona, lecz przeciwnie powinna być uszanowana i chroniona (...) Wszelako zawsze i wszędzie człowiek jest zawsze człowiekiem w pełni swojego ludzkiego wymiaru”. Troska o zachowanie godności jest troską o własny poziom życia duchowego, moralnego i społecznego. Godząc w godność innej osoby, godzi się w godność samego siebie. Podstawowe cele i wartości zawodu pielęgniarki określa Kodeks Etyki Zawodowej, którego postanowienia i interpretacje stanowią wytyczne dla zachowań związanych z jego wykonywaniem. Podejmowanie decyzji etycznych wobec chorego i członków zespołu terapeutycznego zobowiązuje do znajomości zasad moralnych zawartych w etyce ogólnej i kodeksie etyki pielęgniarskiej. A zatem „Stawianie się pielęgniarką nie jest tylko sprawą nabycia określonych umiejętności i przyswajania form zachowania właściwych dla określonych sytuacji zawodowych. Jest także sprawą poznania przez nią wartości moralnych zawodu w taki sposób, który wywrze głęboki wpływ na jej intelekt, osobowość i styl życia”. Do szczególnie ważnych zasad etycznych w praktyce pielęgniarskiej zaliczyć należy: dobroć, niezależność, sprawiedliwość, prawdomówność, etykę troski. Są to zasady rządzące codzienną praktyką pracy z pacjentem. Nasza działalność zawodowa obejmuje cztery ważne aspekty, takie jak: promocja zdrowia, zapobieganie chorobie, przywracanie zdrowia, łagodzenie cierpienia. Realizujemy te powinności, pomimo wielu trudności i przeszkód, jakie niesie codzienne życie, przemęczenie, zbyt wielka liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę. Musimy pamiętać, że żyjemy w czasach, w których pomiędzy chorego człowieka a nas wkraczają super technologie. Najdoskonalsza aparatura nie zastąpi uśmiechu, uścisku dłoni, życzliwej rozmowy. „To, co wychodzi z naszych ust, jest pewnego rodzaju magią słowa” (ks. prof. Tischner). Przecież to pielęgniarki jako pierwsze nawiązują kontakt z pacjentem od chwili jego przyścia na oddział do czasu jego wypisania. „po prostu bycie z drugim człowiekiem, nie tylko stanie obok, ale autentyczne odbieranie na tych samych falach, by go zrozumieć”. Bardzo ważne, by między chorym a pielęgniarką nawiązała się nić wzajemnego zaufania. Każda z nas ma własną hierarchię wartości ukształtowaną przez wiele czynników, np. religię, kulturę czy doświadczenie życiowe. Chorzy również mają własne systemy wartości, które bardzo często różnią się od naszych. Dokonując jakiegokolwiek wyboru związanego z moim zawodem, zawsze staram się rozważyć nie tylko swój punkt widzenia, ale także sytuację chorego. Pracując na oddziale intensywnej terapii, nieraz na swojej drodze napotykam dylematy etyczne, czasem jest to pozornie błahy problem, a innym razem dokonanie właściwego wyboru wydaje się trudne, prawie niemożliwe. Często rodzą się pytania po skończonym dyżurze: Czy postąpiłam słusznie? Może powinnam zachować się inaczej? „Etyka jest jedna, sytuacji w życiu zawodowym i prywatnym bardzo wiele i w tej mnogości postaw, oczekiwań czy praw i sposobów

rożnych osób i grup społecznych nie może zatracić się zasadnicza idea zawodu medycznego, zawodu pielęgniarki i położnej; Dobro człowieka stanowi wartość najważniejszą”.

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej uchwalono na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych, który odbył się w Warszawie w dniach od 8 do 11 grudnia 2003r.

PRYZRZECZENIE

„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczysto przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należny szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.
2. Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.
3. Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.
4. Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.
5. Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.
6. Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.
7. Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniającej działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

I. Pielęgniarka/położna a pacjent

1. Pielęgniarka / położna pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do:
 1. udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,
 2. udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia,

3. udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.
2. We współpracy z pacjentem pielęgniarka / położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
3. Pielęgniarka / położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:
 1. respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
 2. realizować świadczenia pielęgniarskie za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować
 3. poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie.
4. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej.
5. Pielęgniarka/położna umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgniarskiego.
6. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.
7. Pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.
8. Położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu.
9. Pielęgniarka/położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.

II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka

1. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych.
2. Pielęgniarkę/położną nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta.
3. Pielęgniarka/położna ma prawo dostępu do informacji istotnych dla realizacji czynności zawodowych oraz związanych zarówno z bezpieczeństwem osobistym pielęgniarki, jak i bezpieczeństwem pacjenta.
4. Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów.
5. Przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej.
6. Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznanymi przez nią normami etycznymi.
7. Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do działalności na rzecz promocji zdrowia.
8. Pielęgniarka/położna zorientowawszy się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego.
9. Pielęgniarka/położna powinna uczestniczyć w działalności krajowych i międzynarodowych organizacji pielęgniarskich

skich/położniczych na rzecz ochrony zdrowia społeczeństwa, przysparzając tym samym prestiżu zawodowi.

10. Pielęgniarka/położna współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej.
11. Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie.
12. Pielęgniarka/położna powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie.
13. Pielęgniarka/położna powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu.
14. Pielęgniarka/położna chroniąc interesy zawodowe nie powinna współpracować z organizacjami mającymi cele sprzeczne z racjami zawodowymi i moralnymi.
15. Pielęgniarka/położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo -badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji.

III. Pielęgniarka/położna a samorząd pielęgniarek i położnych

1. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie.
2. Pielęgniarka/położna jest obowiązana do przestrzegania uchwał podjętych przez uprawnione organy samorządu zawodowego.
3. Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności zawodowej. Powinni oni dzielić się swoimi doświadczeniami i służyć sobie pomocą. Wzajemna ocena winna być sprawiedliwa, a krytykę należy formułować w sposób bezstronny, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej. W przypadku braku reakcji i powtarzających się błędów pielęgniarka/położna powinna poinformować właściwą Okręgową Radę za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

IV. Pielęgniarka/położna a współpracownicy

1. Pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności.
2. Pielęgniarka/położna nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.
3. Pielęgniarka/położna nauczająca zawodu powinna przekazywać słuchaczom także zasady etyki zawodowej, czuwając nad ich adaptacją zawodową.
4. Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna.
5. Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki/położne powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych.
6. Pielęgniarka/położna jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz za podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania.

V. Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa

1. Pielęgniarka/położna zgodnie ze swą wiedzą i kompetencjami powinna czynnie uczestniczyć w zwalczaniu przejawów patologii społecznej.
2. Pielęgniarka/położna powinna brać czynny udział w życiu społecznym i w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego, a także przeciwdziałać praktykom uznanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia.

VI. Przepisy końcowe

1. W przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/położna powinna postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w:
 1. ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej,
 2. orzecznictwie Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
 3. uchwałach organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem.
2. Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
3. Kodeks wchodzi w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. ■

Anna Kowalska

Choroba cywilizacyjna

1 „Choroby cywilizacyjne to choroby szeroko rozpowszechnione w społeczeństwie i będące jednocześnie skutkiem rozwoju cywilizacyjnego i zmiany stylu życia. Choroby te rozpowszechniły się w czasie intensywnego uprzemysławiania i urbanizacji wraz z poprawą warunków bytu, odżywiania i zmianami w życiu społecznym. Czynniki przyczyniające się do powstania chorób cywilizacyjnych to stałe napięcie układu nerwowego, intensywne życie psychiczne, stresy, siedzący tryb życia, niewłaściwe odżywianie, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, szkodliwe warunki pracy.”

Do chorób cywilizacyjnych zaliczamy:

- o Choroby sercowo naczyniowe:
 - Nadciśnienie tętnicze,
 - Stabilna choroba wieńcowa,
 - Zawał serca,
 - Miażdżyca,
- o Choroby układu oddechowego:
 - POCHP – Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc,
- o Otyłość,
- o Cukrzyca,
- o Nowotwory,
- o Osteoporoza,
- o Choroby przewodu pokarmowego,
 - Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy,
 - Choroba refluksowa przełyku.

Choroby cywilizacyjne powodują obniżenie jakości życia człowieka, wzrost nakładów finansowych na renty, leczenie czy niepełnosprawność, wzrost poziomu umieralności w społeczeństwie.

Szansą na wydłużenie życia i poprawę jego jakości byłaby profilaktyka skierowana na eliminację czynników ryzyka takich jak – palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia lipidowe oraz wzrost aktywności fizycznej czy stosowanie zasad zdrowego odżywiania.

Ze względu na niewielki rozmiar tej pracy chciałabym zwrócić uwagę na kilka tylko chorób–pląg XXI wieku.

W rozdziale 1.5.1 pisałam o otyłości.

- 2.1. Nadciśnienie tętnicze.
- 2.2. Miażdżyca.
- 2.3. Cukrzyca.
- 2.4. Próchnica.
- 2.5. Osteoporoza.

2.1 Nadciśnienie tętnicze

To trwałe podwyższenie ciśnienia tętniczego ponad normę uznawaną dla danej grupy wiekowej na skutek rozregulowanych mechanizmów homeostazy. Obecnie norma to ciśnienie tętnicze RR wynoszące 140/90 mmHg. Ciśnienie tętnicze ulega wahaniom zależnym od pracy serca. W trakcie wyrzutu krwi (skurczu) lewej komory jest najwyższe, a w trakcie rozkurczu lewej komory – najniższe (ciśnienie rozkurczowe). Nadciśnienie tętnicze rozpoznajemy, gdy w trzech pomiarach w ciągu kilku dni po odpowiednim przygotowaniu (kilku minutowy odpoczynek, pozycja siedząca) wartość RR wynosi 140/90 mmHg lub więcej. Pomiar RR jest jednym z podstawowych i najczęściej mierzonych parametrów klinicznych. Nie leczone nadciśnienie tętnicze powoduje groźne dla życia powikłania ze strony wielu układów jak:

- serce, krążenie – niewydolność wieńcowa, zawał mięśnia sercowego,
- układu nerwowego – udar mózgu: krwotoczny lub niedokrwienny,
- wzrok – uszkodzenie siatkówki, naczyńki, tarczy nerwu wzrokowego.
- niewydolność nerek z białkomoczem i mocznicą.

Wg badań NATPOL III PLUS na nadciśnienie tętnicze w 2002 roku chorowało 29% dorosłych Polaków, ok. 30% populacji ma wysokie, prawidłowe RR w badaniu.

Klasyfikacja zaawansowana nadciśnienia tętniczego HT:

- okres I – bez zmian narządowych,
- okres II – obecne zmiany narządowe (przerost lewej komory, zmiany na dnie oka I - go i II - go stopnia, białkomocz)
- okres III – obecne powikłania sercowo - naczyniowe (Choroba Niedokrwienna Serca, niewydolność serca, udar lub przejściowe niedokrwienie mózgu, niewydolność nerek, zmiany na dnie oka III - go i IV - go stopnia).

Im większy stopień nadciśnienia tym wyższe ryzyko wystąpienia chorób sercowo - naczyniowych zakończonych zgonem. Pierwszym działaniem związanym z normalizacją ciśnienia jest zmiana stylu życia. Czasami wystarcza wprowadzenie pewnych zmian w życiu pacjenta, aby ograniczyć stosowanie farmakologiczne do tylko jednego leku, a efekty będą również znaczące. Podstawowe działanie zmierzające do obniżenia RR to:

- redukcja masy ciała BMI poniżej 25,
- ograniczenie spożycia soli kuchennej do 6 g/24h,
- zwiększenie aktywności fizycznej (minimalne to 4 razy w tygodniu po 30 min.),
- rzucenie palenia tytoniu,
- ograniczenie picia alkoholu.

Leczenie farmakologiczne HT to:

- diuretyki,
- beta - adrenolityki,

- antagoniści wapnia,
- inhibitory konwertazy angiotensyny,
- antagoniści receptora A1 angiotensyny drugiej (sartany).

W nadciśnieniu I - go stopnia stosujemy jeden lek, w nadciśnieniu II - go i III - go stopnia dwa leki.

Najlepsze efekty przynosi stosowanie zasad zdrowego stylu życia. Oto jego składniki:

- o jadaj częściej, ale małe, urozmaicone porcje posiłków, najlepiej 5 – 6 w ciągu dnia,
- o komponuj jadłospis z żywności zarówno pochodzenia roślinnego jak i zwierzęcego,
- o spożywaj bogate w białko, wapń, produkty mleczne – twarogi, jogurty, kefir o obniżonej zawartości tłuszczu,
- o mięso spożywaj 3 – 4 razy tygodniowo, wybieraj chude gatunki, w pozostałe dni jedz ryby i rośliny strączkowe,
- o ograniczaj stosowanie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego na rzecz oleju roślinnego, oliwy z oliwek,
- o jako najbardziej polecane stosuj gotowane na parze, duszenie potraw,
- o korzystaj z warzyw sezonowych, w zimie sięgaj po mrożonki,
- o ogranicz spożywanie soli kuchennej, nie dosalaj potraw,
- o zamiast słodczy spożywaj więcej warzyw i owoców,
- o bądź aktywny ruchowo, wysiłek fizyczny pozwala unormować bilans energetyczny organizmu, powoduje normalizację zaburzeń hemodynamicznych, ustąpienie zmian narządowych (np. przerost lewej komory), zmniejszenie zapadalności na zawały i udary mózgu, przedłuża życie chorego i poprawia jego jakość.

Ponieważ leczenie ciśnienia tętniczego trwa całe życie, nie może się powieść, jeśli chory nie ma silnej dominacji. Wykazano, że stale trzeba podnosić motywację do leczenia hipotensyjnego. Można a to osiągnąć przez jasne przedstawienie celów i korzyści leczenia, wspólne podejmowanie decyzji co do wyboru leku hipotensyjnego, prosty sposób dawkowania, pomiary domowe ciśnienia krwi oraz przedstawienie ich podczas wizyty u lekarza.

Do rozwoju nadciśnienia dochodzi na skutek predyspozycji genetycznych i czynników środowiskowych. W ok. 95% nadciśnienie tętnicze ma charakter choroby pierwotnej, w 5% jest nadciśnieniem wtórnym wynikającym z choroby podstawowej. Do walki z nadciśnieniem powinny szczególnie przystąpić osoby z nadwagą i otyłe, u których występuje już prawidłowe wysokie ciśnienie krwi oraz osoby obciążone rodzinnie. Szczególnie predysponowane do choroby nadciśnieniowej są cukrzycy, gdyż istnieje niebezpieczeństwo nałożenia się powikłań naczyniowych.

Wyższe ciśnienie rozkurczowe o 30 mmHg to zwiększone ryzyko o 10 – 12 razy udaru mózgu, a choroby niedokrwiennej serca o 5 – 6 razy. Uświadomienie tych zależności osobie chorej i narażonej na wystąpienie nadciśnienia powinno wyjaśnić sposób zapobiegania postępowi choroby i jej powikłaniom.

2.2 Miażdżyca Atherosclerosis

Miażdżyca to choroba zwyrodnieniowa, prowadząca do stwardnienia tętnic. W wyniku zaburzeń gospodarki lipidowej dochodzi do zwężenia światła naczyń i odkładania się w nich cholesterolu. Powstawanie zmian miażdżycowych w tętnicach wynika z różnych powodów. Czynniki wewnętrzne usposabiające do miażdżycy to:

- skłonność dziedziczna (podwyższenie stężenia LDL we krwi),
- wiek, płeć (mężczyźni chorują częściej),
- czynność hormonalna (niedoczynność tarczycy, cukrzyca),

- zaburzenia układu nerwowego,
- zaburzenia w krzepnięciu krwi,
- zmiany w układzie krążenia (nadciśnienie tętnicze).

Czynniki zewnętrzne to:

- dieta bogata w tłuszcze nasycone, cholesterol i węglowodany,
- palenie tytoniu,
- mała aktywność fizyczna,
- stres.

Miażdżyca występuje wtedy, gdy:

- poziom cholesterolu – HDL u mężczyzn wzrasta powyżej 40mg/dl, a kobiet powyżej 50mg/dl,
- trójglicerydy rosną powyżej 150mg/dl,
- stężenie cholesterolu LDL rośnie powyżej 200mg/dl.

Do powstawania zwężeń w błonie wewnętrznej tętnic dochodzi na skutek rozrostu włókien łącznotkankowych (w wyniku odpowiedzi na drażnienie złoгами cholesterolu). Ściana naczynia staje się grubsza, bardziej zbita. Wewnątrz tworzą się kaszakowate masy tłuszczowe. W dalszym etapie dochodzi do pogłębienia zmian – zwapnienia tętnic, przyściennych zakrzepów. Ostatnim etapem jest zwężenie światła naczyń i jego zamknięcie. Dochodzi wtedy do niedokrwienia i niedotlenienia narządów zaopatrywanych przez zmienione miażdżycowo naczynia. Jeżeli proces dotyczy kończyn dolnych niedokrwienie powoduje ból chorej kończyny, niemożność normalnej aktywności, a w konsekwencji zgorzel i konieczność amputacji kończyny. Miażdżyca dużych naczyń powoduje tworzenie się zatorów i skrzeplin a te prowadzą do udarów mózgowych, zawału mięśnia sercowego.

Miażdżycę można leczyć farmakologicznie, dietetycznie i modyfikując nasze przyzwyczajenia. Zdrowa dieta powinna opierać się na pokarmach bogatych w błonnik pokarmowy, szczególnie polecane są pektyny, które zawarte są w otrębach, płatkach owsianych, jabłkach, czereśniach i marchwi. W diecie ograniczamy produkty pochodzenia zwierzęcego na rzecz tłuszczów roślinnych i rybich zawierających NNKT. W wyniku ich zastosowania wyrównują się proporcje między złym cholesterolem LDL i HDL – dobrym. Pewna ilość cholesterolu w diecie jest niezbędna, szkodliwy jest jego nadmiar.

W diecie przeciwmiażdżycowej nie powinno zabraknąć:

- zbóż nierafinowanych: ryż brązowy, orkisz, kasza jaglana, płatki owsiane,
- chleba żytniego lub orkiszowego,
- roślin strączkowych: soczewica, fasola, ciecierzycza, soja ekologiczna,
- oleji roślinnych: lnianego, rzepakowego, oliwy z oliwek,
- warzyw: por, kapusta włoska, szpinak, brokuły, brukselka, kalafior, pomidor, seler, buraki, rzodkiew, szparagi, marchew, dynia, cukinia,
- czosnku, cebuli,
- owoców sezonowych: jabłek, czarnych jagód, czarnych porzeczek, moreli, brzoskwiń, bananów,
- ryb – szczególnie morskich,
- chudego mięsa: indyka, królika, jagnięciny,
- jajek z chowu ekologicznego,
- w małych ilościach orzechów, grzybów,
- przypraw ziołowych takich jak: bazylika, liść laurowy, kardamon, majeranek, koper, estragon, imbir, chrzan, mięta,
- dozwolone jest wino wytrawne w małych ilościach.

Z płynów do picia polecam:

- herbatę Rooibos, zieloną, czerwoną, białą,
- wodę niskomineralizowaną,
- świeżo wyciskane soki warzywne.

Przeciwwskazane są:

- produkty solone fabrycznie: wędliny, chipsy, paluszki, orzeszki,
- mieszanki przypraw fabryczne w proszku i płynie,
- sztuczne dodatki do żywności: konserwanty, glutaminian sodu,
- cukier, słodycze, słodzone, gotowe soki,
- produkty pszenne: ciasta i makarony,
- potrawy smażone,
- potrawy o wysokiej zawartości cholesterolu i tłuszczów nasyconych: ser żółty, lody, czekolada, tłuste, czerwone mięso,
- wędliny, konserwy mięsne i rybne,
- używki: kawa, czarna herbata, piwo.

Jeśli chodzi o inne zalecenia to najważniejsze są dwa:

- zaprzestanie palenia tytoniu przez pacjenta,
- aktywność fizyczna.

Brak aktywności fizycznej to większe ryzyko choroby, a nawet śmierci, zaostrenie dolegliwości, wystąpienie powikłań. Zaleca się intensywny wysiłek aerobowy – wytrzymałościowy wraz z stosowaniem ćwiczeń ogólnousprawniających. Powinien on trwać aż do wystąpienia lekkiego zmęczenia czyli ok. 45min. Przez ok. 4 dni w tygodniu. Ćwiczenia fizyczne powinny być dobrane indywidualnie. Najbardziej dostępnym rodzajem aktywności, niewymagającym specjalnych przygotowań jest energiczny spacer. Polecany jest dla każdego. Inny rodzaj sportu, czy wysiłku wymaga konsultacji lekarskiej. Wysiłek fizyczny jest przeciwwskazany w sytuacjach zagrożenia życia i niestabilnej choroby układu krążenia. W życiu codziennym korzystne jest zastępowanie dotychczasowych nawyków – nowymi służącymi naszemu zdrowiu. Polecałabym: spacer zamiast siedzenia przed telewizorem, chodzenie po schodach zamiast jazdy windą, wyjście do pracy – pieszo, rowerem, a jeżeli zbyt duża odległość nie pozwala nam na to – przejście pieszo dłuższego niż zazwyczaj odcinka.

2.3 Cukrzyca Diabetes mellitus

Cukrzyca to zespół objawów o złożonej i różnorodnej etiologii. Podstawowe objawy cukrzycy to podwyższenie poziomu glukozy we krwi – hiperglikemia i cukromocz – występujący po przekroczeniu progu nerkowego – glukozuria.

Rozróżniamy dwa typy cukrzycy:

- zależna od insuliny - typu I - go,
- niezależna od insuliny - typu II - go.

Cukrzyca typu I - go dotyczy ludzi młodych, często dzieci. Jest następstwem braku wytwarzania przez trzustkę insuliny. Choroba występuje na skutek defektu genu genetycznego lub immunologicznego. Cukrzyca typu II - go ujawnia się u dorosłych – szczególnie u osób z nadwagą lub otyłych. U ludzi tych wydzielanie insuliny jest zaburzone – może być również prawidłowe, ale tkanki i komórki docelowe cechują się opornością na insulinę.

Objawy długotrwałej hiperglikemii to:

- wielomocz,
- wzmożone pragnienie,
- chudnięcie mimo dobrego apetytu,
- nudności, osłabienie,
- bóle brzucha, głowy, senność,
- gorsze gojenie się ran, świąd skóry.

Późne następstwa cukrzycy to:

- mikroangiopatia – zmiany w małych tętniczkach lub naczyniach włosowatych,
- makroangiopatia – zmiany miażdżycowe w dużych tętnicach np. mózgu, serca, kończyn dolnych,
- nefropatia cukrzycowa – dotyczy naczyń nerkowych,
- neuropatia cukrzycowa z zaburzeniami czucia.

Prawidłowy poziom glukozy na czczo to wartość poniżej 100mg/dl, nieprawidłowy zaczyna się od 100 – 125mg/dl. Ostre powikłania cukrzycy to hipoglikemia i hiperglikemia.

Hipoglikemia powstaje wtedy, gdy poziom cukru we krwi obniży się do 60mg/dl lub mniej. Występuje po przedawkowaniu insuliny, pominięciu posiłku lub po nadmiernym wysiłku fizycznym. Pojawiają się następujące objawy:

- drżenie rąk,
- lęk, uczucie głodu,
- potliwość,
- kołatanie serca,
- tachykardia.

W następnym etapie dochodzi do wystąpienia objawów neuroglikopenicznych: bólu głowy, osłabienia, splątania, drgawek, śpiączki.

W celu leczenia hipoglikemii pacjent przytomny powinien spożyć posiłek lub szybko uzupełnić poziom glukozy w organizmie np. zjadając cukierek lub wypijając osłodzony sok czy napój. Chory nieprzytomny powinien otrzymać roztwór glukozy dożylnie lub glukagon.

Objawy hiperglikemii:

- znacznie podwyższony poziom glikemii w organizmie,
- obecność cukru w moczu, zapach acetonu z ust,
- narastające pragnienie, skóra sucha,
- nudności, wymioty, senność aż do wystąpienia śpiączki ketonowej.

W leczeniu stanu hiperglikemicznego należy podać insulinę.

W leczeniu cukrzycy stosujemy farmakologię za pomocą doustnych leków przeciwcukrzycowych takich jak:

- pochodne sulfonilomocznika: Amaryl, Diaprel, Glibenese, Diabetol;
- pochodne biguanidów: Siofor, Metformax;
- inhibitory alfa glukozydazy;
- pochodne metaglinidu;
- pochodne tiazolidinodionów.

Podstawowe leczenie cukrzycy młodzieńczej to podawanie insuliny, w cukrzycy typu II - go jest ona podawana dodatkowo.

Często dochodzi również do wystąpienia cukrzycy u ciężarnych. Wskazana jest wtedy częstsza kontrola badań laboratoryjnych, niekiedy przejściowe podawanie insuliny, ale podstawowym leczeniem jest stosowanie diety przeciwcukrzycowej. Również u dorosłych stosujemy odpowiednie żywienie, redukcję masy ciała, rozsądnie dawkowany wysiłek fizyczny. Aby prawidłowo komponować rację pokarmową w cukrzycy zaleca się stosować pokarmy o niskim indeksie glikemicznym, ewentualnie niskoenergetyczne, gdy potrzebna jest redukcja masy ciała. Zalecenia te podobne będą jak w leczeniu otyłości.

2.4 Próchnica

Jest chorobą społeczną ściśle związaną ze spożywaniem oczyszczonego cukru. Próchnica zębów to demineralizacja i proteolityczny rozpad twardych tkanek zęba. Do jej powstania przyczyniają się bakterie, nieodpowiednia higiena jamy ustnej, złe odżywianie i predyspozycje rodzinne. Za ubytki próchnicze odpowiada powstała płytka nazębna. Gromadzi się ona w skutek spożywania pokarmów miękkich, oblepiających zęby, bogatych w cukry proste i braku usuwania mechanicznego powstałego nalotu i gromadzących się tam bakterii. Bakterie wytwarzają toksyny, te odpowiadają za powstały stan zapalny okolicznych tkanek i zębów. Regularne szczotkowanie zębów, czyszczenie przestrzeni międzyzębowych za pomocą nici dentystycznych usuwa płytkę nazębną, a wraz z nią bakterie i toksyny.

Inne przyczyny chorób zębów i dziąseł to:

- palenie papierosów,
- choroby układowe takie jak: cukrzyca, choroby tarczycy, przewodu pokarmowego,
- wady zgryzły, wady anatomiczne,
- nieprawidłowo wykonane wypełnienie zęba,
- źle wykonane protezy, korony protetyczne,
- zła dieta.

Właściwe odżywianie może zapobiegać tworzeniu się zmian próchnicznych i utracie uzębienia. Nie leczone zęby to ryzyko groźnych chorób ogólnoustrojowych. Zapobieganie próchnicy to stosowanie past z fluorem, leczenie ubytków powierzchniowych, stosowanie środków do płukania jamy ustnej. Wśród pokarmów zapobiegających próchnicy należy wymienić mleko i produkty mleczne pełnotłuste najlepiej nieprzetworzone, nie-pasteryzowane, pozyskane od zwierząt z naturalnego chowu, przebywających na świeżym powietrzu. Mleko i masło tak uzyskane jest bogate w witaminy i składniki mineralne. Polecany jest również chleb żytni pełnoziarnisty, na zakwasie, pokarmy bogate w warzywa i owoce – najlepiej surowe, wymagające gryzienia i przeżuwania. Korzystne jest również spożywanie ryb, owoców morza, jaj i mięsa zwierząt z ekologicznych hodowli – wolny wybieg. Dlatego też w społecznościach żyjących z dala od cywilizacji próchnica zębów to rzadkość. Bardzo ważne jest zapobieganie próchnicy u niemowląt, wydaje się, że najbardziej rozsądne i korzystne będzie żywienie naturalne mlekiem matki do końca pierwszego roku życia, a włączanie innych pokarmów – dopiero od 8 – 9 miesiąca życia przez podawanie ich za pomocą łyżeczki. Pokarmy, których należy unikać to:

- cukier rafinowany,
- mąka pszenna i potrawy z niej wykonane,
- potrawy z fast foodów,
- potrawy zawierające sztuczne substancje smakowe, barwniki, konserwanty itp.
- ryby ze sztucznej hodowli,
- alkohol i papierosy.

2.5 Osteoporoza

Osteoporoza należy do najczęstszych schorzeń współczesnego społeczeństwa. W USA choruje na nią 10mln kobiet i mężczyzn po 50 roku życia, a dalsze 33, 6mln jest zagrożone z powodu niskiej masy kości. Po 50 roku życia osteoporozę stwierdza się u co 3 kobiety i u co 8 mężczyzn. Osteoporoza nie rozpoznana i nie leczona prowadzi do złamań. Życiowe ryzyko złamania osteoporotycznego u kobiety 50 - letniej wynosi aż 49%. Częstość osteoporozy wzrasta wraz z wiekiem, zatem wydłużenie średniej długości życia człowieka prowadzi nieuchronnie do wzrostu częstości osteoporozy i liczby złamań. Wczesne rozpoznawanie i leczenie osteoporozy jest w związku z tym bardzo istotne tak z medycznego, jak i społecznego punktu widzenia.

W wyniku osteoporozy kości stają się porowate, wyglądem przypominają gąbkę. Przez całe życie człowieka tkanka kostna zmienia się. W okresie dzieciństwa dominuje budowa tkanki kostnej – kości rosną. Lata między 35 a 45 rokiem życia są okresem równowagi między budową a utratą masy kostnej. Po 45 roku życia masa i gęstość kości powoli, ale nieustannie maleje. Pierwsze objawy osteoporozy to zwykle bóle kości i stawów – najczęściej pleców, zwłaszcza kręgosłupa lędźwiowego. Kolejnym objawem jest obniżenie się wzrostu – pojawienie się tzw. „wdowiego garbu”. Najbardziej dotkliwym są złamania kości, najpierw przedramienia, później trzonów kręgow, a zwłaszcza szyjki kości udowej. Sygnały ostrzegawcze to obniżenie się wzrostu poniżej 3cm w porównaniu z młodością. Gdy wzrost obniży się 3 – 5cm świadczy to o istniejącej groźbie złamań. Dalsze obniżenie 5 – 10cm to już



ciężka osteoporoza, gdyż grozi złamaniem biodra.

Osteoporozie można zapobiegać poprzez:

- racjonalne odżywianie, czyli 5 niewielkich posiłków zawierających owoce, warzywa, nabiał, małą zawartość tłuszczu zwierzęcych, dostateczną ilość wapnia i witaminy D3,
- utrzymanie prawidłowej masy ciała, a gdy doszło do wystąpienia otyłości odchudzanie i stosowanie diety,
- codzienną gimnastykę, czyli wykonywanie odpowiednio dobranych ćwiczeń jako zastrzyk energii i tlenu,
- fizykoterapię: zabiegi ciepłe, masaże klasyczne, gimnastyka w basenie,
- zażywanie preparatów wspomagających, homeopatię.

Międzynarodowa Fundacja Osteoporozy zaleca pacjentom następujące postępowanie:

Pomyśl o zapobieganiu upadkom. Utrzymuj porządek na podłodze i korytarzu, zwracaj uwagę na śliskie powierzchnie i nierówne chodniki. Noś obuwie z gumową podeszwą.

Istotnym elementem profilaktyki będzie dbanie o utrzymanie prawidłowej postawy ciała, szczególnie przy podnoszeniu ciężarów i równomierne obciążanie stawów, spanie na materacu rehabilitacyjnym. Bardzo ważne dla naszego zdrowia będzie wczesne leczenie infekcji bakteryjnych i wirusowych, zmian próchnicznych.

Najbardziej precyzyjnym badaniem w osteoporozie jest densytometria odcinka lędźwiowego kręgosłupa za pomocą promieni rentgenowskich, która jest badaniem krótkotrwałym i niebolesnym.

Gdy już dojdzie do wystąpienia osteoporozy należy zatrzymać proces odwapniania kości poprzez: u kobiet – wprowadzanie hormonalnej terapii zastępczej, podawanie preparatów wapnia, witaminy D3, hormonu kalcytoniny, która reguluje metabolizm wapnia i hamuje utratę masy kostnej. Należy dobrać w porozumieniu z lekarzem odpowiednie leki, a po roku wykonać badania kontrolne. Ciekawostką w leczeniu osteoporozy może być stosowanie prażonych, zmielonych skorupki kurzych jaj bogatych w związki wapnia z receptury Michała Tombaka. ■

Ewa Michalak - Nowicka

Uzależnienia, ich przyczyny i rodzaje.

Uzależnienie jest to silna, nabyta potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania konkretnych środków. Potocznie definicja ta odnosiła się do narkotyków, alkoholu lub leków. Jednak w dzisiejszych czasach termin ten rozszerzył swoje znaczenie. Może dotyczyć również hazardu, gier komputerowych, internetu, zakupów, seksu, środków masowego przekazu (mass mediów) lub słodyczy. Według Światowej Organizacji Zdrowia (proponycja z 1969 r.) **uzależnienie - od substancji psychoaktywnej (alkohol, niektóre leki, narkotyki)**, to stan psychiczny i fizyczny, wynikający ze współdziałania żywego organizmu i tej substancji. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu i innymi następstwami, w tym zawsze przymusem (trudną do odparcia chęcią) ciągłego lub okresowego używania tej substancji, po to aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub aby uniknąć objawów wynikających z jej braku (złego samopoczucia, dyskomfortu).

Zmiana tolerancji może, ale nie musi towarzyszyć temu zjawisku. Człowiek może uzależnić się równolegle od kilku różnych substancji psychoaktywnych (spożywanych, wdychanych czy przyjmowanych w formie iniekcji).

Z medycznego punktu widzenia mówi się, że uzależnienie rozpatruje się jako zachwianie równowagi pomiędzy dwoma układami neuroprzebieżkowymi – układem nagrody, za który odpowiedzialny jest w mózgu układ dopaminergiczny i układ kary, za który odpowiedzialny jest układ serotonergiczny.

Ogólna zasada działania: pożądanie - działanie – spełnienie.

- przymus działania uruchomiony zostaje przez bodziec wywołujący:
niski poziom glukozy => głód
ładne nogi => pożądanie,
złożone potrzeby wynikające z modelu świata, np. potrzeba zrozumienia, spójnej teorii świata;
- przyjemność z działania zgodnego z przymusem => rytuały, przygotowania, zaloty;
- zadowolenie, spełnienie - dopaminowy układ nagrody wzmacnia aktywność brzuszno-przyśrodkowej kory przedczołowej.

Uzależnienia możemy podzielić na:

Uzależnienie psychiczne polega na potrzebie częstego lub stałego przyjmowania substancji psychoaktywnej czy wykonywania określonej czynności (zachowania), celem powtórzenia poprzednich przeżyć związanych z przyjęciem substancji lub z daną czynnością (zachowaniem).

Uzależnienie fizyczne to silna potrzeba zażywania substancji psychoaktywnej, wynikająca z biologicznej adaptacji organizmu wobec substancji psychoaktywnej, bez której organizm nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować. Przerwanie lub ograniczanie podawania tej substancji pociąga za sobą występowanie zaburzeń czynności ustroju, określanymi mianem abstynencji (zespołu odstawienia).

Uzależnienie społeczne, wiąże się najczęściej z zażywaniem substancji psychoaktywnych pod wpływem panującej „mody”, pod naciskiem grupy ludzi podobnych do siebie, w kręgach młodzieży z tzw. subkultur. Istotną rolę odgrywa tu bardzo silne uzależnienie od grupy, co pociąga za sobą bezwzględne respektowanie panujących w niej zasad i obyczajów. Ponadto osoba uzależniona, w miarę pogłębiania się choroby rezygnuje z ważnych dla siebie wcześniej aktywności, wypada z ról społecznych (utrata pracy, usunięcie ze szkoły, konflikty w rodzinie, zanik zainteresowań, zawężenie kontaktów do grupy przyjmującej substancje psychoaktywne).

Tolerancja jest to stan, w którym powtarzanie tej samej dawki alkoholu daje coraz słabszą reakcję, a dla uzyskania tego samego efektu działania konieczne jest zwiększenie dawki.

Przyczyny uzależnień

***POZIOM MAKROSTRUKTURALNY** -dezintegracja systemu humanistycznych wartości społecznych.

* Współczesne trendy kulturowe i ekonomiczne

- Motywacja zysku
- Wydajność ekonomiczna jako czynnik wiodący w życiu ludzi
- Wzorce kultury masowej



- K - konkurencja i odpalanie słabszych
- O - organizacja przestępczego podziemia
- N - nastawienie na finansowy zysk
- S - system wymuszający rywalizację
- U - ubogie duchowo wzorce kultury masowej
- M - modele podkultury młodzieżowej
- P - promowanie substancji psychoaktywnych
- C - „czas to pieniąż”, pracoholizm
- J - jednowymiarowy obraz sukcesu życiowego
- A - audiowizualne przekazy

POZIOM MIKROSTRUKTURALNY – dezintegracja systemu więzi społecznych (alienacja)

- Środowisko sąsiedzkie – anonimowe społeczeństwo masowe
- Środowisko rówieśnicze
- Środowisko szkolne
 - Główny nacisk na kształcenie intelektualne w oderwaniu od rozwoju emocjonalnego
 - Wywieranie presji emocjonalnej na uczniów
 - Miernikiem wartości ucznia są oceny
 - Mobbing
- Środowisko pracy
 - A - arbitralne narzucanie wzorców
 - L - luźny charakter więzi
 - I - izolacja społeczna
 - E - edukacja i kształcenie intelektu , a nie uczuć i duszy
 - N - niewielki udział ludzi dorosłych w przełomowych momentach inicjacji do ról społecznych
 - A - ambiwalentne postawy liderów
 - C - całkowity niemal zanik konstruktywnych rytuałów
 - J - jakościowa zmiana charakteru relacji społecznych
 - A - anormalne modele kultury masowej

POZIOM RODZINNY - dezintegracja więzi rodzinnych (dysfunkcja rodziny)- uzależnienia w pokoleniu dziadków i rodziców

- przemoc, zaniedbania, rozwody, porzucenia
- trauma, urazy, choroby somatyczne i psychiczne
- wadliwe kompetencje wychowawcze
- traktowanie dziecka nieadekwatnie do jego wieku:
 - > nadmierne wymagania, tresura
 - > niedostatek wymagań i wymagania niejasne
 - > wymagania rozbieżne i niekonsekwentne
- nieumiejętne korzystanie z władzy rodzicielskiej
- > syndrom wyuczonej bezradności
- brak umiejętności posługiwania się systemem nagród i kar
- **POZIOM INDYWIDUALNY** – dezintegracja „ja” (osobowość niedojrzała)
- * Niedojrzałość emocjonalna
 - brak wglądu we własne uczucia
 - zachwianie poczucia bezpieczeństwa
 - nieadekwatny obraz własnej osoby
 - dominacja uczuć i emocji takich jak żal, złość, poczucie winy, wstyd, strach, lęk
 - niedorozwój uczuć i postaw użytecznych przy budowaniu relacji społecznych
- * Niska samoocena
 - świadome antycypowanie porażek – bolesne przeżywanie sytuacji, w których osiąga sukces
- * Brak odporności na stres i cierpienie
 - syndrom wstrząsu pourazowego
- * Negatywne przekonania na swój temat
- * Niedostatek umiejętności interpersonalnych

Uzależnienie od alkoholu i nikotyny zostało wpisane na listę społecznych problemów i nie budzi już żadnych większych emocji. Natomiast uzależnienie od narkotyków kojarzy się przeważnie z zabójczym wirusem HIV, strzykawką i agresywnym jej właścicielem. Takie stereotypy powodują wrogość społeczeństwa do osób uzależnionych i wywołuje to izolację rodziny osób uzależnionych. Dzieci wstydzą się, że ich rodzice piją, rodzice ukrywają uzależnienia dzieci od narkotyków w obawie „oto co ludzie powiedzą”, o to, że odrzuci ich środowisko szkolne itp.itd. Nim rodzina dotrze do specjalisty, który może pomóc osobie uzależnionej mija zbyt długo czasu, a czas działa na niekorzyść uzależnionego!!

Wszelkie uzależnienie należy postrzegać w kategoriach procesu, który obejmuje szereg zmian w zachowaniu, myśleniu. Długotrwałe stosowanie narkotyku, powoduje, że organizm ludzki przyzwyczaja się do jego obecności. Dlatego też osoba uzależniona musi zwiększyć dawkę lub zażyć inną substancję aby uzyskać oczekiwany efekt. Bardzo ważne jest też to, że postępujące uzależnienie eliminuje doznania, które towarzyszyły przy pierwszym kontakcie z narkotykiem. Jest ich coraz mniej i są coraz słabsze trwające krócej. Dlatego narkoman wybiera inny rodzaj środków odurzających, które pozwoliłyby mu przedłużyć stan przyjemności. W ten sposób uzależnia się jeszcze bardziej.

Pierwsze kontakty z substancjami psychoaktywnymi zaczynają się zazwyczaj w okresie dorastania. Zachowanie nastolatka bywa wtedy nieprzewidywalne, jest radykalny w swoich opiniach i sposobie ich wyrażania, poszukuje odpowiedzi na podstawowe pytania, chce być akceptowany w grupie, walczy o swoją niezależność, wytyka rodzicom ich błędy i stara się żyć po swojemu. Właśnie w tym okresie często pojawia się kryzys tożsamości. Aby odpowiedzieć na pytanie, kim jestem i gdzie jest moje miejsce, młody człowiek poszukuje punktów odniesienia i stałych wartości, które oprą się jego przesadnemu idealizmowi i krytycyzmowi.

Młody człowiek zaczyna się izolować, jest apatyczny, nie podejmuje żadnych konstruktywnych aktywności. Potrafi całymi godzinami przesiadzieć zamknięty w pokoju. Traci wszelką chęć do nauki i spotykania się z rówieśnikami. Nie chce rozmawiać o swoich znajomych, sposobach spędzania czasu. Nie przynosi reszty ze sklepu. „Gubi” drobne kwoty, a na koniec zastawia własne lub cudze przedmioty!!!! W początkowej fazie kontaktu z narkotykami opisane zachowania mogą być bardziej subtelne i sporadyczne, jednak czasem ich intensywność i częstotliwość wzrasta korelując z kolejnymi fazami uzależnienia.

Narkotyki zaburzają przede wszystkim emocjonalny rozwój osoby, powodując wyraźne deficyty w tej sferze funkcjonowania, dlatego osoba zaczynająca eksperymentowanie z narkotykami staje się bardziej wybuchowa, drażliwa, pełna pretensji, arogancka, zamknięta w sobie, przewrażliwiona na własnym punkcie, samolubna, izolująca się, apatyczna, wiecznie znudzona, roztargniona, prezentuje nagłe zmiany nastroju nieadekwatne do sytuacji, np. śmieje się, gdy wszyscy rozmawiają o poważnych sprawach, zaczyna unikać rodzinnych spotkań, nie pamięta o uroczystościach rodzinnych, częściej wychodzi z domu i przebywa z rówieśnikami, nie wypełnia swoich obowiązków, łamie reguły obowiązujące w domu, nie przyprowadza znajomych do domu, wraca zbyt późno znajdując naiwne usprawiedliwienia, zaczyna kłamać, unika chodzenia do szkoły i odrabiania lekcji, ma wyraźnie gorsze oceny, staje się opryskliwa wobec nauczycieli, wchodzi w konflikty z kolegami w klasie, zaczyna opowiadać rodzicom o tym, jakie problemy z narkotykami mają jego rówieśnicy, często np. używa twierdzenia, że wszyscy palą białe (marihu-



ana), a imprezy bez narkotyków należą do rzadkości, zmienia środowisko, zaczyna mówić slangiem, zmienia sposób ubierania się, przeklina, traci zainteresowanie sportem i ulubionymi zajęciami, sprawia wrażenie obojętnego, nie działają na niego kary i nagrody, przestaje mu zależeć na opinii i aprobach rodziców, nie potrafi powiedzieć, jakie są jego plany i spreycyzować własnych dążeń, odrabianie lekcji odbywa się zazwyczaj pod przymusem i przeciąga się w nieskończoność, odbiera dziwne telefony od dziwnych kolegów, zaczyna być agresywny i nieobliczalny, zmieniają się jego nawyki żywieniowe, okresy nic nie jedzenia i chudnięcia przeplatane są wyraźnym przyływem apetytu, bywa, że traci zainteresowanie jedzeniem i gwałtownie chudnie, przepada za słodyczami, wysypuje do herbaty duże ilości cukru, bardzo dużo i często pije - chodzi z butelką coli lub innego napoju, ma problemy z zasypianiem, chodzi spać bardzo późno i gdyby mógł spałby do południa, często wraca z imprezy pod wpływem alkoholu, w jego pokoju można znaleźć paczki po papierosach, choć nigdy nie palił, miewa przygodne kontakty seksualne, traci zainteresowanie wiarą, niechętnie rozmawia o religii, słucha głośno muzyki, staje się fanem hip hop, muzyki techno, house, trash, często wychodzi na koncerty.

Jak pomóc osobie uzależnionej?

Pierwsze to edukacja. Wiadomo, że rzetelna wiedza jest czynnikiem nieodzownym, jednym z najpotężniejszych narzędzi, które można użyć w procesie zdrowienia. Cała rodzina musi uświadomić sobie, czym jest uzależnienie, poznać jego mechanizmy i dynamikę, widzieć je w kategoriach pewnego procesu, z dającym się przewidzieć przebiegiem i skutkami, czyli, inaczej mówiąc, uzależnienie jest chorobą chroniczną, przewlekłą i nie leczone prowadzi do śmierci. Z wyjątkiem skutku śmiertelnego, powyższa charakterystyka dotyczy także współuzależnienia. Warto też, uświadomić rodzicom, że nie są w stanie poradzić sobie sami.

Absolutnie konieczna jest specjalistyczna pomoc, najlepiej w grupie osób z takimi samymi problemami, także przeżywającymi dramat posiadania uzależnionego dziecka. ■

Marzena Kala

Informacje



UWAGA!

PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PROWADZONYM PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE

Koleżanki i Koledzy!

Przypominamy wszystkim Członkom Samorządu o obowiązku aktualizacji w rejestrze swoich danych osobowych, tj. :

- zmiany nazwiska celem wpisania do dokumentu (do biura

okręgowej izby należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu wraz z odpisem skróconego aktu małżeństwa),

- zmiany adresu zamieszkania celem uzupełnienia zmian w rejestrze,
- zmiany miejsca pracy celem uzupełnienia zmian w rejestrze,
- ukończonego kształcenia podyplomowego: szkolenia, kursy, specjalizacje, studia, itp. (do biura okręgowej izby należy dostarczyć dyplom ukończenia ww form kształcenia, uzyskania stopni i tytułów naukowych, a w przypadku specjalizacji dostarczyć dyplom specjalisty i oryginał prawa wykonywania zawodu).

Ponadto aktualizacji danych wymagają:

- zniszczenie lub zagubienie prawa wykonywania zawodu
- zaprzestanie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
- przebywanie na bezrobociu,
- przejście na emeryturę lub rentę.

Z uwagi na zapis art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej- pielęgniarki i położne wpisane do rejestru, o których mowa w art. 43 ust.1 są zobowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście w siedzibie izby w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu /IV piętro, pokój 405 / lub poprzez wypełnienie **Arkusza aktualizacyjnego danych osobowych** (do pobrania na stronie www.ojip.czyst.pl) i przesłaniu go na adres:

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE, UL. PUŁASKIEGO 25, 42-200 CZĘSTOCHOWA

W razie wątpliwości prosimy o kontakt z biurem OIPIP w Częstochowie pod numerem telefonu 34 324 51 12, 503 008 946

INFORMACJA DLA OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA LUB O POMOC FINANSOWĄ W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH.

Aktualizacja danych w Rejestrze oraz regularne opłacanie składek członkowskich jest warunkiem rozpatrzenia wniosków.

Prosimy aktualizować swoje dane w Rejestrze prowadzonym przez ORPIP w Częstochowie!!!

INFORMACJE O PŁACENIU SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Obowiązek opłacania składek w określonej wysokości mają wszystkie pielęgniarki i położne, które posiadają prawo wykonywania zawodu i są wpisane na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



Składki członkowskie przekazuje się na konto Okręgowej Izby do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Dopuszcza się opłacanie składek członkowskich „z góry” za okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

**Obwieszczenie
Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego
z dnia 18 stycznia 2013 r.
w sprawie przeciętnego miesięcznego
wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw
bez wypłat nagród z zysku
w czwartym kwartale 2012 r.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 17 lipca 1998 r. o pożyczkach i kredytach studenckich (Dz. U. Nr 108, poz. 685, z późn. zm.¹⁾) ogłasza się, że **przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2012 r.** wyniosło 3875,35 zł.

**Wyciąg z uchwały Nr 19,
VI Krajowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 grudnia 2011 r.**

Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

- 1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.
- 2) 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
- 3) 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

Składka na rok 2013 wynosi 38,75 zł

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- 2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- 3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu.

Składki należy wpłacać na konto :
MILLENIUM BANK 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101 ■

Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy !

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

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

Pojęcie „norma moralna” oznacza :

- A. system zakazów,
- B. system wartości materialnych,
- C. element systemu etycznego i moralności ,
- D. system nakazów.

Zadanie 2.

Kodeks etyki zawodowej jest to :

- A. zbiór zakazów obowiązujących członków jednej grupy zawodowej,
- B. system nakazów dotyczących przedstawicieli określonej profesji,
- C. zakres odpowiedzialności pracowników jednego zakładu,
- D. zapisany zespół norm etyki zawodowej.

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

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

**NOWOŚĆ!!!
PAPIER DO DRUKAREK
W FORMACIE RECEPT LEKARSKICH
- CZYSTY**

**OFERUJEMY REKUSY* DO DRUKAREK LASEROWYCH
(CZyste i z nadrukiem) i DO DRUKAREK IGŁOWYCH**

**(WZÓR OBOWIĄZUJĄCY OD STYCZNIA 2013)*



Zadanie 3.

Odpowiedzialność zawodową ponoszą pielęgniarki i położne przed :

- A. sądem Pracy,
- B. sądem Powszechnym,
- C. organami samorządu pielęgniarek i położnych (sądami pielęgniarek i położnych),
- D. kierownictwem zakładu.

Zadanie 4.

Do uciskania klatki piersiowej ręce układamy :

- A. na środku mostka,
- B. na dolnym końcu mostka,
- C. na środku klatki piersiowej,
- D. na lewo od środka mostka nad sercem.

Zadanie 5.

Objawem subiektywnym choroby nie jest :

- A. ból,
- B. nudności,
- C. mroczone przed oczami,
- D. zgaga.

Zadanie 6.

Oznaczając BMI można określić ilość tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka.

Pierwszy stopień otyłości rozpoznasz , gdy BMI wynosi :

- A. 20-25,
- B. 25-30,
- C. 30-35,
- D. 35-40.

Zadanie 7.

Kacheksja jest to :

- A. odwodnienie organizmu na skutek niechęci do przyjmowania posiłków,
- B. niewydolność komórek wątrobowych (hepatocytów),
- C. wyniszczenie nowotworowe,
- D. stan napięcia mięśniowego.

Zadanie 8.

Objawy nadczynności tarczycy to :

- A. sucha skóra, łuszcząca się, ocieplona, chudnięcie, skąpe miesiączki,
- B. wilgotna skóra, szorstka, o ciężałość fizyczna, brak koncentracji,
- C. sucha skóra, szorstka, zimna, łuszcząca się, obrzęki na twarzy,
- D. wilgotna skóra, szorstka, ciepła, wzmożony apetyt, drżenie rąk.

Zadanie 9.

„Promocja zdrowia” to termin rozumiany najczęściej jako :

- A. leczenie chorych, ratowanie ich życia, zdrowia,
- B. ochrona życia przez regulacje prawne,
- C. zapobieganie chorobom,
- D. tworzeni, doskonalenie, podnoszenie na wyższy poziom zdrowia.

Zadanie 10.

Dobowe zapotrzebowanie na białko u osób w wieku podeszłym wynosi :

- A. 0,8 g,
- B. 1,0 g,
- C. 1,2-1,5 g,
- D. 2 g.

WARSZAWSKIE DNI NAUKI O ŻYWIENIU CZŁOWIEKA
Zakład Żywienia Człowieka Warszawski Uniwersytet Medyczny

ŻYWIENIE A ZDROWIE KOBIETY

Warszawa, 16-17 kwietnia 2013 r.

Serdecznie zapraszamy w imieniu komitetu organizacyjnego i naukowego na konferencję **V Warszawskie Dni Nauki o Żywieniu Człowieka** organizowaną przez Zakład Żywienia Człowieka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która odbędzie się 16-17 kwietnia 2013 r. w Warszawie, w Centrum Dydaktycznym WUM (aula A).

ZAKŁAD ŻYWIENIA CZŁOWIEKA

ul. E. Ciołka 27

01-445 Warszawa

tel/fax: 022-836-09-13

adres e-mail: zcc@wum.edu.pl

RAMOWY PROGRAM KONFERENCJI

16 kwietnia 2013

Konferencja Naukowa

9.00-10.00	Rejestracja uczestników
10.00	Otwarcie Konferencji
10.10-12.40	Wykłady na zaproszenie
12.40-13.10	Dyskusja
13.10-13.40	Przerwa kawowa
13.40-13.50	Podsumowanie sesji plakatowej
13.50-15.20	Wykłady na zaproszenie
15.20-15.50	Dyskusja
15.50	Zakończenie konferencji

17 kwietnia 2013

Konferencja Studencka

9.00-10.00	Rejestracja uczestników
10.00	Przywitanie Przedstawicieli Kół Studenckich przez Kierownika Zakładu Żywienia Człowieka dr hab. Zdzisława Wójcika
10.10-11.30	Wykład plenarny
11.30-13.00	Sesja naukowa Studenckich Kół Naukowych cz. I



13.00-13.30	Podsumowanie sesji plakatowej Przerwa
13.30-14.30	Sesja naukowa Studenckich Kół Naukowych cz. II
14.15-14.45	Dyskusja Rozstrzygnięcie Quizu Żywniowego
14.45	Zakończenie Konferencji Studenckiej

REJESTRACJA:

udział bierny:

konferencja naukowa 16.04.2013:

drogą elektroniczną do dnia 01.04.2013 na adres:
konferencjazzcz@wum.edu.pl

konferencja studencka 17.04.2013:

drogą elektroniczną do dnia 01.04.2013 na adres:
konferencjawdnozc@gmail.com

udział czynny - sesja plakatowa:

konferencja naukowa 16.04.2013:

drogą elektroniczną do dnia 01.03.2013 na adres:
konferencjazzcz@wum.edu.pl

konferencja studencka 17.04.2013:

drogą elektroniczną do dnia 01.04.2013 na adres:
konferencjawdnozc@gmail.com ■

UDZIAŁ JEST BEZPŁATNY

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

*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
Czasami brak łez by wypłakać żal...*

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

**Męża
Pani Anny Dygudaj**

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



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

Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

**Męża Andrzeja
Koleżance Ani Dygudaj**

składają
Pielęgniarki i Położne
z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Częstochowie.

GODZINY PRACY BIURA OIPI

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

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

**Spotkanie pielęgniarek/położnych naczelnych oraz pielęgniarek/położnych oddziałowych z Konsultantem Krajowym i Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.
Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach 12 grudnia 2012 rok**



**Egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie - dnia 3 grudnia 2012 roku**



Grudniowe posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie - 11 grudnia 2012 roku.



Spotkanie wigilijne z kadrami kierowniczą i pracownikami

Stowarzyszenia
Opieki Hospicyjnej
Ziemi Częstochowskiej



19 grudnia
2012 roku

