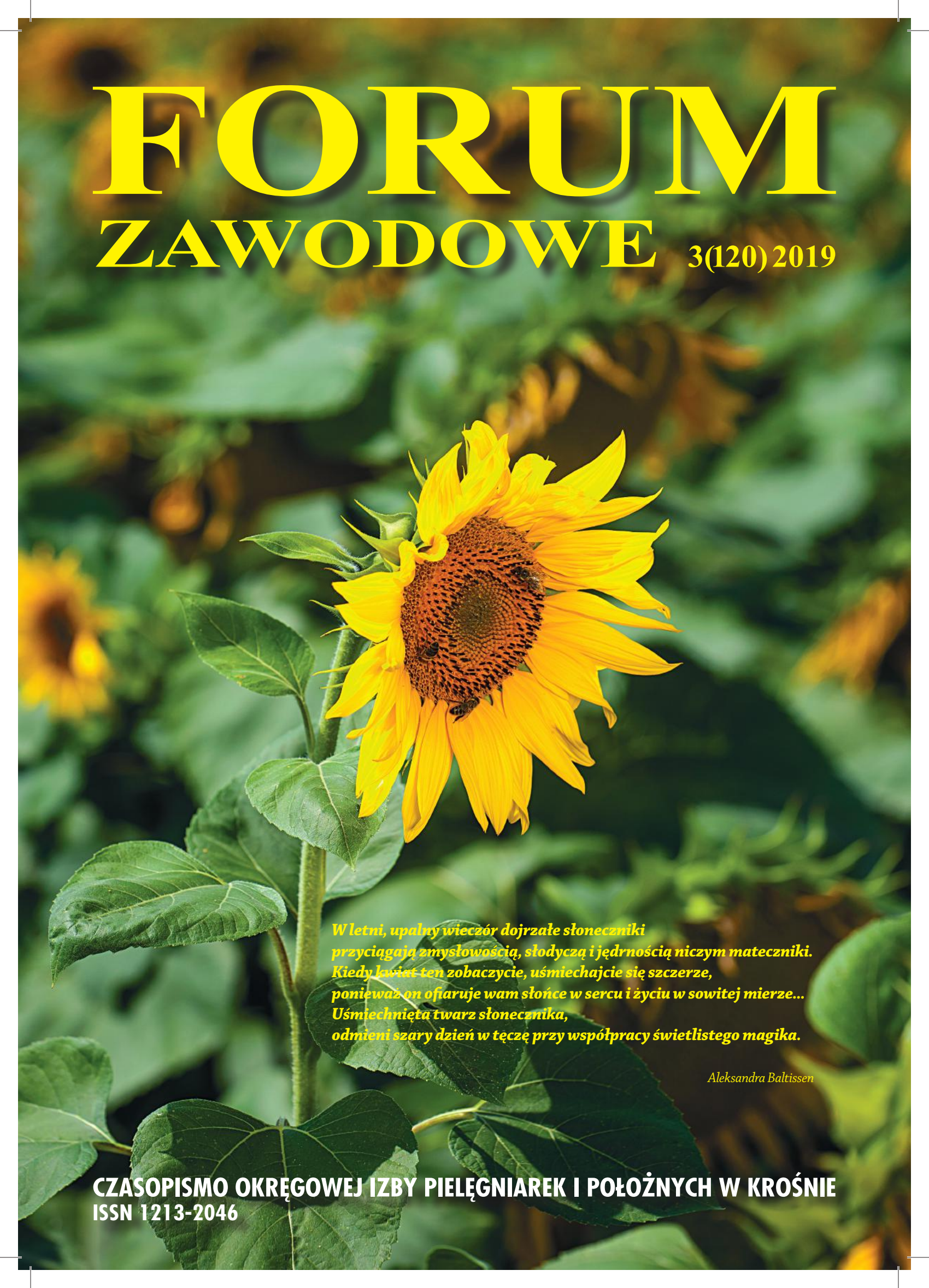


FORUM

ZAWODOWE 3(120)2019



*W letni, upalny wieczór dojrzałe słoneczniki
przyciągają zmysłowością, słodyczą i jędrnością niczym mateczniki.
Kiedy łwiat ten zobaczycie, uśmiechajcie się szczerze,
ponieważ on ofiaruje wam słońce w sercu i życiu w sowej mierze...
Uśmiechnięta twarz słonecznika,
odmieni szary dzień w tęczę przy współpracy świetlistego magika.*

Aleksandra Baltissen

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE
ISSN 1213-2046

W numerze

- 3** Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Dnia Położnej
- 4** Telekonferencja Naukowo-Szkoleniowa
- 5** I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VII Kadencji
- 6** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 14** Stanowisko nr 26 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 16** Stanowisko Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 18** Uroczyste otwarcie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej
- 19** Symbolika Zawodu Pielęgniarki w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku
- 20** Symbolika Zawodu w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pignonia w Krośnie
- 22** Uroczystość z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej w Brzozowie
- 23** Działania marketingowe na przykładzie zakładu opieki zdrowotnej
- 25** Opieka pielęgniarska nad pacjentem z rwą kulszową w przebiegu dyskopatii lędźwiowej kręgosłupa
- 29** Edukacyjno wspierająca rola pielęgniarki wobec pacjenta z obturacyjną chorobą układu oddechowego na przykładzie pacjenta z pierwotną dyskinezą rzęsek
- 34** Ogłoszenia

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, www.oipip.krosno.pl,
e-mail: biuro@oipip.krosno.pl

Biuro Izby czynne

w poniedziałek od 7.30-17.00
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

Radca Prawny

mgr Piotr Świątek
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00
tel. 13 43 694 60

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca
w godzinach 10.00-14.00

Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń podyplomowych prosimy składać do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

LATO

*Bure chmury w dal płyną
nad doliną, niziną...
Odplynęły, spójrz w górę,
już jest niebo bez chmurek.*

*Wiatr mknie falą przez żyta,
koniczyna zakwita.
W cieniu lasu znikł zając,
tam kukułki kukają.*

*W dali rzeka połyska
niby blacha srebrzysta,
motyl leci ku kwiatom.
Czy już lato? Tak, lato.*

*Jakże grzeje dziś słońko,
ile ciepła śle w darze!
W twoim cieniu, jabłonka,
odpoczniemy po skwarze.*

Tadeusz Kubiak

*Życzymy dobrego zdrowia i niczym niezmałconej
radości, bezpiecznych podróży,
słonecznej pogody i niezapomnianych wrażeń
przeżytych podczas wszystkich
niezwykłych wakacyjnych przygód.*

ZESPÓŁ REDAKCYJNY



Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Dnia Położnej

„Tradycja to piękno, które chronimy, a nie więzy, które nas kępują”
Ezra Pound

Miesiąc maj, który mamy już za sobą to jeden z najpiękniejszych miesięcy w roku. Dla pielęgniarek i położnych tym bardziej szczególnie, bo w dniu 8 maja obchodzimy Dzień Położnej, a 12 maja Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek. Co roku przy okazji tych świąt budzi się refleksja nad historią naszych zawodów, nad tym, co przeżywamy obecnie, a także nad przyszłością. Pielęgnowujemy tradycję naszych zawodów, dbamy aby ona nie zanikała.

W oparciu o historię przybliżamy po raz kolejny postaci pionerek pielęgniarek i położnych, które stały się autorytetami i to dzięki nim nasze zawody wyglądają dzisiaj tak, a nie inaczej. Wartość ceremoniałów i symboli pielęgniarstwa i położnictwa (czepek, mundur, hymn pielęgniarski) w kształtowaniu wizerunku zawodu jest niezaprzeczalna. Doceniamy to, że nasze zawody uzyskały samodzielność poprzez ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej. Organizując obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Dnia Położnej hołdujemy tradycji, która sprzyja

samookreśleniu się i umożliwia rozpoznawalność naszych grup zawodowych przez społeczeństwo. Bardzo ważne jest, abyśmy potrafili pogodzić nowoczesność z pamięcią o tradycji.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w dniu 17 maja 2019 r. zorganizowała uroczystą konferencję z okazji obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Dnia Położnej. Temat konferencji „Być pielęgniarką i położną to zaszczyt” (C.K. Meador). Konferencja odbyła się w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza w Krośnie. Do udziału w konferencji zgłosiło się 309 pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych oraz 22 studentów z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Piłonia w Krośnie z kierunku pielęgniarstwo. Pielęgniarki i położne, uczestnicy konferencji reprezentowali różne środowiska zawodowe: szpitale, uzdrowiska, podstawową opiekę zdrowotną, opiekę długoterminową, paliatywną, stacje sanitarno-epidemiologiczne, domy

pomocy społecznej i Państwowe Wyższe Szkoły Zawodowe.

W czasie konferencji głos zabrała Pani Lucyna Podhalec - Wicewojewoda Województwa Podkarpackiego, składając życzenia dla wszystkich pielęgniarek i położnych. Następnie Pan Stanisław Kruczek - Wicemarszałek Województwa Podkarpackiego wraz z życzeniami przekazał wszystkim pielęgniarkom i położnym kosz pięknych kwiatów. W ślad za złożonymi życzeniami uczniowie Prywatnej Szkoły Muzycznej PRO MUSICA w Krośnie zadeklarowali pielęgniarkom i położnym występ artystyczny pt. „Szczypta radości dla pielęgniarek i położnych w dniu ich święta”. Ten przepiękny występ wprowadził uczestników konferencji w bardzo doniosłe nastrój.

Po występie artystycznym zostały wygłoszone dwa wykłady, które zostały wysłuchane z wielkim skupieniem. Pierwszy wykład nt. „Pielęgniarstwo wczoraj i dziś...” wygłosiła Zenona Radwańska - konsultant wojewódzki w dziedzinie pie-



legniarstwa onkologicznego. Drugi wykład „Stanisława Leszczyńska - Ocalić od zapomnienia” przedstawiła Krystyna Krygowska - konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Po wykładach Pani Lucyna Podhalicz - Wicewojewoda Województwa Podkarpackiego wręczyła 74 pielęgniarkom i położnym odznaki honorowe Ministra Zdrowia „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”. Przy wręczaniu odznaczeń było sporo wzru-

szeń, radości i gratulacji. Obchody naszych majowych świąt można zaliczyć do udanych.

Zespół redakcyjny



Nazwiska osób, które otrzymały odznaki honorowe Ministra Zdrowia „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”:

Adamska Despina	Florian Anna	Krawiec Elżbieta	Sobaś Alicja
Bajer Grażyna	Gefrerer Teresa	Krzemińska Maria	Stelmach Teresa
Baran Zofia	Icha Zofia	Kubaszczyk Barbara	Stubenvoll-Hańska Maria
Bors Danuta	Irzyk Jolanta	Kuśnierczyk Grażyna	Szajna Urszula
Braja Anna	Iwaniec Teresa	Leniek Halina	Szaro Renata
Bugiel Maria	Janas Anna	Lorenc Marta	Szychowska Teresa
Cmokowicz Jadwiga	Jasienkiewicz Stanisława	Maciejowska Maria	Szymczakowska Barbara
Cymerman Mirosława	Jaskólska Maria	Maliwiecka Elżbieta	Tuchowska Janina
Czech Zofia	Jurczak Grażyna	Marek Bogusława	Wawer Maria
Czeleń Janina	Klepacka Magdalena	Maziarz Alina	Węgrzyn Renata
Deryniowska Jadwiga	Kluska Maria	Mielech Marta	Wilk Krystyna
Długosz-Szopa Małgorzata	Kocoń Ewa	Mytkowicz Ewa	Winiarczyk Zdzisława
Domańska Grażyna	Konrad Maria	Paćławska Anna	Wojtowicz Lucyna
Dunajewska Renata	Koza Janina	Pięciak Bogumiła	Wojtunik Bogusława
Dybaś Anna	Koza Teresa	Pilch Agnieszka	Wróbel Halina
Dyrkacz Maria	Kozicka Janina	Rojewska Anna	Wyżkiewicz Maria
Dziuban Maria	Kozioł Krystyna	Rużyło Barbara	Zajdel Halina
Filipowicz-Kęska Barbara	Kozubal Helena	Sidor Małgorzata	
Flok Jadwiga	Krajewska Maria	Smerecka Zofia	



Telekonferencja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu VII Bydgoskie Spotkania Położnych, VIII Podkarpacki Kongres Położnych z okazji Krajowego Dnia Położnej pt. „QVO VADIS Ginekologio? QVO VADIS Położna”

W dniu 28 maja 2019 r. odbyła się Telekonferencja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu VII Bydgoskie Spotkania Położnych, VIII Podkarpacki Kongres Położnych z okazji Krajowego Dnia Położnej pt. „QVO VADIS Ginekologio? QVO VADIS Położ-

na”, w której udział wzięła wicewojewoda podkarpacki Lucyna Podhalicz.

Organizatorami byli:

- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy

- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- Podkarpacka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku
- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

- Komisja ds. Położnych przy ORPiP w Bydgoszczy
- Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego Województwa Podkarpackiego Krystyna Krygowska.
- Katedra Onkologii, Radioterapii i Ginekologii Onkologicznej CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu.

Konferencja odbyła się w sali konferencyjnej Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy, przy ulicy Adama Naruszewicza 11, oraz w sali kolumnowej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego przy ulicy Grunwaldzkiej 15 w Rzeszowie.

Podczas konferencji wykład inauguracyjny wygłosiła dr hab. Beata Pięta, prof. UM, Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych nt. „Sylwetka kobiety dojrzałej”, następnie wystąpiła red. Sława Skibińska-Dmitruk prezentując temat „Kobieta dojrzała – zagrożenia zdrowotne”.

W ramach konferencji jej uczestnicy mogli wysłuchać między innymi wystąpień mgr piel. Katarzyny Ulaszewskiej – „Udar mózgu u kobiet – profilaktyka pierwotna”, mgr Katarzyny Szepieniec – „Wielozadaniowe podejście do życia a emocjonalność kobiety, Jak to pogodzić” mgr Anny Wojtera – „Wpływ aktywności fizycznej na Zdrowie kobiety dojrzałej”, dr n. med. Doroty Rogala – „Seksualność kobiet w okre-



sie klimakterium” red. Sławy Skibińskiej-Dmitruk „Kobieta dojrzała – współczesne możliwości aktywizacji”, mgr Katarzyny Galeckiej – „Menopauza bez dodatkowych kilogramów – wsparcie dietetyczne i łagodzenie uciążliwych dolegliwości” mgr Weroniki Falgowskiej „Profilaktyka zaburzeń statyki narządu rodowego” dr n. med. Ewy Tobor „Kompetencje położnej w profilaktyce schorzeń gruczołu piersiowego”, Mirosławy Kierblewskiej „A w sercu ciągle maj, – czyli aktywność kobiety dojrzałej” red. Sławy Skibińskiej-Dmitruk „Kobieta dojrzała – Wsparcie położnej” mgr Leokadii Jędrzejewskiej – Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego „Kompetencje zawodowe położnej w opiece nad

kobietą z problemami ginekologicznymi” mgr Ewy Janiuk – Wiceprezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie „Standard opieki nad pacjentką po zabiegach ginekologicznych” mgr Krystyny Krygowskiej – Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego – „Prewencja w pracy położnej”.

W konferencji uczestniczyło 120 położnych z terenu województw podkarpackiego. Spotkanie cieszyło się dużym zainteresowaniem za co serdecznie dziękuję wszystkim uczestnikom.

*Krystyna Krygowska
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie Pielęgniarstwa
Ginekologicznego i Położniczego*

I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VII Kadencji

obradował w Warszawie w dniach od 4-5 czerwca 2019 roku.

Zjazd został zwołany w celu podjęcia prac nowelizujących następujące regulaminy:

- 1) Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych,
- 2) wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków,
- 3) organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- 4) ramowych regulaminów organów okręgowych izb pielęgniarstwa i położnych.

W trakcie obrad zjazdu w pierwszym dniu delegaci procedowali nad wyżej wymienionymi regulaminami, które w głosowaniach zostały przyjęte i będą obo-

wiązywać w czasie najbliższych wyborów w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych.

Składka członkowska została utrzymana na dotychczasowym poziomie. Delegaci uznali, że temat ten powinien być rozpatrzony na najbliższym zjeździe krajowym.

W drugim dniu zjazdu została przyjęta Procedura przeprowadzania wizytacji pielęgniarstwa lub położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmio-

tów wykonujących działalność leczniczą. Następnie Pani prof. dr hab. n. prawnych Dorota Karkowska wstępnie przybliżyła delegatom temat licencjonowania zawodu pielęgniarki i położnej. Delegaci wyrazili stanowczy sprzeciw i na tym temat został zakończony.

Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie reprezentowały koleżanki pielęgniarki:

*Beata Barańska,
Zenona Radwańska
oraz Małgorzata Sawicka.*

W siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

- w dniu **25 kwietnia 2019 r.** odbyło się kolejne szkolenie z zakresu „Praktyczne zastosowanie opatrunków w leczeniu ran przewlekłych”. Pani Ewelina Kobiernik przedstawiciel firmy CONVA-TECH zapoznała uczestników szkolenia z nowymi produktami firmy, które mają zastosowanie w leczeniu ran przewle-

kłych. Uczestnicy szkolenia wysoko ocenili przekazywane im treści.

- w dniu **23 maja 2019 r.** firma PRO-METRIQ Akademia Zarządzania przeprowadziła szkolenie skierowane głównie do pielęgniarek i położnych prowadzących indywidualną i grupową praktykę oraz innych osób, które chciały pogłębić

wiedzę z zakresu ochrony danych osobowych RODO. Prowadzący szkolenie podawał wiele praktycznych wskazówek, które będą przydatne w opracowywaniu procedur wynikających z wymogów, jakie stawia przed pielęgniarkami i położnymi RODO.

Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 kwietnia 2019 r. do 31 maja 2019 r.

11 kwietnia 2019 r.

Udział Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak - Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Rady Społecznej Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Iwoniczu Zdroju.

Udział pani Krystyny Krygowskiej - Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w szkoleniu dla położnych na temat „Standard organizacyjny opieki okołoporodowej w codziennej praktyce” zorganizowanej przez Podkarpacką Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku. Szkolenie odbyło się w siedzibie Podkarpackiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku.

16 kwietnia 2019 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Na posiedzeniu podjęto 67 uchwał. Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, dofinansowania zakupu czepków pielęgniarskich i symboli czepka w postaci emblema-

tu oraz nagród książkowych dla studentów kierunku pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku, sfinansowania zakupu nagród dla studentów kierunku pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie, wydania duplikatu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” w związku z jego utratą, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki/ pielęgniarsza z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, dofinansowania Konferencji naukowej dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej.

Przyznano 18 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

47 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

25 kwietnia 2019 r.

Szkolenie dla pielęgniarek z POZ, Opieki Długoterminowej, Hospicyjnej dotyczące „Praktycznego zastosowania opatrunków w leczeniu ran przewlekłych”. Szkolenie odbyło się w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Udział Pani Ewy Czupskiej - Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Pani Bożeny Jastrzębskiej - Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ortopedii Onkologicznej,
- Pielęgniarki Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć, Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. Bronisława Markiewicza.

Udział Pani Ewy Czupskiej - Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Pani Beaty Barańskiej - członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej.

Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. Bronisława Markiewicza.

26 kwietnia 2019 r.

Posiedzenie Nadzwyczajne Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Na posiedzeniu podjęto 3 uchwały i dotyczyły one: wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie poddyplomowe pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarskiego i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie.

Udział Pani Ewy Czupskiej - Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Pani Beaty Barańskiej - członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Noworodkowego,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Dziecięcego,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Hematologii Onkologicznej z Pododdziałem Transplantologii Klinicznej,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Dziennego Psychiatrycznego. Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. Bronisława Markiewicza.

14 maja 2019 r.

Udział Pani Ewy Czupskiej - Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Pani Krystyny Krygowskiej - Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w uroczystości Symboliki Zawodu Pielęgniarki i wręczeniu dyplomów Licencjata Pielęgniarstwa Absolwentom Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie.

Udział Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak - Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w uroczystości Symboliki Zawodu Pielęgniarki w Państwowej Wyż-

szej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

17 maja 2019 r.

Konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej na temat „Być pielęgniarką i położną to zaszczyt”, która odbyła się w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza w Krośnie dla pielęgniarek i położnych z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

22 maja 2019 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Na posiedzeniu podjęto 17 uchwał. Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, pokrycia kosztów wykonania remontu łazienki z przystosowaniem dla osób niepełnosprawnych w budynku biurowo-usługowym w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej

Przyznano 15 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego

37 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

23 maja 2019 r.

Szkolenie dla pielęgniarek z indywidualnej i grupowej praktyki pielęgniarki i położnej oraz innych osób, chcących pogłębić wiedzę w temacie RODO na temat „RODO w indywidualnej lub grupowej praktyce pielęgniarki i położnej”. Szkolenie odbyło się w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

28 maja 2019 r.

Telekonferencja naukowo-szkoleniowa z cyklu „VII Bydgoskie spotkania Położnych”, VIII Podkarpacki Kongres Położnych z okazji Krajowego Dnia Położnej”. Miejscem konferencji była sala konferencyjna w Wyższej Szkole Gospodarki w Bydgoszczy oraz sala kolumnowa Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie. W konferencji uczestniczyła pani Ewa Czupka - Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz pani Bożena Pacek Pracownik Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

29 maja 2019 r.

Udział pani Ewy Czupskiej - Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w warsztatach poświęconych pożądanym zmianom na rzecz zwiększenia uprawnień pielęgniarek i położnych. Szkolenie odbyło się w siedzibie Pracodawców RP ul. Brukselska 7 w Warszawie, organizatorem byli Pracodawcy Medycyny Prywatnej, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie oraz eksperci kancelarii prawnej DZP.

31 maja 2019 r.

Udział Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w uroczystości posiedzenia senatu z okazji Jubileuszu XX-lecia uczelni Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie. Uroczystość odbyła się w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza w Krośnie.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

OIPiP-0015.73.2019

Krosno, dnia 17 kwietnia 2019 r.

Ministerstwo Zdrowia Departament Prawny

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zwracamy się z prośbą o interpretację przepisów dotyczących sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcom. W przypadku, gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowisk: Naczelnej Pielęgniarki lub Przełożonej Pielęgniarek lub Pielęgniarki Oddziałowej.

Zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 49 ust. 1 pkt. 4 i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.) w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcom przeprowadza się konkurs na stanowisko naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarki lub pielęgniarki oddziałowej. Stosownie do art. 49 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, jeżeli do konkursu nie zgłosiło się, co najmniej dwóch kandydatów lub w wyniku konkursu nie wybrano kandydata albo z kandydatem wybranym w postępowaniu konkursowym nie nawiązano stosunku pracy albo nie zawarto umowy cywilnoprawnej, odpowiednio podmiot tworzący lub kierownik ogłasza nowy konkurs w okresie 30 dni od dnia zakończenia postępo-

wania w poprzednim konkursie. Po myśli natomiast zapisu §2 ust. 1 Ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu stanowiącego załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie niebędącym przedsiębiorcom (Dz. U. z 2018 r., poz. 393) komisja konkursowa na posiedzeniu otwiera koperty z dokumentami kandydatów, zapoznaje się z dokumentami złożonymi przez kandydatów i po stwierdzeniu ich kompletności uznaje, czy w postępowaniu konkursowym uczestniczy wymagana liczba kandydatów, (co najmniej dwóch).

Analizując treść powołanych powyżej przepisów powstaje wątpliwość dotycząca oceny prawidłowego postępowania w trakcie prowadzonego konkursu. Cytowane przepisy wskazywałyby, że dla możliwości przeprowadzenia postępowania konkursowego muszą być spełnione łącznie dwa warunki, tj. muszą zostać złożone, co najmniej dwie ważne oferty oraz w dniu przeprowadzania konkursu osoby, które złożyły oferty muszą wziąć udział w konkursie, (co najmniej dwaj kandydaci). Za takim rozumieniem przyjętych rozwiązań prze-

mawia również treść §2 ust. 2 Ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu, z którego wynika, że „Komisja konkursowa przeprowadza indywidualne rozmowy z kandydatami...”. Pojawia się, zatem istotna wątpliwość, czy w sytuacji, gdy zostaną złożone, co najmniej dwie oferty udziału w postępowaniu konkursowym, które są ważne (zawierają komplet prawidłowych dokumentów), a jednocześnie na posiedzeniu komisji konkursowej stawi się tylko jeden kandydat, będzie można uznać, że komisja konkursowa może w takim stanie faktycznym prowadzić dalsze postępowanie konkursowe, czy też w związku z faktem, że stawił się tylko jeden kandydat, a wzmiankowane powyżej przepisy mówią, o co najmniej dwóch kandydatach, prowadzenie dalszego postępowania jest zasadne.

*Z wyrazami szacunku
Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
mgr Barbara Błażejowska-Kopiczak*

Do wiadomości:

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 12 czerwca 2019,

PPWA.024.37.2019.MF



Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek i Położnych

Pani mgr Barbara Błażejowska-Kopiczak

Wiceprzewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca!

W nawiązaniu do pisma z dnia 17 kwietnia 2019 r. znak: OIPIP - 0015.72.2019 dotyczącego interpretacji przepisów dotyczących sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym na stanowiska:

Naczelnej Pielęgniarki lub Przełożonej Pielęgniarek lub Pielęgniarki Oddziałowej zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt. 4 i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r., poz. 618 z późn.zm.) prosimy o przyjęcie poniższej opinii.

Literalne brzmienie art.49 ust.3 ustawy o działalności leczniczej stwierdza, że jeżeli do konkursu „nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów (...)” odpowiednio podmiot tworzący lub kierownik ogłasza nowy konkurs w okresie 30 dni od dnia zakoń-

czenia postępowania w poprzednim konkursie”.

W sytuacji kiedy do konkursu zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów i złożyli formalne oferty spełniające warunki konkursu, które zostały przyjęte przez komisję konkursową, a w trakcie postępowania konkursowego jeden z kandydatów się nie stawia osobiście na rozmowę konkursową, zasadne wydaje się przyjęcie stanowiska, że komisja w dalszym ciągu może prowadzić postępowanie konkursowe. Wydaje się że przyjęcie w takiej

sytuacji wykładni celowościowej jest racjonalne. Pojęcie „zgłoszenia się” do konkursu obejmuje spełnienie formalnych wymogów umożliwiających w nim uczestniczenie. Samo niestawienie się kandydata przed komisją nie powinno powodować konieczności uruchamiania procedury nowego konkursu w takiej sytuacji (przystąpienia do postępowania jedynie dwóch kandydatów spełniających warunki formalne). Przyjęcie odmiennej interpretacji mogłoby w naszej opinii powodować niebezpieczeństwo obstrukcji tego typu po-

stępowania wobec faktu, iż postępowania na wyższe wymagające specjalistycznej wiedzy konkursy siłą rzeczy nie generują zainteresowania dużej liczby kandydatów. Stąd też samo osobiste niestawianie się jednego z dwóch kandydatów na postępowanie nie powinno stanowić przesłanki do - jak to wyżej zaznaczono - przeprowadzania procedury konkursowej od nowa.

Z wyrazami szacunku

Greta Kanownik

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/

PP-WPS.0761.1.2019.ZD

Warszawa, 05.03.2019 r.

Pani Krystyna Ptok

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca!

W nawiązaniu do pisma z dnia 20 listopada 2018 r. (znak: ZK-1102/VII/2018) oraz pisma z dnia 9 lipca 2018 r. zawartego pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

Ad. 1

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem z dnia 14 października 2015 r.”, wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w latach 2016-2018 poprzedzony był każdorazowo ustaleniem liczby etatów albo równoważników etatów pielęgniarek i położnych.

Natomiast w celu zapewnienia ciągłości podwyżek po dniu 31 sierpnia 2019 r. doprecyzowano zasady ustalenia współczynnika korygującego, za pomocą którego od dnia 1 września 2019 r. będą ustalane kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Współczynnik ten będzie ustalany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w kolejnych latach, w sposób gwarantujący środki na wypłatę podwyżek wynagrodzenia pielęgniarek i położnych. Stosowne zmiany zostały wprowadzone rozporządzeniem Mi-

nistra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1682), zwanym dalej „rozporządzeniem z dnia 29 sierpnia 2018 r.”.

Zgodnie z § 16 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określi współczynniki korygujące dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

Prezes NFZ określając współczynniki korygujące uwzględni wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwoty średniego miesięcznego wzrostu wynagrodzenia wraz z pochodnymi w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki i położnej w wysokości 1600 zł brutto brutto (tj. 4x400 zł), a w przypadku pielęgniarek

i położnych zatrudnionych na podstawie **stosunku pracy wzrost wysokości wynagrodzenia zasadniczego w kwocie nie mniejszej niż 1200 zł brutto brutto (od dnia 1 lipca 2019 r.)**. Powyższy obowiązek nałożony na Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wynika z końcowego brzmienia § 16 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 z późn. zm.) w brzmieniu ustalonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1682). („(...) w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt. 3 § 4a tego rozporządzenia.”). Dokumenty potwierdzające przeznaczenie środków wynikających z ustalenia współczynników korygujących na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych ustali Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oznacza to, że współczynniki korygujące będą uwzględniały kwoty przekazane na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., a kwoty uzyskane przez świadczeniodawców w wyniku wprowadzenia tych współczynników zostaną przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych po 31 sierpnia 2019 r.

Wzrost wynagrodzenia zasadniczego będzie pokrywany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczonych na średni wzrost miesięcznego wynagro-

dzenia pielęgniarek i położnych zgodnie z mechanizmem określonym w ww. rozporządzeniach również po dniu 31 sierpnia 2019 r. Wskazane mechanizmy będą dotyczyły także pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w podstawowej opiece zdrowotnej.

W związku z powyższym, obawy świadczeniodawców w zakresie braku regulacji dotyczących dalszego finansowania wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych są nieuzasadnione, ponieważ nie istnieją żadne zagrożenia dotyczące zaprzestania finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych po dniu 31 sierpnia 2019 r., ale także po dniu 31 grudnia 2019 r.

Ad. 2

Zgodnie z § 3 rozporządzenia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie Zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 poz. 1681), w zakresie trybu oraz sposobu podziału środków przekazanych w drodze zmiany umowy, o której mowa w § 2 ust. 4, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4-8 rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r.

W związku z powyższym świadczeniodawca po otrzymaniu od dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, powinien stosować ten sam mechanizm, o którym mowa w § 2 ust. 4-6 rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r., celem podziału środków otrzymanych od publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia z 14 października 2015 r. oraz środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzenia zasadniczego o 1100 zł/1200 zł. Należy podkreślić, że powyższe stanowi realizację postanowień Porozumienia zawartego w dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, zgodnie z którym w zakresie podziału środków zostanie zachowana między innymi zasada ich podziału w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki lub położnej (w razie nieosiągnięcia porozumienia albo uzyskania pozytywnej opinii).

Jednocześnie, w związku z wprowadzeniem nowelizacji z 2018 r. do rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r., § 4a przewidującego obowiązek przeznaczenia środków na wzrost wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych, o co najmniej 1100 zł/1200 zł, uprawnione jest stwierdzenie, że odpowiednie stosowanie przepisów § 2 ust. 4-8 rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. do podziału środków przeznaczonych przez publicznego płatnika na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych ze środków na świadczenia pielęgniarskie przekazywanych na mocy rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r., rozciąga się w sposób pośredni również na podział środków przekazywanych na podstawie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 99/2018/DSOZ z dnia 25 września 2018 r.

Powyższe oznacza, że kwoty powyżej 1600 zł brutto, przekazywane na podstawie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 99/2018/DSOZ z dnia 25 września 2018 r., mogą być wydatkowane przy zachowaniu tej samej procedury jaka jest opisana w § 2 ust. 4-8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14-10-2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628). Dopiero jeżeli sposób podziału dodatkowo otrzymanych od płatnika środków przekazywanych na podstawie w/w zarządzenia nie zostanie objęty porozumieniem zawartym z organizacjami związkowymi zrzeszającymi wyłącznie pielęgniarki i położne albo nie uzyska pozytywnej opinii przedstawiciela samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, świadczeniodawca winien sam dokonać podziału tych środków stosując jednak zasadę równego ich podziału pomiędzy uprawnione pielęgniarki i położne. Proszę również pamiętać, że świadczeniodawca ma bezwzględny obowiązek przekazania do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ kopię zawartego porozumienia lub kopię pozytywnej opinii, ewentualnie kopię dokumentu potwierdzającego dokonanie podziału środków otrzymanych na podstawie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 99/2018/DSOZ z dnia 25 września 2018 r. wyłącznie na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

Ad. 3

Odnosząc się do zagadnienia dotyczącego rodzaju pochodnych od wzrostu wy-

nagrodzeń zasadniczych, jakie mogą być pokrywane przez świadczeniodawców z wykorzystaniem dodatkowych środków jakie otrzymują z NFZ na podstawie OWU na pokrycie pochodnych od wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych, wyjaśniam, że w ślad za skierowanym do Pani pismem z dnia 26 lipca 2018 r. oraz w związku z pytaniami świadczeniodawców dotyczącymi uwzględniania i naliczania pochodnych wynikających z § 2 ust. 2 i § 4 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r., należy przyjąć, że z uwagi na nową regulację prawną polegającą na dodaniu na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1681) - § 4a do treści rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r., nakazującego obecnie w sposób kategoriyczny przeznaczać w przypadku pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach stosunku pracy określone środki z Narodowego Funduszu Zdrowia na wzrost ich wynagrodzeń zasadniczych, powstaje konieczność dokonywania wykładni przepisu § 4 i 4a rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. przez pryzmat celu jaki ma być osiągnięty. Celem tym jest bez wątplenia zastąpienie pozbawionych cechy trwałości dodatków do wynagrodzeń wzrostem wynagrodzenia zasadniczego. Podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego skutkuje co do zasady podwyższeniem, także innych składników wynagrodzenia obliczanych jako pochodna od płacy zasadniczej. Jako, że naliczenie i wzrost wysokości pochodnych dokonywany jest w oparciu o powszechnie obowiązujące przepisy prawa pracy w randze ustawy, nie ma możliwości ich wyłączenia przepisami rozporządzenia.

Takim składnikiem ustawowym jest z całą pewnością dodatek za wysługę lat określony w art. 65 ustawy z 15-04-2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 z póź. zm.). Powyższe oznacza, że jeżeli w danym podmiocie (publicznym lub niepublicznym), który ma zawartą umowę z NFZ, istnieje ustawowy obowiązek wypłaty dodatku za wysługę lat, który wynika wprost z przepisów w/w ustawy (ale także z regulaminu wynagrodzenia obowiązującego u danego świadczeniodawcy), wówczas taki dodatek może być wypłacany zgodnie z tymi przepisami (może zostać pokryty z wykorzystaniem środków otrzymanych przez świadczeniodawcę od

płatnika świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie OWU), ale tylko od wysokości określonej w ustawie tj. nie przekraczającej 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika.

W związku z powyższym zasadnym wydaje się twierdzenie, że świadczeniodawca, dokonując wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych na podstawie rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r., przeznacza środki otrzymane na ten cel z Narodowego Funduszu Zdrowia na:

- podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych (o której mowa w § 4a rozporządzenia z 14 października 2015 r.) o kwotę co najmniej 1100 zł/1200 zł miesięcznie,

- podwyżkę dodatku za wysługę lat do wypłaty którego pracodawca jest obowiązany (do wysokości określonej w przepisach ustawowych) oraz

- pochodne wymienione *expressis verbis* w § 2 ust. 2 rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. (tj. dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy oraz składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy).

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, wydając Zarządzenie nr 99/2018/DSOZ z dnia 25 września 2018 r. przyjął za pod-

stawę kalkulację, koszty obejmujące koszty wzrostu wszystkich w/w wartości pochodnych wynikających z ustawy, które wzrosły z powodu zwiększenia wysokości wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1100 zł brutto i 1200 zł brutto.

W pozostałym zakresie Ministerstwa Zdrowia podtrzymuje swoje stanowisko wyrażone w piśmie z dnia 26 lipca 2018 r. znak PPP024.25.2018.RJ. Świadczeniodawcy do średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia przeznaczonego na podwyżki dla pielęgniarek i położnych wynikającego z rozporządzenia OWU nie powinni uwzględniać m.in. świadczenia pracy w godzinach nadliczbowych, premii, nagród, czy też pracy w ramach dyżurów medycznych pielęgniarek i położnych. Ponadto wykładania przepisów rozporządzenia OWU nie daje również podstawy do zmniejszenia przez świadczeniodawców otrzymanych od NFZ kwot celem wypłaty pielęgniarkom i położnym określonych świadczeń (np. tworzenia rezerwy finansowej, z przeznaczeniem jej na wypłacenie zwiększonych kwot świadczeń; ekwiwalentu za urlop wypoczynkowy; nagród jubileuszowych; odpraw emerytalno-rentowych; ewentualnych odpraw z przyczyn ekonomicznych).

Kontrolę prawidłowości realizacji umowy zawartej za płatnikiem, w tym wydat-

kowania środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych na podstawie OWU, przeprowadza Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie i na zasadach określonych przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.).

Ad. 4

W załączeniu przekazuję pismo Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r., w którym Fundusz wyjaśnia zróżnicowanie cen jednostek rozliczeniowych w zakresie kosztów świadczeń.

Jednocześnie informuję, że powyższe kwestie będą przedmiotem dalszych konsultacji między Ministrem Zdrowia a Prezesem NFZ, a o ostatecznych wynikach tych konsultacji NFZ poinformuje w odrębnym piśmie.

Odnosząc się do etapów realizacji pozostałych warunków Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r., należących do kompetencji Ministra Zdrowia, uprzejmie informuję, że realizowane są one na bieżąco, przy czym część postanowień tego Porozumienia już została zrealizowana, część z nich jest w trakcie realizacji, a część działań będzie podjęta w najbliższym czasie.

Z poważaniem
Łukasz Szumowski



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

OIPIP/791/2019/K/JK

Łódź, dnia 27 maja 2019 r.

Pani/Pan Przewodnicząca/Przewodniczący Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W załączeniu przedstawiamy dokumenty dotyczące niezwykle istotnego zagadnienia:

1. co do możliwości przyjęcia na pielęgniarskie studia pomostowe osób, które ukończyły na Ukrainie szkołę średnią oraz uzyskały na Ukrainie tytuł młodszego specjalisty, jak również,

2. co do praktyki zaliczania odpowiednich okresów nauki, zdanych egzaminów, godzin zajęć teoretycznych i praktycznych — na poczet toku studiów pomostowych.

Z uwagi na liczne wątpliwości w przedmiotowym zakresie, kierując się zasadą sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi przedstawiła zapytanie do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W piśmie, które przedstawiamy w załączeniu, wyraziliśmy swoje wątpliwości co do zgodności z prawem praktyki przyjmowania obywateli Ukrainy, którzy ukończyli na Ukrainie szkołę średnią oraz uzyskały na Ukrainie tytuł młodszego specjalisty na polskie studia pomo-

stowe. Przedstawiliśmy w tym zakresie szczegółową analizę prawną.

Przedstawione przez OIPIP w Łodzi zagadnienie spotkało się z głęboką analizą Ministerstwa w piśmie z dnia 21 grudnia 2018 r. zwrócono uwagę na złożoność sprawy oraz konieczność konsultacji z Ministerstwem Zdrowia (pismo Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 21 grudnia 2018 r. w załączeniu).

W dniu 14 maja 2019 r. OIPIP w Łodzi otrzymała stanowisko Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (datowane na dzień 6 maja 2019 r.). Jak wynika z treści pisma stanowisko Ministerstwa

zostało przedstawione po konsultacji problemu zarówno z Ministerstwem Zdrowia, jak również po konsultacjach Departamentu Współpracy Międzynarodowej ze służbami Komisji Europejskiej.

W piśmie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego wskazało, że „[...] warunkiem podejmowania studiów na podstawie rozporządzenia [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawo-

dzie pielęgniarstwa i położnej] jest ukończenie kształcenia w jednej z ww. polskich szkół. Podpisana do celów dalszego kształcenia umowa między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Gabinetem Ministrów Ukrainy o wzajemnym uznawaniu akademickich dokumentów o wykształceniu i równoważności stopni nie stanowi podstawy do uznawania równoważności poszczególnych typów szkół, zatem nie jest możliwe spełnienie podstawowego warunku przyjęcia na studia pomostowe, tj. ukończenia szkoły wyższej wskazanej w ww. rozporządzeniu”.

Stanowisko Ministerstwa przedstawiamy w załączeniu.

Wyrażam nadzieję, że powyższe dokumenty przyczynią się do wypracowania jednolitej praktyki okręgowych izb pielęgniarek i położnych w przedmiocie wniosków obywateli Ukrainy o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

*Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Agnieszka Kałużna*

Załącznik:

- pismo OIPIP w Łodzi

- odpowiedź MNiSzW dnia 21.12.2018 r.

- odpowiedź MNiSzW dnia 06.05.2019 r.

DWM.WSK.185.24.2019.2

Warszawa, 2019-05-06

MINISTERSTWO
NAUKI I SZKOLNICTWA
WYŻSZEGO

Departament Współpracy
Międzynarodowej

Pani Agnieszka Kałużna

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Odpowiadając na Pani pismo z dnia 5 listopada 2018 r. znak OIPIPL/2440/2018/K/JK, dotyczące istotnych wątpliwości co do prawidłowości przebiegu studiów pomostowych realizowanych przez osoby, które na Ukrainie ukończyły szkołę średnią oraz uzyskały tytuł młodszego specjalisty, w ślad za pismem DWM.WSK.185.24.2018.1 z dnia 21 grudnia 2018 r. uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Zwłoka w przedstawieniu Państwu odpowiedzi wynika z konieczności skonsultowania problemu z Ministerstwem Zdrowia. Równocześnie Departament Współpracy Międzynarodowej prowadził w tym zakresie korespondencję ze służbami Komisji Europejskiej.

Stosując przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarstwa i położnej (Dz. U z 2012 r. poz. 770), wydane na podstawie art.

55 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.) należy pamiętać o celu ich wydania.

Zakres rozporządzenia jest efektem negocjacji prowadzonych pomiędzy Polską a Komisją Europejską w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek. Regulacje te stanowią podstawę prawną dla uzupełnienia treści kształcenia, tak aby spełniało ono minimalne wymogi kształcenia określone w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 s. 22, z późn. zm.). Powyższe przepisy powstały w wyniku drobiazgowych analiz programu kształcenia realizowanego w polskich szkołach kształcących pielęgniarki, tj. w pięcioletnim liceum medycznym, dwuletniej szkole policealnej albo pomaturalnej, dwuipółletniej szkole policealnej albo pomaturalnej, trzyletniej szkole policealnej albo pomaturalnej.

Analizy te miały na celu określenie różnic programowych oraz czasu i zakresu kształcenia niezbędnego do zapewnienia, że spełnia ono minimalne wymogi kształcenia określone w dyrek-

tywie. Zatem warunkiem podejmowania studiów na podstawie ww. rozporządzenia jest ukończenie kształcenia w jednej z ww. polskich szkół.

Podpisana do celów dalszego kształcenia umowa między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej, a Gabinetem Ministrów Ukrainy o wzajemnym uznawaniu akademickich dokumentów o wykształceniu i równoważności stopni nie stanowi podstawy do uznawania równoważności poszczególnych typów szkół, zatem nie jest możliwe spełnienie podstawowego warunku przyjęcia na studia pomostowe, tj. ukończenia szkoły wskazanej w ww. rozporządzeniu.

Umowa ta nie ma również zastosowania w przypadku dyplomu młodszego specjalisty. Odnosi się ona bowiem do ukraińskich świadectw o pełnym wykształceniu średnim, dyplomów ukończenia studiów pierwszego i drugiego stopnia (bakalawr, specjalist, magistr) oraz dyplomów o nadaniu stopnia naukowego (kandydat nauk) i gwarantuje ich posiadaczom możliwość kontynuacji kształcenia w placówkach drugiego państwa bez konieczności dokonywania procedury nostryfikacji.

Dyplom młodszego specjalisty poświadczający na Ukrainie ukończenie 3-4-letniego kształcenia na podbudowie 9-letniej szkoły lub 2-3-letniej edukacji na bazie 11-letniej pełnej szkoły średniej. Na Ukrainie średnie szkoły zawodowe (ucziliszcza, koledze, technika) zostały włączone do systemu szkolnictwa wyższego, w związku z czym, wydawane przez nie dyplomy młodszego specjalisty są tam uważane za dokumenty poświadczające ukończenie edukacji na poziomie wyższym. Z tego też powodu nie mogą być one traktowane w Polsce jako świadectwa szkolne uzyskane za granicą, o których mowa w art. 93 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457,

z późn. zm.). Dyplomy młodszego specjalisty dają na Ukrainie możliwość kontynuacji kształcenia na tym samym kierunku i uzyskania w skróconym trybie dyplomu ukończenia studiów pierwszego stopnia (bakalawr).

Jedynym punktem umowy, który mógłby odnosić się do dyplomów młodszego specjalisty jest przepis zawarty w art. 4 stwierdzający, iż szkoły wyższe państw Stron mogą uznawać odpowiednie okresy studiów, zdane egzaminy, zaliczenia oraz praktyki zgodnie z prawem wewnętrznym. W związku z powyższym, po przyjęciu kandydata na studia pierwszego stopnia, polska uczelnia może zaliczyć na ich poczet zajęcia odbyte przez studenta w uczelni zagranicznej. Decyzję

taką podejmuje samodzielnie uczelnia, o przyjęcie do której stara się posiadacz dyplomu. Jednakże, z uwagi na okoliczności opisane powyżej, nie mogą to być studia, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcą w zawodzie pielęgniarki i położnej.

*Z wyrazami szacunku,
Dyrektor Departamentu
Współpracy Międzynarodowej
Juliusz Szymczak-Gałkowski*



PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Z/S W PRZEWORSKU

POMPOrPIP.13.207.2019

Przeworsk, 27 maja 2019 r.

Pani/Pan Przewodnicząca/Przewodniczący Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W związku z różnymi interpretacjami przepisu dotyczącego kwestii przyznania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi obywatelowi Ukrainy nie legitymującemu się zezwoleniem na pobyt stały czy czasowy, posiadaczowi Karty Polaka, który ukończył szkołę pielęgniarską w Polsce Podkarpacka Okręgowa Rada

Pielęgniarek i Położnych z/s w Przeworsku skierowała wniosek do Pani Greta Kanownik Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia o przedstawienie opinii w tej sprawie.

W dniu 27 maja 2019 r. otrzymano wyjaśnienie które wraz ze skierowanym wnioskiem przesyłam Państwu w załączeniu.

*Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Podkarpackiej
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
mgr Elżbieta Lewandowska*

Otrzymują:

1. Adresat
2. OIPiP (wszystkie)



PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Z/S W PRZEWORSKU

Pani Greta Kanownik

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor,

W imieniu Podkarpackiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z/s w Przeworsku zwracam się z uprzejmym wnioskiem o zajęcie stanowiska w przed-

miocie stosowania przez samorząd przepisu zawartego w art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Przepis ten przewiduje możliwość przyznania cudzo-

ziemcowi prawa wykonywania zawodu na czas określony pielęgniarki/położnej mimo braku po jego stronie legitymowania się zezwoleniem na pobyt stały.

W praktyce do Izby składane są wnioski obywateli Ukrainy, posiadaczy Karty Polaka którzy nie posiadają zezwolenia na pobyt stały czy czasowy, a ukończyli szkołę pielęgniarstwa w naszym kraju. Powołany przepis oznacza, że uchwała w przedmiocie przyznania cudzoziemcowi nie posiadającemu zezwolenia na pobyt stały ma charakter uznaniowy do której wprost z racji regulacji art. 40 ust. 1 powołanej ustawy mają zastosowanie przepisy k.p.a., w szczególności zasada

załatwienia sprawy zgodnie z słusznym interesem obywatela, o ile nie stoi temu na przeszkodzie interes społeczny i możliwości organu w zakresie posiadanych uprawnień i środków. Przyjąć zatem należy, że uchwała o odmowie przyznania prawa wykonywania zawodu w takim stanie faktycznym byłaby uchwałą legalną w przypadku przeszkody w postaci interesu społecznego.

Z racji braku orzecznictwa na tle stosowania art. 35 powołanej na wstę-

pie ustawy oraz różnych interpretacji w/w przepisu uprzejmie proszę o opinię w przedmiotowej sprawie.

Z poważaniem
Przewodnicząca Podkarpackiej
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
mgr Elżbieta Lewandowska

Otrzymuję:

1. Adresat
2. A/a

PPK.0213.43.2019
Warszawa, 23 maja 2019



Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W związku z pismem z dnia 19 maja 2019 r. w sprawie przedstawienia opinii dotyczącej zasad postępowania w przypadku przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki cudzoziemcowi, który nie posiada zezwolenia na pobyt stały, uprzejmie wyjaśniam.

W opinii Departamentu, podniesiony w Państwa piśmie problem sprowadza się do rozstrzygnięcia kwestii oznaczenia przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych czasu, na jaki ma być przyznane prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nie posiadającemu zezwolenia na pobyt stały, zgodnie z art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej okręgowa rada pielęgniarek i położnych może przyznać prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nieposiadającemu zezwolenia, o którym mowa w ust. 1, który spełnia warunki określone w ust. 1 pkt 2-8 ww. ustawy.

Zarówno ten przepis, jak i pozostałe przepisy ww. ustawy nie określają przesłanek, na podstawie których, okręgowa rada pielęgniarek i położnych powinna przyznać cudzoziemcowi, na ściśle określony czas, prawo wykonywania zawodu na czas określony.

Tak więc w przypadku, gdy cudzoziemiec nie posiada zezwolenia na pobyt stały, okręgowa rada, w ramach swoich kompetencji wynikających z ww. ustawy,

może uwzględnić dokumenty pobytowe (np. zezwolenie na pobyt czasowy), jak również inne dokumenty wydane przez właściwe organy związane z zatrudnieniem na czas określony cudzoziemca na terenie RP, na podstawie których można precyzyjnie określić czas legalnego pobytu cudzoziemca na terenie RP, czyli czas na który może być przyznane prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej na czas określony. Ponadto, okręgowa rada pielęgniarek i położnych może w konkretnym przypadku, przyznać cudzoziemcowi prawo wykonywania zawodu na czas określony na okres krótszy, niż to wynika z ww. dokumentów.

Z poważaniem,
Greta Kanownik
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/



NACZELNA RADA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża zdecydowany sprzeciw odnośnie zaproponowanych kwalifikacji na stanowisku pielęgniarki oddziałowej w szpitalnym oddziale ratunkowym po-

przez dodanie osoby wykonującej zawód ratownika medycznego.

Dotychczasowe brzmienie § 12 pkt 1 ppkt 2: pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu;

Proponowana zmiana w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego w § 12 pkt 1 ppkt 2 wprowadza nowe brzmienie dotychczasowego zapisu: pie-

Stanowisko nr 26

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 6 czerwca 2019 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

lęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, którzy ukończyli studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 5 i 6.

Powyższy przepis w takim brzmieniu oznacza, iż ratownik medyczny będzie pełnił funkcję pielęgniarki oddziałowej.

Natomiast, należy podkreślić, iż zgodnie z obowiązującym stanem prawnym pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu (PRM) posiada kwalifikacje w trzech zakresach:

1. Kwalifikacje pielęgniarki w zakresie świadczeń zdrowotnych zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, opiekuńczo-pielęgniacyjnych, edukacji i promocji zdrowia i inne;

2. Kwalifikacje pielęgniarki oddziałowej w zakresie planowania, organizowania, nadzorowania i kontrolowania funkcjonowania oddziału, zarówno w zakresie organizacji pracy podległego personelu, jak i w prawidłowości infrastruktury, zabezpieczeniu prawidłowych, bezpiecznych i ergonomicznych warunków pracy;

3. Kwalifikacje pielęgniarki systemu w zakresie obszaru ratownictwa medycznego są tożsame jak kwalifikacje ratownika medycznego.

Kluczową i rozstrzygającą kwestią jest system kształcenia przed i podyplomowego ratowników medycznych i pielęgniarek systemu. Z uwagi na przyjęty w Polsce system kształcenia tych dwóch zawodów medycznych, kwalifikacje i umiejętności pielęgniarek systemu są zdecydowanie szersze, niż ratowników medycznych, ponieważ nie ograniczają się do podejmowania medycznych czynności ratunkowych. W szpitalnych oddziałach ratunkowych podejmuje się procedury diagnostyczne, lecznicze i pielęgnacyjne, przy wykonywaniu których ratownik medyczny bardzo często nie może uczestniczyć z powodu braku odpowiednich kwalifikacji i umiejętności. Należy także podkreślić, iż w kształceniu zawodowym ratownika medycznego nie znajdują się treści

i umiejętności dotyczące organizacji i zarządzania w placówkach ochrony zdrowia. Zatrudnienie osób do wykonywania czynności medycznych, którzy nie posiadają wymaganego kształcenia - jest niezgodne z prawem i stanowi przesłankę odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych.

Ponadto, przyjęta w 2006 roku ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym określiła rolę i zadania ratowników medycznych oraz w rozporządzeniu - wymieniła katalog czynności, które mogą wykonywać ratownicy medyczni, odpowiadający uzyskanym kwalifikacjom oraz potrzebom systemu ratownictwa medycznego. Od tego czasu system kształcenia i uzyskiwane przez ratowników medycznych kwalifikacje nie zmieniły się, stąd też rozszerzanie kompetencji o pełnienie funkcji pielęgniarki oddziałowej jest nieuzasadnione i stoi w sprzeczności z obowiązującymi przepisami prawa.

Wprowadzenie powyższego zapisu jest zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niezgodne z obowiązującym stanem prawnym, tj. ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.) oraz aktami wykonawczymi: rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018, poz. 393) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r., Nr 151 poz. 896). Ponadto, projektowane rozporządzenie stoi w sprzeczności z zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi i aktualną wiedzą medyczną (art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Dz. U. z 2017 r., poz. 1318), a także podziałem kompetencji pomiędzy pielęgniarką systemu a ratownikiem medycznym w szpitalnym oddziale ratunkowym (art. 4 ust. 1 i art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.)

oraz art. 1, art. 3 pkt 6 i 9 i art. 11 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r., poz. 993).

Zgodnie z przywołanymi powyżej przepisami oraz ustaloną linią orzecniczą sądów administracyjnych w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko: 1) kierownika, 2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, 3) ordynatora, 4) naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek, 5) pielęgniarki oddziałowej (art. 49 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Ustawodawca tym samym nie przewiduje, aby stanowiska ww. mogły być obsadzone przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego. Podnosimy, iż szpitalny oddział ratunkowy jest zdefiniowany jako oddział szpitalny i podlega powyższym regulacjom m.in. w zakresie obsadzania stanowisk kierowniczych przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje oraz zgodnie z ustalonymi zasadami konkursu na te stanowiska. W wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 14 listopada 2013 r. sygn. akt III SA/Kr 844/13 wskazano, iż: „(...) Niedopuszczalne jest (...) wprowadzanie mocą aktów rangi podstawowej takich regulacji, które doprowadziłyby do obejścia przytoczonych powyżej regulacji ustawowych. (...) Doszłoby bowiem do obejścia prawa zarówno w zakresie wymaganych kwalifikacji zawodowych i stażu, jak też powoływania w drodze konkursu. (...) wprowadzenie zamiast stanowisk „pielęgniarki naczelnej” i „pielęgniarki oddziałowej” innych stanowisk o tych samych funkcjach, stanowi obejście prawa. (...) Wszystkie te stanowiska powinny być obsadzone w drodze konkursu. Natomiast przyjęte w zaskarżonej uchwale zmiany doprowadziły w praktyce do usunięcia ze struktury organizacyjnej (...) stanowisk pielęgniarek konkursowych, co stanowi naruszenie powoływanych powyżej przepisów.” Podobnie: Orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 16 czerwca 2010 r. wydane w sprawie o sygn. akt II OSK 119/10, zgodnie z którym statutowa zmiana stanowisk i wprowadzenie w miejsce stanowisk wymienionych zarówno w ustawie o zakładach opieki

zdrowotnej (obecnie odpowiednio ustawie o działalności leczniczej) (...) nowych stanowisk, w ustawach nie wymienionych może być uznane za obejście prawa prowadzące do naruszenia ustawowych uprawnień samorządu pielęgniarek.”

Argumentacja przytoczona w uzasadnieniu o braku wykwalifikowanych pielęgniarek jest oczywistą nieprawdą. Z danych statystycznych wynika, iż obecnie w systemie ratownictwa medycznego jest 13 038 pielęgniarek systemu, w tym 2 705 pielęgniarek z tytułem

specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Natomiast, pielęgniarek posiadających kwalifikacje pielęgniarki systemu jest obecnie 64 347, w tym 24 098 to pielęgniarki z tytułem specjalisty.

Ratownik medyczny bez względu na uzyskane dodatkowe kwalifikacje nie ma możliwości uzyskania kwalifikacji porównywalnych z kwalifikacjami pielęgniarki, w tym pielęgniarki oddziałowej.

W związku z powyższym wyrażamy sprzeciw wobec wprowadzenia aktem wykonawczym rozwiązań prawnych

polegających na możliwości obsadzenia stanowiska pielęgniarki oddziałowej szpitalnego oddziału ratunkowego - przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego oraz zmiany nazwy stanowiska na koordynującego pracę innych osób, dającą możliwość pełnienia tej funkcji przez ratownika medycznego.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander
Prezes NRPiP
Zofia Małas*



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko

Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
wobec

Rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy - Kodeks karny
oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3451)

Projekt nowelizacji Kodeksu karnego zawarty w Rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3451) zakłada wprowadzenie istotnych zmian w zakresie polityki karnia poprzez zaostrenie jej represyjności. Dotychczas obowiązujące granice ustawowego zagrożenia przewidzianego dla czynów zabronionych uległy modyfikacji.

W projekcie proponuje się przyjęcie nowych ujednoczonych zagrożeń karą pozbawienia wolności od 2 do 15 lat pozbawienia wolności, od 3 do 20 lat pozbawienia wolności, od 5 do 25 lat pozbawienia wolności, od 8 do 30 lat pozbawienia wolności, od 10 do 30 i od 12 do 30, przy czym te trzy ostatnie – tak jak to było do tej pory – wraz z możliwością orzeczenia dożywotniego pozbawienia wolności. Omawiane zmiany zagrożeń karnych dotyczą m.in. czynów zabronionych, określonych w art. 155 § 2.

Dotychczas obowiązujący przepis art. 155 kodeksu karnego przewidywał odpowiedzialność sprawcy nieumyślnego spowodowania śmierci w granicach od 3

miesiący do lat 5. Projekt zmienia granice odpowiedzialności karnej sprawy takiego czynu podwyższając dolną granicę do 1 roku zaś górną do lat 10. Niezależnie od tego projektodawcy wprowadzają do art. 155 kolejną jednostkę redakcyjną tj. § 2 w brzmieniu: „Jeżeli sprawca powoduje śmierć więcej niż jednej osoby podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 15”.

W tym miejscu wyraźnego podkreślenia wymaga to, iż po myśli art. 69 § 1 kodeksu karnego sąd może warunkowo zawiesić wykonanie kary pozbawienia wolności orzeczonej w wymiarze nieprzekraczającym roku. A zatem, każda kara pozbawienia wolności wymierzona przez sąd w wymiarze przekraczającym 1 rok będzie powodowała pozbawienie wolności osoby ukaranej.

Uzasadniając powyższe zmiany projektodawca m.in. stwierdził, iż „(...) w ocenie projektodawcy przy ocenie stopnia szkodliwości społecznej przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka nie można przejść do porządku nad znaczną różnicą w zakresie

stopnia społecznej szkodliwości czynu tego przestępstwa w wypadku, gdy jego skutkiem jest śmierć jednej lub większej liczby osób. Te różnice powinny manifestować się również przyjęciem w tym drugim wypadku surowszych granic odpowiedzialności karnej sprawcy. W świadomości społecznej powinno istnieć ugruntowane przekonanie, które należy wyrabiać także odpowiednim ukształtowaniem sankcji groźących za naruszenie konkretnych zakazów karnych, że niezachowanie przez człowieka przeciętnego obowiązku ostrożności w sytuacji, w której na podstawie normalnej zdolności przewidywania i obowiązku dbałości o życie ludzkie można wymagać od niego, aby nie dopuścił do wystąpienia skutku w postaci śmierci człowieka, powinno i będzie skutkować wobec niego sankcją karną tym surowszą, im rozleglejszy charakter będą miały te skutki. Tego ogólnoprewencyjnego efektu nie można w sposób pożądanym osiągnąć jedynie w ramach podstawowego typu czynu, przewidującego zagrożenie karne nieprzekraczające 5 lat pozbawienia wolności. Tak

ukształtowana przez ustawodawcę sankcja, nawet przy uwzględnieniu, że chodzi o przestępstwo nieumyślne, nie przystaje do abstrakcyjnego stopnia społecznej szkodliwości tego typu czynu i nie spełnia należycie swych funkcji prewencyjnych.

Życie ludzkie zalicza się do najcenniejszych dóbr chronionych prawem karnym i nawet nieumyślne zaatakowanie tego dobra musi spotykać się z odpowiednio surową sankcją, za którą nie można uznać kary do 5 lat pozbawienia wolności, grożącej np. za zwykłą kradzież czy fałsz dokumentu. Z tego względu sankcja ta powinna być ukształtowana w wyższych granicach, choć nie takich, które można by było uznać za nadmiernie surowe. Przewidziana w projekcie za czyn w typie podstawowym kara od 1 roku do 10 lat pozbawienia wolności grozi bowiem za popełnienie takich przestępstw jak kradzież z włamaniem, która, choć jest przestępstwem umyślnym, to godzi jednak w dobro prawne znajdujące się niżej w hierarchii wartości.

Powyższe względy zdeterminowały zatem propozycję zaostrzenia ustawowego zagrożenia odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie śmierci w typie podstawowym i wprowadzenia sankcji od roku do 10 lat pozbawienia wolności oraz wprowadzenia typu kwalifikowanego ze względu na rozległość przestępnego skutku z zagrożeniem karnym od 2 lat do 15 lat pozbawienia wolności.¹

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wobec zaprezentowanych wyżej zmian wyraża zdecydowanie negatywne stanowisko. Zaostrzenie prawa, które jak to deklarują projektodawcy ma służyć m.in. ochronie najistotniejszych dóbr jakimi są zdrowie i życie człowieka, w sposób paradoksalny w swoich skutkach w przypadku pacjentów przyniesie najprawdopodobniej zgoła odwrotny efekt. Radykalny wzrost proponowanej represji karnej - mający w założeniu powodować zwiększenie stopnia staranności podejmowanych działań zawodowych przez m.in. pielęgniarki i położne, a tym samym prowadzić do minimalizacji ilości popełnianych błędów i występowania tzw. zdarzeń niepożądanych zamierzo-

nego skutku nie wywoła, natomiast najprawdopodobniej spowoduje dalsze zmniejszenie ilości osób zdecydowanych na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej poprzez odejście od zawodu. Wskazana wyżej zmiana art. 155 k.k. polegająca na wprowadzeniu odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie śmierci dwóch osób i zagrożenie z tego tytułu karą w wymiarze od 2 do 15 lat niesie szczególne ryzyko związane z wykonywanym zawodem dla położnych sprawujących opiekę nad ciężarną kobietą i jej dzieckiem.

Zorientowanie członków personelu medycznego (pielęgniarek i położnych) na przestrzeganie przepisów dotyczących wykonywania zawodu, a tym samym minimalizacji popełnianych błędów przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie zostanie osiągnięte poprzez zwiększenie represji karnej - czyli inaczej mówiąc - zwiększenia obawy przed utratą wolności osobistej. Występowanie błędów popełnianych wobec pacjenta w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych jest wynikiem nie tylko braku zachowania reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach przez pielęgniarkę lub położną, ale także efektem niewłaściwej organizacji pracy, niedoboru personelu pomocniczego i niedostatecznej obsady stanowisk pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Niedobór ten będzie się pogłębiał, gdy za kilka lat uprawnienia emerytalne będą nabywać pielęgniarki, położne z najliczniejszego obecnie przedziału wiekowego 51-60 lat, które stanowią 32% wszystkich zarejestrowanych pielęgniarek i położnych. Oznacza to, że rocznie ok 10,5 tys. pielęgniarek i położnych nabędzie uprawnienia emerytalne. Należy dodać że aktualnie tylko około 5,5 tys. pielęgniarek i położnych stwierdza prawo wykonywania zawodu, co nie oznacza że osoby te podejmą pracę w podmiotach leczniczych. W każdym kolejnym roku rośnie więc luka pokoleniowa.

Liczba pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo, realizujących świadczenia zdrowotne w systemie ochrony zdrowia, podobnie jak lekarzy jest zbyt mała. Wykonywanie zawodu równoległe w kilku podmiotach leczniczych, w ramach kolejnych dyżurów (ze względu na wspomniane niedostatki kadr pielęgniarskich

i położniczych), a tym samym obciążenie nadmierną pracą to kolejna przyczyna występowania zdarzeń niepożądanych. W tym miejscu wskazać również należy na ciągły proces zwiększania zakresu obowiązków nakładanych na pielęgniarki i położne w ramach wykonywanego przez nie zawodu, jako refleksowy skutek braku personelu medycznego oraz personelu pomocniczego. Dobrym przykładem tego zjawiska może być rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych (zmiana ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej) w zakresie samodzielnego ordynowania leków oraz wystawiania recept i kierowania na badania diagnostyczne, bez przekazania innym prostych czynności personelowi pomocniczemu. W efekcie rozszerzono zakres zadań i odpowiedzialności pielęgniarek i położnych dodając obowiązków, a nie wprowadzając zmian w organizacji pracy, pozwalającej na właściwą realizację zadań. Należy również wspomnieć tutaj że obowiązek prowadzenia dokumentacji elektronicznej przez pielęgniarki i położne wobec niedostatków organizacyjnych w podmiotach leczniczych spowodował sytuacje, w której dokumentacja ta, prowadzona jest zarówno w wersji elektronicznej jak i papierowej. Sytuacja taka zwiększa obciążenie pracą pielęgniarek i położnych znacznie ograniczając czas jaki mogą poświęcić na realizację świadczeń zdrowotnych u pacjenta. Błędy wobec pacjenta to skutek również ciągle występującego niedoinwestowania służby zdrowia oraz występowania tzw. błędów organizacyjnych.

Zmiany w zasadach odpowiedzialności karnej, w tym wzrost represyjności z tytułu popełnienia określonych przestępstw zazwyczaj dokonywane są wówczas gdy ilość danych czynów na przestrzeni określonego czasu w istotny sposób rośnie. Wówczas reakcją ustawodawcy na takie zjawisko jest m.in. zwiększenie odpowiedzialności karnej. Wskazując na powyższe należy podkreślić iż Naczelny Rzecznik nie dysponuje informacjami świadczącymi o gwałtownym wzroście ilości spraw przeciwko pielęgniarkom i położnym wobec, których byłyby wydawane wyroki skazujące oraz wymierzane kary z tytułu popełnienia przestępstw kwalifikowanych z art. 155 k.k.

Tym samym zmiany prawa karnego, których kierunek w negatywny sposób dotknie przedstawiciele tej grupy zawodowej należy ocenić negatywnie.

1 Druk sejmowy nr 3451 – uzasadnienie Rządowego projektu ustawy o zmia-

nie Kodeksu karnego oraz niektórych innych ustaw (<http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/druk.xsp?documentId=996CE307123D03FEC12583FA0069E8F2>)

*Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Zofia Małas*

*Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Uroczyste otwarcie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej

W dniu 4 marca 2019r. w Państwowej Wyższej Szkole im. Stanisława Pigionia w Krośnie miało miejsce uroczyste otwarcie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej.

W uroczystościach udział wzięli:

- Janusz Cieszyński - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
- Piotr Przytocki - Prezydent Miasta Krosna
- Bronisław Baran- Zastępca Prezydenta Miasta Krosna
- mgr Mariola Zajdel-Ostrowska - Zastępca Dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Rzeszowie
- Mateusz Podkul, Kierownik Oddziału zamiejscowego Wydziału Organizacyjno-Administracyjnego Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Krośnie, który reprezentował Panią Ewę Leniart - Wojewodę Podkarpackiego
- Przedstawiciele władz samorządowych

- Władze PWSZ w Krośnie na czele z rektorem prof. Grzegorzem Przebindą
- Konsultanci wojewódzcy w różnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa
- Dyrektorzy i pielęgniarki naczelne placówek współpracujących z Uczelnią
- Przedstawiciele organizacji pielęgniarstkich
- mgr Renata Michalska - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- Dyrektorzy zaprzyjaźnionych z Uczelnią szkół z Krosna i okolic
- Kamila Bogacka, Prezes Zarządu Stowarzyszenia „Czyń dobro mimo wszystko”
- Dyrektorzy, kierownicy, nauczyciele akademicy, pracownicy administracyjno-techniczni Uczelni, studenci
- przedstawiciele mediów i firm medycznych

Uroczystość prowadziła kierownik Zakładu Pielęgniarstwa – mgr Małgorza-

ta Dziura, w asyście pani mgr Katarzyny Studnickiej.

Dyrektor Instytutu Zdrowia i Gospodarki - dr Renata Rabiasz wygłosiła wykład pt. „Istota nauczania metodą symulacji medycznej”. Przybliżyła zebrany zagadnienia związane z symulacją medyczną, jej funkcjonowaniem i zastosowaniem w kształceniu przyszłej kadry medycznej. Drugi wykład pt. Rozwój i rola Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej w kształceniu studentów na kierunku Pielęgniarstwo, wygłosiła pani mgr Katarzyna Studnicka – koordynator MCSM. Przedstawiła w nim m.in. założenia projektu, z którego środków sfinansowano MCSM.

Uroczystego przecięcia wstęgi dokonał prof. Grzegorz Przebinda- Rektor PWSZ, dr Renata Rabiasz – Dyrektor Instytutu Zdrowia i Gospodarki, Piotr Przytocki- Prezydent Miasta Krosna oraz gość honorowy uroczystości Janusz Cieszyński-Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Przybyli goście mogli zwiedzić pracownie Centrum Symulacji tj.:





- sala umiejętności pielęgniarskich
- sala do ćwiczeń umiejętności technicznych
- sala egzaminu OSCE
- sala symulacji z zakresu BLS
- sala symulacji z zakresu ALS
- sala pielęgniarska wysokiej wierności
- pomieszczenie kontrolne

Gości zapoznano z wyposażeniem i sprzętem, jaki został zakupiony na potrzeby funkcjonowania MSCM ze środków przeznaczonych na realizację projektu Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo - utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie (POWR. 05.03.00-00-076/17)

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Wartość projektu to 2.437.232,14 zł. Dofinansowanie projektu ze środków UE: 2.054.099,24 zł. Studenci kierunku Pielęgniarstwo mogą korzystać ze sprzętu najwyższej jakości, zdobywać i kształtować nie tylko umiejętności techniczne; ale również umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej, pracy w zespole czy podejmowania decyzji. Studenci mogą wykonywać zadania w warunkach zbliżonych do naturalnych, przeanalizować i omówić z prowadzącym swoje postępowanie, wychwycić ewentualne błędy i je

skorygować. Umiejętności wykształcone podczas realizacji programu studiów a następnie rozwijane w czasie pracy zawodowej, przyczynią się do wzrostu bezpieczeństwa pacjentów i zredukowania liczby zdarzeń niepożądanych.

Na zakończenie Uroczystości przedstawiono scenariusz symulacyjny z udziałem studentów II roku kierunku Pielęgniarstwo, który został przygotowany pod kierunkiem pana mgr Dawida Makowicza - nauczyciela akademickiego PWSZ w Krośnie.

*Małgorzata Dziura, Katarzyna Studnicka
PWSZ im. S. Pigonia w Krośnie*

Symbolika Zawodu Pielęgniarki w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku

Symbolika Zawodu Pielęgniarki to uroczystość, która stanowi istotny element kształcenia i identyfikacji zawodowej studentów kierunku Pielęgniarstwo. W tym roku po raz piętnasty w Instytucie Medycznym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku 42 studentów II roku studiów pierwszego stopnia przyjęło z należytą czcią symbole zawodowe pielęgniarki/pielęgniarskiego.

Tegoroczne obchody odbyły się dnia 14 maja 2019 roku w Centrum Sportowo-Dydaktycznym Uczelni. W uroczystości wzięli udział zaproszeni goście

m.in. parlamentarzyści, przedstawiciele władz samorządowych miasta i powiatu sanockiego, wykładowcy innych Uczelni, przedstawiciele Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, duchowieństwo, dyrektorzy szpitali z Brzozowa, Leska i Sanoka, dyrektorzy domów pomocy i opieki społecznej oraz władze Uczelni, nauczyciele akademicy, pracownicy uczelni, studenci wraz z rodzinami. Uroczystość poprzedzona została wniesieniem sztandaru Uczelni, którą reprezentowali studenci I roku kierunku Pielęgniarstwo Gabriela Stach, Paula Szymula i Przemysław Cypcarz

oraz symboli zawodu tj. lampki oliwnej Florence Nightingale i czepka pielęgniarskiego przez studentów Izabelę Węgrzyn i Paulę Tympalską.

Gościem honorowym była dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka – Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku, która w czasie uroczystości przedstawiła wykład na temat roli Centrum Symulacji Medycznych w kształceniu studentów na kierunku Pielęgniarstwo.

Uroczystość została otwarta przez Rektora Uczelni doc. dr Elżbietę Cipora, która w swoim wystąpieniu podkreśliła

znaczenie pielęgniarstwa, jako zawodu, misji, nauki i sztuki. Na wstępie części oficjalnej studentka II roku Izabela Mazur przedstawiła krótką prezentację poświęconą znaczeniom symboli w zawodzie pielęgniarki.

Czepki pielęgniarские oraz nagrody książkowe, które ufundowała Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zostały wręczone przez opiekuna roku mgr Lucynę Gazdowicz i nauczycieli akademickich w czasie ceremonii. W pierwszej kolejności otrzymali je studentki, które osiągnęły najlepsze wyniki w nauce oraz wyróżniły się szczególną aktywnością na rzecz Uczelni. Były to: Izabela Mazur, Wanda Słysz, Beata Chudio, Edyta Krok, Katarzyna Łagoźny, Dominika Bryndza. Dla studentów był to oprócz hymnu i ślubowania najważniejszy moment uroczystości, który z pewnością na długo pozostanie w ich pamięci.

Warto podkreślić, że studenci pielęgniarstwa nie tylko przygotowują się do wykonywania przyszłego zawodu, ale również podejmują aktywności o charakterze naukowym działając w Studenckim Kole Naukowym Pielęgniarek. Efektem tego zaangażowania był udział w kilku konferencjach o zasięgu ogólnopolskim oraz publikacje w czasopismach naukowych. Doceniając zaangażowanie i wyróżniającą się postawę, studentów działających w Studenckim Naukowym Kole Pielęgniarek w Zakładzie Pielęgniarstwa podczas uroczystości wyróżniono ich dyplomami. Do wyróżnio-

nych studentek należały: Izabela Mazur, Paulina Krzysik, Karolina Milczanowska. Dyplomy uznania zostały wręczone przez opiekuna koła dr n. o zdr. Krzysztofa Jakubowskiego.

Studenci pielęgniarstwa otrzymali również nagrody za aktywną działalność w Studenckim Kole Wolontariatu ściśle współpracującym z Powiatowym Centrum Wolontariatu w Sanoku. Ich praca polega głównie na świadczeniu usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych w środowiskach domowych oraz udziale w akcjach charytatywnych na terenie miasta i powiatu. Doceniając ich trud i poświęcenie Pani Czesława Kurasz – Prezes Powiatowego Centrum Wolontariatu w Sanoku wręczyła dyplomy następującym studentom: Aleksandra Tomza, Katarzyna Łagoźny, Izabela Mazur, Paulina Krzysik, Kamila Pytlak, Gabriela Cieślewicz, Magdalena Gładysz, Kamila Kucharska, Monika Strzałka, Natalia Kaczmar, Karina Lewicka, Joanna Florek, Aleksandra Gocek, Izabela Paterek.

Następnie studenci złożyli serdeczne podziękowania za otrzymanie symbolu pielęgniarstwa Władzom Uczelni oraz kadrze dydaktycznej Instytutu Medycznego PWSZ w Sanoku za wkład pracy włożony w ich wykształcenie i przygotowanie do zawodu. Szczególne podziękowania skierowali do dyrektorów i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w których realizowane jest kształcenie praktyczne tj. Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicz-

nego w Brzozowie, Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku, Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku, Samodzielnego Publicznego Miejskiego Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku oraz Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego i Domu Pomocy Społecznej „Światło Nadziei” w Sanoku.

Końcowym miłym akcentem uroczystości była część artystyczna, przygotowana przez studentki II roku kierunku Pielęgniarstwo Paulinę Wańczyk, Aleksandrę Gocek i Anitę Czech, które zaprezentowały kilka utworów muzycznych w wersji wokalne.

Serdecznie dziękujemy Wszystkim zaangażowanym osobom, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do zorganizowania i uświetnienia tej uroczystości. Dziękujemy również Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za ufundowanie czepków pielęgniarских i nagród książkowych dla najlepszych studentów.

Życzymy wszystkim studentom, aby przyjęty symbol pielęgniarstwa przypominał w każdej sytuacji o zobowiązaniach, jakie podjęli z dniem wyboru zawodu i aby wytrwałość i gotowość służenia Potrzebującym stała się dla nich misją i życiowym powołaniem.

Jeszcze raz Wszystcy Gratulujemy!

*Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa
dr n. o zdr. Aneta Mielnik*

Symbolika Zawodu

w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigionia w Krośnie

W dniu 14 maja 2019r. w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigionia w Krośnie odbyła się uroczystość Symboliki Zawodu oraz Dyplomatorium studentów studiów stacjonarnych kierunku Pielęgniarstwo.

Uroczystość przygotowały i poprowadziły – kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Pani mgr Małgorzata Dziura oraz opiekun II roku studiów stacjonarnych Pani mgr Edyta Szydło. Uroczystość zaszczylicili swoją obecnością: Wiceprezydent Miasta Krosna - Bronisław Baran, JM Rektor Państwowej Wyższej Szkoły

Zawodowej im. Stanisława Pigionia prof. dr hab. Grzegorz Przebinda, Prorektor ds. Rozwoju prof. dr hab. Zbigniew Barabasz, Prorektor ds. Studiów Dominik Wróbel, Kanclerz PWSZ mgr Franciszek Tereszkiwicz. Obecni byli także Dyrektorzy Instytutów, Kierownicy Zakładów, nauczyciele akademicki. Na uroczystość przybyli przedstawiciele Organizacji Pielęgniarskich: m.in. mgr Krystyna Krygowska - Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, mgr Ewa Czupską - Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Po-

łożnych w Krośnie i Jadwiga Nawrocka – Przewodnicząca Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Krośnie. Na uroczystość przybyli przedstawiciele Zarządu Szpitala Krośnieńskiego, Pielęgniarki Naczelne Szpitali, Pielęgniarki Oddziałowe, konsultanci z różnych dziedzin pielęgniarstwa oraz mentorki pielęgniarstwa ziemi krośnieńskiej.

W uroczystościach uczestniczyła również pani prof. Elżbieta Piontek, pani prof. Danuta Zarzycka i gość specjalny uroczystości -pani Uliana Kutyańska, która była wykładawcą pielęgniarstwa



i historii medycyny Lwowskiego Medycznego Instytutu Pielęgniarstwa i Laboratorium Diagnostyki Andrzeja Krupyńskiego.

Pierwszym etapem uroczystości była ceremonia ślubowania Absolwentów studiów stacjonarnych kierunku Pielęgniarstwo. Po ślubowaniu absolwenci uroczystie otrzymali dyplomy licencjata pielęgniarstwa. Za dyplom z wyróżnieniem i wyróżnioną pracą dyplomową absolwenci otrzymywali nagrody ufundowane przez Rektora PWSZ oraz Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Wręczano także dyplomy i nagrody za działalność w SKN oraz za pracę jako starosta roku. Wzruszającym momentem uroczystości było wręczenie pani mgr Marii Zakrzewskiej pamiątkowego obrazu wykonanego przez studentkę Joannę Chowaniec jako podziękowanie za lata pracy jako opiekuna koła wolontariatu studenckiego i uczenie niesienia bezinteresownej pomocy potrzebującym osobom oraz propagowanie idei wolontariatu wśród studentów całej naszej Uczelni.

Bardzo pięknym momentem uroczystości było wręczenie dyplomu i symbolicz-

nej nagrody dla pani Agnieszki Gorczycy, studentki III-go roku kierunku Pielęgniarstwo za okazaną profesjonalną i troskliwą opiekę nad osobą starszą potrzebującą pomocy. Władze Uczelni podkreślali jakim profesjonalizmem, wrażliwością i otwartością na problemy drugiego człowieka, ale przede wszystkim ogromnym sercem wykazała się ww. studentka.

W dalszej części 74 studentów II roku studiów stacjonarnych kierunku Pielęgniarstwo uroczystie ślubowało i otrzymało symbole czepka białego ufundowane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Uroczystość uchwycił odśpiewany przez wszystkich zgromadzonych Hymn Pielęgniarski.

Kolejnym punktem uroczystości było wręczenie nagrody dla laureatki konkursu „Najlepszy opiekun praktyk zawodowych kierunku Pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigionia w Krośnie. W tym roku nagrodę otrzymała pani mgr Bogumiła Zięba – pielęgniarka oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie.

Najbardziej wzruszającym momentem Uroczystości było podziękowanie pani prof. Elżbiecie Piontek za wieloletnią pracę w naszej Uczelni, w związku z podjęciem decyzji jej zakończenia. Podziękowanie prof. dr hab. n. med. Elżbiecie Piontek złożył JM Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigionia prof. dr hab. Grzegorz Przebinda, prof. nadzw. Danuta Zarzycka, Dyrekcja Szpitala krośnieńskiego oraz przedstawiciele studentów. Uroczystość uświetnili swoimi występami członkowie zespołu wokalnego pod dyktando pana dr Janusza Boczara.

W drugiej części Uroczystości pani Uliana Kutyańska wygłosiła wykład „Swoistość kształcenia pielęgniarek na Ukrainie”.

Uroczystość zakończono słowami Jana Pawła II:

„Pielęgniarstwo to nauka i sztuka, źródło inspiracji w trosce i w służbie drugiemu człowiekowi, oparte na życzliwości i przyjaźni, lojalności i zwykłej ludzkiej dobroci...”

Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa
mgr Małgorzata Dziura

Uroczystość z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej w Brzozowie

W dniu 11.06.2019 r. w SzS POO w Brzozowie odbyła się uroczystość z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej. Uroczystość jak co roku rozpoczęła się Mszą Św. pod przewodnictwem Księdza Prałata Kazimierza Gadzały - Diecezjalnego Duszpasterza Służby Zdrowia, który również wygłosił homilię. Oprawę Mszy Św. ubogaciła szpitalna „szkola”, która śpiewem wprowadziła w liturgię Mszy Św. i stworzyła niepowtarzalny klimat uroczystości.

Drużyna część spotkania poprowadzona przez p. Beatę Barańską rozpoczęła się od powitania wszystkich zaproszonych gości oraz wszystkie koleżanki i kolegów Pielęgniarki/Pielęgniarzy, Położne, koleżanki emerytki obecne na tej uroczystości a także te które właśnie dzielnie pracowały przy naszym chorych.

Zanim rozpoczęła się część naukowa głos zabrali:

- Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie p. Barbara Błażejowska-Kopiczak, która oprócz ciepłego słowa na ręce p. Naczelnej złożyła bukiet pięknych róż „dla każdej pielęgniarki i położnej”.

- Przedstawiciel Starostwa Powiatowego w Brzozowie - p. Sekretarz Ewa Tabisz, która w imieniu Starosty na ręce Przewodniczącej Związku Zawodowego PiP przekazała życzenia.

- Dyrektor SzS POO w Brzozowie p. Tomasz Kondraciuk, który wypowiedział wiele ciepłych słów, podziękowań dla całego środowiska pielęgniarek i położnych.

- Przewodnicząca ZZPiP w Brzozowie p. Zofia Czech, która przypomniała Rachu-

nek Sumienia Pielęgniarek napisany przez bł. Hannę Chrzanowską.

Po wystąpieniach gości rozpoczął się wykład poprowadzony przez Naczelną Pielęgniarkę naszego szpitala p. Zenonę Radwańską dotyczący „Pielęgniarstwa wczoraj i dziś”. Wykład przypominał historię pielęgniarstwa, które zanim stało się zawodem przeszło długą drogę kształcenia i rozwoju różnych form opieki nad chorymi

Po wykładzie p. Beata Barańska złożyła wszystkim koleżankom i kolegom, Pielęgniarkom/Pielęgniarzom i Położnym następujące życzenia:

„Życzę nam wszystkim w życiu prywatnym - radości i spełnienia, w pracy zaś - siły, zapału i mądrości, satysfakcji z realizowania misji zawodowej, uznania ze strony przełożonych, dobrych relacji z kolegami, wspólnego osiągnięcia założonych





celów i tak jak nasza bł. Hanna Chrzanowska abyśmy byli „sumieniem polskiego pielęgniarstwa” oraz wzorem jak służyć Chrystusowi w bliźnich” i zaprosiła na poczęstunek.



Wszystkim obecnym dziękujemy za udział w tej pięknej uroczystości.

mgr Beata Barańska

*Szpital Specjalistyczny w Brzozowie
Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny
im. ks. B. Markiewicza*

Działania marketingowe na przykładzie zakładu opieki zdrowotnej

Dynamiczny rozwój rynku zmusza przedsiębiorstwa do działania w warunkach nasilającej się konkurencji. Nie wystarcza już zbadanie i poznanie potrzeby nabywcy, stworzenie zaspokajającego go produktu i ustalenie konkurencyjnej ceny. Należy jeszcze dotrzeć do potencjalnego klienta (pacjenta) z informacją o tym wyrobie i przekonać go do dokonania jego wyboru. Zmiany zachodzące na rynku usług medycznych nabierają coraz większego tempa - wywołane są z jednej strony przez przeobrażenia technologiczne w zakresie nowych produktów i usług

a z drugiej - zmianami w procesie obsługi pacjenta-klienta (wynikającymi m.in. z coraz krótszych cykli życia produktów medycznych, szybko zmieniających się „mód” na rynku usług medycznych, rosnącym zasobem wiedzy pacjentów). Choć znaczna część placówek opieki zdrowotnej w Polsce to podmioty publiczne, to ich dyrektorzy powinni zrozumieć rolę nowoczesnego sektora publicznego oraz konieczność odejścia od pasywnego administrowania na rzecz wprowadzania zasad zarządzania z typowym dla niego oparciem na ustalonych standardach pracy, promowaniu

działań i racjonalizacji wydatków publicznych.

Początek marketingu przypada na rok 1800 w Stanach Zjednoczonych w kraju, w którym stworzono najlepsze warunki do jego uprawiania. Właściwy rozwój marketingu, nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale także w europejskich rozwiniętych krajach kapitalistycznych, datuje się jednak dopiero od zakończenia II wojny światowej, kiedy gospodarki narodowe państw zostały odbudowane ze zniszczeń, jakie dokonała wojna, a rynek sprzedawców został zastąpiony rynkiem konsumentów. Wówczas to for-

malnie został zakończony pierwszy etap rozwoju marketingu. Rozpoczął się drugi, który obejmuje okres od lat 50-60 do przełomu dekady lat 80-90, gdzie można mówić o marketingu dynamicznym, profesjonalnym i agresywnym. Początek kolejnego etapu rozwoju marketingu w świecie datuje się na przełom dekady lat 80-90 XX w. Marketing jako swoista filozofia podejścia do rynku pojawił się w krajach wysoko rozwiniętych. W tych krajach gospodarka uzyskała taki stopień dojrzałości przy którym nie tylko miała możliwość wychodzenia naprzeciw bieżącemu popytowi, lecz także dysponowała nadwyżkami mocy zdolnymi do zaspokajania potrzeb do tej pory nie ujawnionych. Aby zrozumieć istotę marketingu oraz jego praktyczne znaczenie wymaga to od nas prześledzenia ewolucji, jaką przeszła koncepcja marketingowa od momentu jego powstania, aż do ostatniej dekady bieżącego stulecia. W tymże okresie marketing został uniwersalną koncepcją prowadzenia działalności gospodarczej w każdej dziedzinie, w każdej formie własności, całkowicie niezależnej od wielkości przedsiębiorstwa. Badając koncepcję marketingu H. Meffest wyróżnił cztery podstawowe fazy rozwoju tzw. orientację przedsiębiorstwa jako:

- orientacja produkcyjna,
- orientacja sprzedażowa czyli dystrybucyjna,
- orientacja na klienta czyli marketingowa.

Marketing jest procesem postrzegania, rozumienia, stymulowania i zaspokajania potrzeb podmiotów na określonych rynkach docelowych. Osiąga się to za pomocą środków skierowanych na pokrycie zgłoszonego na rynku zapotrzebowania. To proces dostosowywania wielkości środków placówki do rozmiaru potrzeb rynku. Samo pozyskiwanie pacjentów nie jest jednorazowym wysiłkiem, jest procesem ciągłym. Pisząc o marketingu warto przypomnieć pewne podstawowe pojęcia związane z tą dziedziną, są to przede wszystkim:

- Rynek - rozumiany jest jako proces wymiany informacji i decyzji, w którym nabywcy oraz sprzedający określają to, co chcą sprzedać lub kupić oraz warunki wymiany (tzn. podejmują decyzję co do ilości i cen dóbr)

- Wymiana-transakcja. Ten najbardziej dynamiczny element marketingu wymaga zaistnienia i wzajemnych relacji przynajmniej dwóch stron. Pojawia się i istnieje między „sprzedającym”(usługi, idee) i „klientem”(osobą fizyczną, jednostką prawną, zbiorowością)
- Wartość, użyteczność. Rozpatrywana jest jako funkcja potrzeb klientów, jest pojęciem względnym. Ten relatywizm wynika ze znacznego zróżnicowania ekonomicznego i kulturowego potencjalnych klientów oraz w konsekwencji ich systemów wartości. Dlatego jednym z celów marketingu jest określenie potrzeb.
- Kształtowanie zachowań - stylu życia i funkcjonowania klientów. Realizuje się poprzez tworzenie nowych potrzeb na potencjalnych klientach i w konsekwencji wzbudzenie popytu na nowe produkty: dobra materialne, usługi i idee.

Marketing to konsekwencja między innymi reformy służby zdrowia reformy która ma na celu wymusić działania prorynkowe ze strony zakładów opieki zdrowotnej stawiając je w sytuacji przedsiębiorstwa usługowego. Można go postrzegać trojako:

- jako funkcję wspomagającą zarządzanie
- jako jedną ze sfer wpływającą na jakość usług medycznych
- oraz można mówić o marketingowym zarządzaniu całą placówką.

Marketing ma do odegrania ważną rolę w zarządzaniu oczekiwaniami klientów i ich dopasowaniami, na ile to możliwe, do zakresu świadczonych usług. Odpowiednia strategia może też dopomóc w polepszeniu komunikacji z różnymi społecznościami, zachęcać do zdrowszego stylu życia i tym samym racjonalizować wykorzystywanie cennych zasobów. Co więcej marketing może sprzyjać poprawie istoty relacji w ramach opieki zdrowotnej, łagodnie odwołując niektórych lekarzy od postawy polegającej na oferowaniu konsultacji w związku z różnorodnymi przypadkami klinicznymi na rzecz takiej, w której konsultacje te będą się koncentrować na cierpiących, a nie na ludziach. Profesja medyczna zawsze dobrze sobie radziła z leczeniem chorób, niestety, wielu lekarzy pozostawia

pacjentów w przekonaniu, że najmniej w tym wszystkim liczy się zwykle ludzkie życie, jego komfort i związane z nim szczęście. W placówkach służby zdrowia funkcjonujących na współczesnym rynku marketingowym priorytetem powinno stać się dostarczenie jakości. Podnoszenie standardu świadczonych usług jest niezbędne z uwagi na fakt, iż pacjenci przestają tolerować usługi niskiej jakości. Pacjent indywidualnie ocenia wartość, jaką ma otrzymać od usługodawcy, jego osobiste doświadczenia są źródłem satysfakcji bądź jej braku. W głównej mierze zależy ona od stopnia, w jakim otrzymana usługa spełnia jego oczekiwania. Satysfakcja pacjenta oraz więzi są podstawą budowy silnych relacji pomiędzy pacjentem, a placówką. Umiejętność zarządzania jakością w relacjach z klientem pozwoli placówkom medycznym wykorzystać możliwą przewagę konkurencyjną, którą niewątpliwie stwarza strategia marketingu relacji. Oznacza to, że jakość wykonania i poziom obsługi będzie przede wszystkim wynikiem zachowania się personelu w danej specyficznej sytuacji i właściwie bez znaczenia jest czy i jakie ma on wsparcie zaplecza lub jaki kapitał firmuje jego działalność: „Lekarz i pielęgniarki powinni być partnerami dla chorego, gdyż są głównymi osobami odpowiedzialnymi za proces leczenia i jego rezultaty, stąd też konieczna jest ich ścisła współpraca oparta na właściwej komunikacji”.

Relacja między ZOZ-em, a pacjentem może przybierać formę:

- Bezpośredniego kontaktu osobistego - pacjent może sobie wyrobić pogląd na temat jakości usług na podstawie profesjonalizmu i zachowania pracowników.
- Pośredniego kontaktu osobistego- pacjent styka się z usługą za pośrednictwem telefonu, postawa personelu w „danej chwili” może zaważyć na relacji z pacjentem.
- Kontakt na odległość - pacjent styka się z usługą lub jej częścią za pośrednictwem poczty (za pomocą ulotki) i internetu.

Doświadczenie i profesjonalizm kadry medycznej, właściwy stosunek do pacjentów pozwoli wzmocnić pozytywny wizerunek jednostki wśród społeczności oraz pozyskiwać nowych pacjen-

tów. Kampania informacyjna ma na celu zareklamowanie ZOZ-ów oraz zaznajomienie grup adresatów z zakresem oferowanych usług, możliwościami diagnostycznymi i leczniczymi. Działania tego typu powinny być skierowane do potencjalnych, przyszłych klientów, których można dopatrywać się wśród mieszkańców danego miasta i okolic. Wprowadzenie technologii informacji zrewolucjonizowało kontakty zakładu z odbiorcą czyli pacjentem. Informacja przepływa szybciej pokonując czas i odległość, zbliża-

jąc nadawcę z pacjentem. Bez wychodzenia z domu można w ciągu kilku minut za pomocą Internetu czy telefonu załatwić sprawę ze swoim lekarzem. Pozwala to pacjentowi zaoszczędzić czas i szybko podjąć decyzję. Przez to zakład zyskuje przewagę nad konkurencją. Wysoki poziom świadczeń przekłada się bowiem na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a przede wszystkim na życie pacjenta.

*mgr Wioletta Hap
SPM-G ZOZ Jasło*

Bibliografia:

1. Wachowicz R, Marketing relacji jako orientacja pomagająca kreować wizerunek placówki służby zdrowia, Warszawa 2006.
2. Ph. Kotler Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola, Gebethner i Ska, Warszawa 1994.
3. I. Nowotny, Plan marketingowy. Budowa przyszłości przedsiębiorstwa, Polska Fundacja Promocji Kadr, Warszawa 1993.
4. I. Rudawska, Symboliczny wymiar wizerunku placówki medycznej, IPIS, Warszawa 2006.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z rwą kulszową w przebiegu dyskopatii lędźwiowej kręgosłupa

WSTĘP

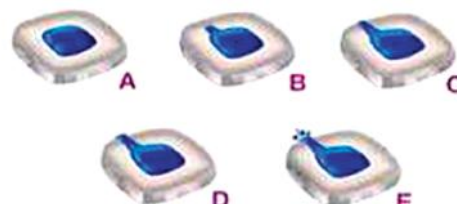
Rwa kulszowa to często występująca choroba, która powoduje silny ból i niepełnosprawność. Choć przyjęło się opisywanie tego schorzenia jako choroby, jest ona tak naprawdę objawem. Ból opisany przez pacjentów jest uporczywy i często uznawany za tak ciężki, że jego siła jest przez chorych nie do zniesienia. Na powstawanie rwy kulszowej może składać się wiele czynników zarówno genetycznych jak i wykonywanych czynności fizycznych.[Stafford M.A., Peng P., Hill D.A, 2007, s.461] Większość przypadków występowania choroby udaje się wyleczyć przy zastosowaniu metod zachowawczych. Występują jednak przypadki, kiedy choroba staje się chroniczna i ciężko ją przezwyciężyć innymi sposobami niż operacja chirurgiczna. W dzisiejszych czasach problem ten dotyka coraz większą liczbę osób. Wielu ludzi nie zwraca na co dzień uwagi na to jak duże obciążenie spada na ich kręgosłup. Choroba degeneracyjna krążków międzykręgowych w tym czasie postępuje, a każde niewłaściwe zachowania ze strony ludzi, które nadmiernie obciążają kręgosłup przyczyniają się do rozwoju choroby.

DYSKOPATIA LĘDŹWIOWA KRĘGOSŁUPA

Dyskopatia – inaczej „choroba dyskowa” to dolegliwość, która w ostatnich latach coraz częściej dotyka osoby

w młodym wieku, którzy uważają, że posiadając zdrowy i silny kręgosłup mogą wykonywać ciężkie prace fizyczne bez ograniczeń. Nic bardziej mylnego! Należy wiedzieć, że bez względu na wiek, nasze ciało i możliwości należy traktować w sposób rozważny, mając na uwadze fakt, że kręgosłup mamy jeden i musi posłużyć nam przez całe życie. Dyskopatia to szerokie pojęcie obejmujące choroby zwyrodnieniowe krążka międzykręgowego, tj. przemieszczenie się dysku, wypadnięcie lub kręgozmyk oznaczający przemieszczenie się kręgów w odcinku lędźwiowym względem siebie. Głównym objawem dyskopatii lędźwiowej jest ból lędźwiowo-krzyżowej części kręgosłupa, który promieniuje do kończyn dolnych. Dzieje się tak przez ucisk na korzenie nerwowe, które składają się na nerw kulszowy. [Klimaszewska K., 2011, s.48-49]

Choroba ta składa się z kilku etapów. Zdrowy krążek międzykręgowy (ryc. A) ulega zwyrodnieniu zapoczątkowując wypuklinę (ryc. B). Ten etap może trwać latami. Z biegiem czasu kiedy kręgosłup nadal jej obciążany – choroba postępuje i przenosi się sukcesywnie na pierścień włóknisty (ryc. C) niszcząc go stopniowo zwłaszcza w jego tylnej części i powiększając się tworząc tym samym przepuklinę (ryc. D). Sekwestracja, czyli etap w którym fragment krążka odrywa się (ryc. E) to tak zwane wypadnięcie dysku.



Rycina 1. Etapy choroby krążka międzykręgowego. Źródło: Józefowski P., Kołcz-Trzęsicka A., Żurawska A.: Zdrowy kręgosłup. Stres. Wady postawy. Ćwiczenia, Wydawnictwo SBM, 2015, s.71.

Wysunięcie się dysku i utrata jego funkcji fizjologicznych to skutek procesu, który zachodzi w naszym organizmie z wiekiem. Wpływ na występowanie tej choroby ma wiele czynników i jest to między innymi nagłe lub długotrwałe przeciążenie kręgosłupa, nadwaga, ciężka praca. [Kiwierski J., Fiutko R., 2003, s.45] Jądro krążka międzykręgowego pełni kilka ważnych funkcji, a zaburzenie ich może powodować początek chorób i patologii kręgosłupa. Jedną z tych funkcji jest fakt, że stanowi ono punkt podparcia dla kręgu, który jest położony wyżej. Składa się głównie z wody, ale jest to uzależnione od wieku, ponieważ wraz z wiekiem maleje jej zawartość. [Dziak A., 2007, s. 413] Wcześniej wspomniane zmiany w ilości wody powodują niejednakowy rozkład ciśnienia czego skutkiem może być przemieszczenie się galaretowatej części dysku w kierunku kanału kręgowego powodując przy

tym ucisk na pierścień włóknisty. Silny ucisk na pierścień włóknisty powoduje uwypuklenie krążka a następnie wraz z postępem procesu chorobowego - wypadnięcie lub przemieszczenie. [Domżał T.M., 2011, s.37-38] Gwałtowne, nieskoordynowane ruchy, znaczny wysiłek fizyczny, podnoszenie ciężarów – każda z tych czynności może mieć wpływ na powstawanie przepukliny. [Kraemer J. 2013, s. 335] Przyczyn jest wiele a nasz styl życia, postawa ciała i różne czynniki fizyczne i biomechaniczne wpływają na to w jakiej kondycji jest nasz kręgosłup. Na proces powstawania choroby składają się wszystkie przyczyny i dzieje się to najczęściej przez długi okres czasu, aż do momentu, w którym dochodzi do ujawnienia się dyskopatii. Występuje to najczęściej w momencie wykonania gwałtownego i dynamicznego ruchu zgięcia kręgosłupa, podczas gdy został on dodatkowo obciążony np. podnosząc ciężki przedmiot. W tym momencie osłabiony pierścień włóknisty pęka a wypełniające go jądro miażdżyste wydostaje się spoza niego powodując silny ból i ucisk utrudniający człowiekowi życie. [Józefowski P., Kołcz-Trzęsicka A., Żurawka A., 2015, s.71-72]

RWA KULSZOWA

Okazuje się, że najczęstszą przyczyną rwy kulszowej jest międzykręgową przepuklina dysku - zwana dyskopatią. Krążki międzykręgowe ulegają zmianom zwyrodnieniowym, tj. odwadniają się i tracą objętość i elastyczność, dlatego dyski stają się mniej odporne.

To samo dzieje się z pierścieniem włóknistym, który okrywając jądro miażdżyste pełni funkcję stabilizującą. Kiedy jądro przerywa pierścień dochodzi do przepukliny dysku określa się to również mianem „niezamieszkałego dysku”. Powoduje to silny ból w lędźwiowej części kręgosłupa oraz w okolicy pośladków. Ból promieniuje w stronę jednej lub nawet obydwu kończyn dolnych a niejednokrotnie nawet do stóp. Ból kulszowy jak się okazuje swoją intensywnością może unieruchomić nawet osoby zazwyczaj odporne na tak silne dolegliwości bólowe. [Laroche F., Perrot S., 2013, s.17-22] Rwa kulszowa przede wszystkim kojarzy się bólem i to właśnie ból jest głównym objawem. Jest ostry i przeszywający.

Ruch, kaszel i napężanie się to czynności, które powodują nasilenie się bólu. Chodzenie czy stanie również powodują wzmożony ucisk na krążek. [Kwieciński H., Kamińska A.M., 2008, s.527-534] Objaw, który najczęściej ujawnia się podczas badania chorego na rwę kulszową nosi nazwę objawu Lasgue'a. Lekarz trzymając kończynę chorego za podudzie i stopę unosi ją do góry utrzymując prosty kąt w kolanie a tym samym zgina w biodrze. Kiedy u pacjenta pojawia się ostry ból podczas podnoszenia wtedy należy zanotować kąt zgięcia kończyny. Zwykle jest to promieniujący przez całą kończynę ostry ból, którego przyczyną jest rozciąganie korzenia, na który jest wywierany ucisk. Innym objawem w rwie kulszowej jest zaostrzenie bólu w momencie ucisku na żyły szyjne pacjenta co powoduje również drętwienie i mrowienie w kończynie dolnej. Taki objaw nazywamy objawem Naffziger'a od nazwiska amerykańskiego neurochirurga Howarda Christiana Naffziger'a. Takie same dolegliwości nastąpią, jeśli pacjent w pozycji leżącej znacznie przychyli głowę w kierunku mostka (objaw Neriego). [Kozubski W., 2014, s.491]

CHARAKTERYSTYKA SYTUACJI ZDROWOTNEJ PACJENTKI

Podmiotem badań jest pacjentka w wieku 50 lat zamieszkująca małą miejscowość położoną w powiecie Krośnieńskim wraz z mężem i trójką dzieci. Pacjentka doznawała dolegliwości bólowych kręgosłupa, które utrzymywały się od miesiąca. Nasilenie bólu w okolicy lędźwiowo-krzyżowej wraz z promieniowaniem do lewej kończyny dolnej okazało się tak duże, że uniemożliwiło chorej pionizację i poruszanie się. Po wezwaniu Pogotowia Ratunkowego chora została przewieziona do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Leczenie ambulatoryjne nie przyniosło istotnej poprawy. Badanie neurologiczne wykazało odprostownienie lordozy lędźwiowej oraz ograniczoną ruchomość kręgosłupa do boków i do przodu. Napięcie mięśni przykręgosłupowych u chorej wzmożone, po lewej stronie obecny objaw Lasgue'a przy kącie 45 stopni, brak lewego odruchu skokowego. U chorej wykonano badanie MRI kręgosłupa lędźwiowego, któ-

re wykazało przepuklinę krążka międzykręgowego L5-S1. W przeszłości kobieta zmagala się z już z bólem kręgosłupa, jednakże nasilenie nie było na tyle duże, by podjąć leczenie szpitalne. Pacjentka odbywała regularne wizyty u lekarza rodzinnego, którego zalecenia to ordynowanie leków przeciwbólowych w postaci tabletek i maści. Przepisywane środki przynosiły chwilową ulgę. Ból pojawiał się u pacjentki głównie w czasie wysiłku fizycznego, ale również w czasie przebywania długo w tej samej pozycji co uniemożliwiało jej pracę. Ze względu na dolegliwości bólowe kobieta musiała zrezygnować z wykonywanych prac domowych, które wymagały schylenia i wzmożonego wysiłku fizycznego. Niedługo przed trafieniem do szpitala pacjentka podczas sprzątania wykonała nagły ruch pochylając ciało i obciążając kręgosłup. Był to moment, w którym poczuła bardzo silny ból w okolicy lędźwiowej, który od tamtego momentu aż do czasu przybycia do szpitala nie ustąpił.

Hospitalizowana pacjentka podaje silny ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa, który promieniuje do lewej nogi nasilając się przy każdym nawet drobnym ruchu. Pacjentka nie jest w stanie całkowicie samodzielnie wykonać toalety, potrzebuje pomocy pielęgniarek. Ze względu na brak poprawy zdrowia oraz utrzymujący się ból jest bardzo zaniepokojona swoim stanem oraz nagłą decyzją o hospitalizacji. Podjęto rozmowę z pacjentką mającą na celu uspokojenie oraz zapewnienie o bezpieczeństwie i profesjonalnej opiece. Chora jest na bieżąco informowana o wykonywanych czynnościach. Na zlecenie o godzinie 8 podano Controloc 20 mg (p.o), Clexane 80 mg (s.c), Diclac 50 mg (p.o), Dexaven 8 mg (i.v). Pacjentka mimo przyjmowanych silnych leków przeciwbólowych skarży się na ból kręgosłupa z promieniowaniem do lewej nogi, który nie pozwala jej funkcjonować. Na zlecenie o godzinie 10, po wizycie lekarskiej, podano również Ketonal 100 mg w 100 ml 0,9% NaCl. Zalecono pacjentce przyjęcie najwygodniejszej pozycji odciążającej odcinek lędźwiowy. Zmiany pozycji chora wykonuje przy pomocy pielęgniarek lub osób odwiedzających z rodziny. Po godzinie od przyjęcia leku pacjentka oceniła ból na 7/10

w skali NRS. Ból nie ustąpił całkowicie. Podjęto rozmowę z pacjentką dotyczącą bólu, jego źródła, nasilenia oraz możliwości leczenia zarówno farmakologicznego jak i niefarmakologicznego. Przekazano chorej jak najwięcej istotnych informacji dotyczących schorzenia. Podjęto działania edukacyjne mające na celu radzenie sobie pacjentki z bólem. O godzinie 13 według zlecenia podano

pacjentce Diclac 50 mg. Obserwowano pacjentkę.

W kolejnych dniach pobytu w oddziale neurologicznym w dalszym ciągu towarzyszy chorej ból odcinka lędźwiowego promieniujący do lewej nogi, nasilający się przy poruszaniu i gwałtownych ruchach. Uniemożliwia jej to samodzielne chodzenie oraz wykonywanie codziennych czynności. Pacjentka wymaga po-

mocy pielęgniarek oraz sprzętu pomocniczego tj. wózka inwalidzkiego. Ze względu na brak poprawy zdrowia, wskutek leczenia zachowawczego w kolejnych dniach hospitalizacji, chora została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego. Ustalono termin przyjęcia na oddział Neurochirurgii z Pododdziałem Leczenia Bólu w Tarnowie. Pacjentka jest zaniepokojona wizją operacji.

DIAGNOZY I INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE

DIAGNOZA 1		
Ból spowodowany uciskiem krążka międzykręgowego na nerw kulszowy		
Definicja : Ból jest zjawiskiem nieprzyjemnego uczucia, którego doznajemy w momencie wystąpienia bodźców, które mogą niszczyć komórki. [Clifford J. Woolf, 2010]		
Objawy	Subiektywne	Obiektywne
	- lęk	- drażliwość
	- osłabienie	-cierpiący wyraz twarzy
	- bezradność	- obniżony nastrój
Cel opieki : Zmniejszenie odczucia bólu na 1/10 w skali NRS w czasie 3 dni.		
Interwencje pielęgniarskie		Uzasadnienie empiryczne
Ocena stopnia bólu z uwzględnieniem lokalizacji, czasu trwania a także określenie czynników, które łagodzą ból oraz go nasilają. Określenie wpływu bólu na codziennie życie chorego. (1 raz)		Aby podjąć odpowiednie kroki w leczeniu chorego ważnym etapem jest ocena bólu biorąc pod uwagę lokalizację, czas trwania oraz czynniki nasilające i łagodzące.[Breivik H., 2008]
Rozmowa z pacjentem na temat bólu uwzględniająca wpływ negatywny bólu na organizm oraz przyczyny.		Współpraca z chorym w procesie leczenia stanowi ważny element dlatego należy przekazać choremu niezbędną wiedzę na temat jego dolegliwości. [Howard K., 2018]
Ocena bólu przy użyciu skali numerycznej np.NRS (3 razy dziennie)		Ocena bólu przy pomocy skali numerycznej pozwala na wiarygodne ustalenie intensywności doznawanego bólu przez chorego.[Breivik H., 2008]
Wylimowanie czynników nasilających ból np. niewygodne ułożenie. Zaproponowanie ułożenia z nogami ugiętymi w kolanach uniesionymi wyżej poziomu serca (tzw. pozycja krzeselkowa). (minimum 3 razy dziennie)		Zastosowanie odpowiedniej pozycji ciała może przyczynić się do złagodzenia bólu ale również pozwala zapobiegać odciskom a co za tym idzie poprawia samopoczucie chorego.[Ślusarska B., 2015]
Zastosowanie udogodnień np. dodatkowa poduszka. (1 raz)		Udogodnienia w postaci poduszek lub podpórek wykonanych z miękkich gąbek mają na celu utrzymanie wybranej pozycji ciała w tym samym miejscu. [Ślusarska B., 2015]
Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza.		Leki przeciwbólowe zastosowane w odpowiedniej dawce mogą przynieść ulgę w bólu. [Breivik H., 2008]
Wyjaśnienie pacjentce celowości wykonywanych przez personel pielęgniarski czynności. (1 raz)		Informowanie chorego o celach wykonywanych zabiegów pozwala na zmniejszenie lęku i zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorego a także zaufania. [Kózka M., 2008]
Wynik opieki : Po trzech dniach pacjentka nadal odczuwa silny ból. Ocenia ból 9/10 w skali NRS.		

DIAGNOZA 2		
Ograniczenia w poruszaniu się spowodowane bólem promieniującym do lewej nogi		
Definicja: Ograniczenia w poruszaniu się, czyli inaczej deficyt w poruszaniu się to stan kiedy pacjent posiada ograniczone możliwości do przemieszczania się, których powodem jest obniżona sprawność kończyn dolnych lub górnych. Powody ograniczeń w poruszaniu mogą być różne w zależności od dolegliwości chorego. [Gawor A., Radzik T., 2008]		
Objawy	Subiektywne	Obiektywne
	- ból - osłabienie - zawroty głowy	- ograniczenie w zakresie przemieszczania się z łóżka do łazienki -zmiana sposobu chodzenia

Cel opieki : Zwiększenie samodzielności pacjentki poprzez minimalizowanie czynników nasilających deficyt w ciągu 3 dni.	
Interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie empiryczne
Ocena ograniczeń w poruszaniu przy użyciu skali Barthel. (1 raz)	Pielęgniarka przed podjęciem odpowiednich czynności musi określić, czego brakuje pacjentowi. [Ślusarska B., Zarzycka D. 2011]
Zaopatrzenie chorej w niezbędny sprzęt pomocniczy, który stanowiłby ułatwienie w poruszaniu się. (1 raz)	Zapewnienie choremu odpowiedniego sprzętu tworzy bezpieczne warunki do przemieszczania się. [Ślusarska B., Zarzycka D. 2011]
Okazywanie pomocy chorej w czasie prób poruszania się i przemieszczania.	Każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie. Na podstawie choroby pacjenta należy ustalić metody pomocy i asekuracji. [Majchrzycki M., 2013]
Zapewnienie chorej o wsparciu oraz gotowości do niesienia pomocy. (1 raz)	Wsparcie jest dla chorego bardzo istotnym elementem procesu leczenia. Poprzez wykazanie zrozumienia i współczucia chory wie, że otaczają go kochający ludzie, którzy wierzą w jego możliwości i podnoszą go na duchu słowami „nie poddawaj się”. [Płaszewska-Żywko L., Kózka M., s.45]
Podawanie zleconych przez lekarza leków przeciwbólowych o określonych porach.	Rolą pielęgniarki jest udział w farmakoterapii. [Ślusarska B., Zarzycka D. 2011]
Zapobieganie powikłaniom zatorowo-zakrzepowym poprzez podawanie heparyny drobnocząsteczkowej podskórnie. (1 raz dziennie na zlecenie lekarza)	Zagrożenie wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych może wystąpić u osób długotrwale unieruchomionych. [Gawor A., 2015]
Wynik opieki: Pacjentka nie jest w stanie samodzielnie się poruszać ze względu na towarzyszący jej ból.	

DIAGNOZA 3		
Deficyt w zakresie wykonywania czynności samoobsługowych i pielęgnacyjnych spowodowany okresowym unieruchomieniem w łóżku		
Definicja: Deficyt samoopieki to czas kiedy pacjent musi korzystać z pomocy innych w podstawowych czynnościach, może być spowodowany chorobą. Deficyt samoopieki oznacza również „brak równowagi między zapotrzebowaniem na samoopiekę a zdolnością do samoopieki”. [Sierakowska M., Wrońska I., 2015]		
Objawy	Subiektywne	Obiektywne
	- dolegliwości bólowe - osłabienie	- trudności z poruszaniem i przemieszczaniem - ograniczona zdolności w dotarciu do łazienki
Cel opieki: Zwiększenie samodzielności pacjenta w zakresie pielęgnacji i samoobsługi w ciągu 3 dni.		
Interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie empiryczne	
Rozmowa z pacjentką na temat czynności, które sprawiają jej trudność lub tych, których nie jest w stanie wykonywać całkowicie samodzielnie. (1raz)	Wywiad i zebranie informacji stanowią podstawę do podjęcia odpowiednich działań. [Twarduś K., Krzczowska B., 2008]	
Zapewnienie chorej intymności podczas czynności higienicznych wykonywanych w łóżku oraz w łazience. Transport pacjentki do łazienki na życzenie. (3 razy dziennie)	Podczas pielęgnacji należy traktować chorych z godnością. [Radzik T., Gawor A., 2008]	
Pomoc i asystowanie pacjentce podczas codziennych czynności na życzenie pacjentki.	Każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie. Na podstawie choroby pacjenta należy ustalić metody pomocy i asekuracji. [Majchrzycki M., 2013]	
Włączenie rodziny w czynności pielęgnacyjne.	Podczas planowania opieki należy wziąć pod uwagę zdanie rodziny w celu uzgodnienia metod opieki i preferencji bliskich pacjenta. [Kózka M., 2008]	
Edukacja rodziny na temat konieczności pomocy chorej w czynnościach, których w czasie choroby nie jest w stanie wykonać samodzielnie. (1 raz)	Edukacja powinna obejmować bliskich ludzi pacjenta. Edukacja stanowi podstawę promocji zdrowia. [Kulik T.B, Warszawa 2011]	
Zapewnienie pacjenta o chęci pomocy. Poinformowanie o możliwości używania dzwonka, aby wezwać pielęgniarkę.	Rolą pielęgniarki jest zapewnienie pacjentowi pomocy i przekazanie niezbędnych informacji, które mogą przyczynić się do poprawy zdrowia. [Płaszewska-Żywko L., 2011]	
Wynik Opieki : Pacjentka samodzielna w obrębie łóżka, potrzebuje pomocy w przemieszczaniu się do toalety i wykonywaniu jej.		

DIAGNOZA 4		
Lęk spowodowany zaplanowanym zabiegiem operacyjnym		
Definicja: Lęk to zjawisko, które człowiek odczuwa jako nadchodzące niebezpieczeństwo. Lęk to niepokój przed czymś, zagrożenie i uczucie napięcia wewnętrznego. [Łojko D., Suwalska A., s. 312]		
Objawy	Subiektywne	Obiektywne
	- niepokój - strach - poczucie zagrożenia - „ucisk w żołądku”	- trudność z koncentracją - nerwowość

Cel opieki : Obniżenie poziomu lęku w czasie 1 dnia.	
Interwencje pielęgniarские	Uzasadnienie empiryczne
Rozmowa z pacjentką, okazywanie życzliwości, szacunku i zrozumienia. Udzielenie odpowiedzi na nurtujące pytania. (minimum 1 raz dziennie)	Zbudowanie dobrego kontaktu z chorym dobrze wpływa na niego, zmniejsza lęk. [Wilczek Różycka E., Pieczyrak U., 2008] Komunikacja terapeutyczna to dodawanie choremu otuchy wytwarzając atmosferę pełną życzliwości i zaufania. Rozumienie trosk chorego i łagodzenie lęku wraz z udzielaniem odpowiedzi na dręczące pytania to działania, które należą do komunikacji terapeutycznej. [Szutarska A., Andruszkiewicz A., 2010]
Dotrzymywanie chorej towarzystwa. (minimum 1 raz dziennie)	Obecność to jedna z najistotniejszych form niesienia pomocy. Towarzyszenie i obecność sprawiają, że chory zapomina o przykrych i bolesnych uczuciach. [Niechwiadowicz- Czapka T., 2014]
Przekazanie chorej niezbędnych informacji dotyczących operacji, jej przebiegu, przygotowania i rezultatów.	Badania psychologiczne związane ze stresem wykazały, że przekazanie choremu rzetelnej informacji na temat operacji i jej następstw wpływa pozytywnie na walkę chorego ze stresem i lękiem przedoperacyjnym. [Niechwiadowicz- Czapka T., 2014]
Zapewnienie pacjenta o bezpieczeństwie zarówno na oddziale w których aktualnie się znajduje jak i podczas transportu do innego szpitala.	Zapewnianie chorego o bezpieczeństwie wpływa na jego emocje i zachowanie. [Niechwiadowicz- Czapka T., 2014]
Wynik opieki : Lęk pacjentki został obniżony.	

WYNIKI

Metodą badawczą wykorzystaną do napisania pracy było studium indywidualnego przypadku. Techniki badawcze to wywiad, obserwacja, pomiar oraz analiza dokumentacji. Badania przeprowadzono w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarów Mózgowych w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim w Krośnie. Obserwacja chorej trwała 3 dni. Pacjentka z rwą kulszową w przebiegu dyskopatii doznaje silnych dolegliwości bólowych utrudniających prowadzenie dotychczasowego życia. Eliminacja

bólu stanowi pierwszoplanową czynność, którą powinna podjąć pielęgniarka w celu poprawy jakości życia chorego. Ból jest powodem złego samopoczucia, osłabienia dlatego wyeliminowanie go powinno być pierwszorzędną czynnością i tego samego oczekuje pacjent.

ZAKOŃCZENIE

Zespoły bóle kręgosłupa oraz powiązane z nimi schorzenia uznawane są za choroby cywilizacyjną, która dotyka 80% populacji. Choroby kręgosłupa stanowią jeden z głównych powodów wizyt u leka-

rzy oraz absencji w pracy. Działania profilaktyczne zapobiegające powstawaniu chorób kręgosłupa należy podejmować już od wczesnych lat życia, chociażby poprzez przywiązywanie większej uwagi do wykonywanych czynności oraz podejmowanych prac.

Autor – lic. Alicja Łacek

Promotor – mgr Małgorzata Moskal - Szybka

Edukacyjno wspierająca rola pielęgniarki wobec pacjenta z obturacyjną chorobą układu oddechowego na przykładzie pacjenta z pierwotną dyskinezą rzęsek

WSTĘP

Pierwotna dyskineza rzęsek (Primary Ciliary Dyskinesia, PCD) należy do obturacyjnych chorób układu oddechowego jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), czy mukowiscydoza. Jest zespołem objawów chorobowych, które uwarunkowane są de-

fektem genetycznym. W wyniku tego procesu dochodzi do nieprawidłowego funkcjonowania aparatu rzęskowego. Na chorobę tą składają się zaburzenia, które wynikają z upośledzenia transportu śluzowo-rzęskowego w okolicy nosa, narządu słuchu, zatok przynosowych, niepłodności mężczyzn

i ograniczonej płodności kobiet. [Ziołkowski J., Koziołek R., Kulus M. 2000, s.243-244]

PIERWOTNA DYSKINEZA RZĘSEK

Choroba ma autosomalny recesywny sposób dziedziczenia, tzn.: cho-

ry musi odziedziczyć dwie zmutowane kopie genu, po jednej od każdego z rodziców. Najczęściej rodzice są bezobjawowymi nosicielami choroby. Oznacza to, że każde posiada jedną normalną kopię genu, która maskuje efekt mutacji i jedną zmutowaną kopię genu. Ryzyko genetyczne zachorowania dziecka, podczas gdy każde z rodziców posiada po jednej kopii, jest jak 1:4 (25%). Ryzyko, że dziecko będzie tylko nosicielem tej choroby tak jak rodzice wynosi 1:2 (50%), a szansa, że nie odziedziczy mutacji genu to 1:4(25%). [Bukowy-Bieryłło Z., Witt M., Ziętkiewicz E., Mazurek H., Pogorzelski A. 2015, s.8-9]

Klirens śluzowo-rzęskowy jest pierwotnym mechanizmem, który oczyszcza drogi oddechowe, dlatego koordynacja ruchu lub upośledzenie ruchomości rzęsek może objawiać się poprzez zaburzenia ze strony układu oddechowego. U znacznej części pacjentów z PCD pierwsze objawy choroby występują już w okresie noworodkowym lub we wczesnym dzieciństwie. Znane są przypadki zapalenia płuc lub nawracającej niedodmy, klinicznie przedstawiające się przyspieszeniem oddechu, niedotlenieniem a czasami nawet wymagające sztucznej wentylacji. Innymi często występującymi objawami ze strony układu oddechowego są katar i przewlekły kaszel. Często nawracające infekcje układu oddechowego powodują rozstrzenie oskrzeli.

Do głównych patogenów bakteryjnych występujących w pierwotnej dyskinezie rzęsek należą *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* oraz *Staphylococcus aureus*. Zaobserwowane objawy pozapłucne to problemy obejmujące górne drogi oddechowe oraz narząd słuchu. Jest to przewlekłe zapalenie zatok, ropny katar, polipy nosa, przewlekłe wysiękowe zapalenie ucha środkowego oraz w najgorszym wypadku utrata słuchu. Zaburzenia związane z lateralizacją (asymetrią) mogą doprowadzić do całkowitego odwrócenia trzewi. Inne objawy pozapłucne to bezpłodność męska i żeńska oraz wrodzone wady serca.

Wskazaniem od wykonania badań diagnostycznych w kierunku pier-

wotnej dyskinezy rzęsek, prócz objawów wymienionych powyżej, są: wielotorbielowatość nerek, niedrożność dróg żółciowych, złożone wady serca, wodogłowie, zwyrodnienie siatkówki oraz zarośnięcie przetyku. [Grzela K. 2010, s.331-332]

W diagnostyce pierwotnej dyskinezy rzęsek wykonuje się - test sacharydowy - polega na umieszczeniu sacharyny pod małżowiną dolną nosa i pomiarze czasu, po upływie którego chory poczuje słodki smak w gardle. Normą jest kilkanaście minut, zwykle 20 minut, a czas powyżej godziny jest nieprawidłowy. Test ten wykorzystywany jest do oceny efektywności klirensu śluzowo-rzęskowego. Wynik prawidłowy wyklucza istnienie dyskinezy rzęsek. Praktycznie test jest bardzo trudny do wykonania, ponieważ wymaga on współpracy pacjenta, dlatego zwykle może on być wykonywany u dzieci starszych.

Innym, zalecanym badaniem przesiewowym w pierwotnej dyskinezie rzęsek, które jest stosunkowo prostym do przeprowadzenia nieinwazyjnym badaniem jest pomiar wydychanego przez nos tlenu azotu. Z obserwacji wynika, że pacjenci z PCD wykazują w powietrzu wydychanym znacznie obniżony poziom azotu w porównaniu do zdrowych osób. Związek między nieprawidłową funkcją rzęsek a obniżoną produkcją azotu przez nabłonek nadal pozostaje niejasny. Postuluje się nad stwierdzeniem, że azot może odgrywać dużą rolę w regulacji częstotliwości ruchu rzęsek.

Badania diagnostyczne bezpośrednie to ocena ruchu rzęsek, pomiar częstotliwości ruchu rzęsek oraz ocena w mikroskopie elektronowym ultrastruktury rzęski. Badanie ultrastruktury rzęsek przy pomocy mikroskopii elektronowej nadal pozostaje złotym standardem diagnostycznym.

Spod małżowiny dolnej nosa pobierany jest materiał do badania, przy pomocy szczypców lub szczoteczki, w formie biopsji. Podczas bronchoskopii z drzewa oskrzelowego można pobrać fragment błony śluzowej do badania. W przypadku dzieci konieczne jest zastosowanie znieczulenia ogólnego. Podstawą do rozpoznania pier-

wotnej dyskinezy rzęsek jest stwierdzenie anomalii w strukturze rzęsek przy współistniejących objawach klinicznych. w wielu przypadkach trudne jest ustalenie ostatecznego rozpoznania choroby ze względu na wtórne uszkodzenie nabłonka oddechowego, które spowodowane jest infekcjami lub innymi procesami zapalnymi. W sytuacjach tego typu zastosowanie znajduje hodowla tkankowa. w przypadku uzyskania prawidłowego nabłonka urzęsionego wyklucza się pierwotną dyskinezę rzęsek. Szacuje się, iż mimo bardzo szerokiej diagnostyki i tak około 10% wyników badań pozostaje niejednoznacznych.[Grzela K. 2010, s.332-333]

Leczenie chorych z pierwotną dyskinezą rzęsek jest podobne do postępowania w przewlekłej chorobie oskrzelowo-płucnej u osób chorych na mukowiscydozę. [Milanowski A. 2000, s.247] Podstawą leczenia tej choroby jest wspomaganie usuwania wydzieliny przez wykonywanie drenażu ułożeniowego, uzupełnianego fizjoterapią. U starszych pacjentów stosuje się techniki autodrenażu. Bardzo ważne jest regularne płukanie nosa. Z racji tego, że pierwotny skład wydzieliny jest niezaburzony, leki mukolityczne mają dużo mniejsze znaczenie niż w przypadku mukowiscydozy. [Mazurek H., Pogorzelski A. 2010, s.321]

Ponieważ obecnie nie ma dostępnych terapii, które mogłyby odwrócić leżące u podłoża zaburzenia rzęskowe, celem terapii jest zapobieganie zaostrzeniom i spowolnienie postępu choroby. Podobnie jak w przypadku innych postaci rozstrzeni oskrzeli i innych niż mukowiscydoza, edukacja pacjenta jest kluczowym elementem planu opieki, w tym przekazywanie zrozumienia podstawowej przyczyny choroby, jej prognozy i różnych dostępnych metod leczenia w celu kontrolowania objawów, szczególnie w drogach oddechowych.

W celu ukierunkowania planu leczenia zaleca się regularne badanie czynności płuc, wraz z oceną mikrobiologiczną flory dróg oddechowych, w celu ustalenia tendencji klinicznych i wykrywania zaostrzenia choroby,

umożliwiając w ten sposób zastosowanie odpowiedniej terapii przeciwbakteryjnej. Podstawowy tomograf komputerowy jest przydatny w ocenie charakteru i nasilenia choroby. Okresowe obrazowanie klatki piersiowej jest przydatne w celu śledzenia postępu choroby.

Fizjoterapia

Nie ma danych na poparcie jakiegokolwiek konkretnej postaci klirensu dróg oddechowych w pierwotnej dyskinezie rzęsek, ale posiadane doświadczenie kliniczne potwierdza jego stosowanie w postaci akceptowalnej dla pacjenta. Ćwiczenia sercowo-naczyniowe, używanie kamizelek udarowych, ręczna fizykoterapia klatki piersiowej oraz aparaty wydechowe z zaworem (dodatnim ciśnieniem) pomagają w mobilizacji i wspomagają odksztuszanie wydzieliny oskrzelowo-płucnej, poprawiając przy tym efektywność wentylacji, utrzymują lub poprawiają tolerancję wysiłku i zmniejszają duszność.

Środki osmotyczne

Terapia charakteryzująca się nawodnieniem dróg oddechowych jest atrakcyjną koncepcją zwiększania klirensu wydzieliny w chorobie, takiej jak pierwotna dyskineza rzęsek. Hiper-toniczna sól fizjologiczna stosowana w nebulizacji moduluje płynną zawartość płynu około łonowo-rzęskowego poprzez zwiększone nawilżenie, rozcieńczanie gęstych wydzielin i wywoływanie kaszlu. Innym środkiem, który działa poprzez podejście osmotyczne, jest wdychany mannitol, ponownie badany w zapaleniu oskrzeli bez mukowiscydozy. Chociaż wdychany lek nie osiągnął pierwotnego wyniku w postaci zmniejszenia zaostżeń, osiągnął lepsze wyniki niż placebo (niskodawkowany mannitol), spowalniając czas do pierwszego zaostżenia i poprawiając wskaźniki jakości życia.

Antybiotyki

Biorąc pod uwagę skłonność do przewlekłego zakażenia, podobnie jak w przypadku innych postaci rozstrzeni oskrzeli, antybiotyki są bardzo ważne w leczeniu zaostżeń pierwotnej dyskinezy rzęsek, ponieważ na ogół poprawiają objawy i przyspieszają powrót do zdrowia. Leczenie antybiotykami powinno opierać się na wcześ-

niejszych danych dotyczących dróg oddechowych i wcześniejszych odpowiedziach terapeutycznych. Względny podatności na leki i odpowiedzi kliniczne mogą wskazywać lekarzom drogę doustną, drogę wziewną i dożylną. Nie ma danych, które uzasadniałyby konkretny lek lub drogę podawania, a ocena kliniczna jest wymagana, jednak łagodniejsze zaostżenia często odpowiadają na doustne lub doustno/wziewne kombinacje, podczas gdy bardziej znaczące zaostżenia zazwyczaj wymagają układowych antybiotyków. Istnieje duże zainteresowanie opracowywaniem antybiotyków wziewnych w ostatnich latach w rozstrzeniach nieswoistych wywołanych przez mukowiscydozę, a w ciągu następnych pięciu do dziesięciu lat prawdopodobnie będzie więcej zatwierdzonych leków o lepszych dowodach skuteczności. Zaleca się wczesne próby wyleczenia nowo nabytych bakterii, w szczególności *Pseudomonas aeruginosa*, jednak nie wykazano, że zachowuje on czynność płuc. Przewlekle lub cykliczne doustne lub wziewne antybiotyki mogą być stosowane u pacjentów z częstym zaostżeniem, w celu poprawy jakości życia, zmniejszenia zaostżeń i stabilizacji czynności płuc. [Lobo J., Zariwala M.A., 2015, 169-179]

Edukacja zdrowotna ma na celu wyposażenie osób chorych oraz zdrowych w umiejętności i wiedzę niezbędną do zachowań korzystnych dla zdrowia. U osób zdrowych w celu utrzymania i umacniania zdrowia oraz zapobieganiu chorobom. Natomiast wśród chorych w celu zahamowania rozwoju choroby, ograniczeniu jej następstw oraz przywracaniu i utrzymaniu zdrowia.

Aktywność fizyczna

Indywidualne, dobrze dobrane ćwiczenia wzmacniają mięśnie brzucha oraz pasa barkowego, przez co zwiększa się skuteczność odksztuszania i poprawia wydolność fizyczna. [Mazurek H. 2012, s.109] Regularne ćwiczenia fizyczne są bardzo ważne dla wytrzymałości kości, funkcji płuc, wydolności oddechowej oraz poprawy postawy. Ruch może również pomóc w utrzymaniu odpowiedniej masy cia-

ła. Dużą rolę odgrywa w utrzymaniu dobrego zdrowia psychicznego i emocjonalnego oraz podwyższa jakość życia chorego. Podczas infekcji dróg oddechowych, fizjoterapia łagodzi stany zapalne i przyspiesza proces zdrowienia. Ćwiczeniami zalecanymi w pierwotnej dyskinezie rzęsek są: ćwiczenia na trampolinie, pływanie, szkolne zajęcia wychowania fizycznego, śpiew i gra na instrumentach dętych jak i każdy lubiany przez chorego rodzaj wysiłku fizycznego zwiększający częstość i głębokość oddychania. [Bukowy-Bieryłło Z., Witt M., Ziętkiewicz E., Mazurek H., Pogorzelski A. 2015, s.15]

Fizjoterapia

Większość stosowanych technik fizjoterapii klatki piersiowej w pierwotnej dyskinezie rzęsek wspomaga i wykorzystuje mechanizm kaszlowego oczyszczania się oskrzeli przez uruchomienie i przemieszczenie wydzieliny oskrzelowej. Efektywna fizjoterapia poprawia drożność oskrzeli oraz dzięki stałemu eliminowaniu bakterii oraz substancji zapalnych ogranicza nasilenie przewlekłego stanu zapalnego, przez co zwolniony jest rozwój nieodwracalnych uszkodzeń oskrzeli. Fizjoterapia powinna być uznawana przez chorego na pierwotną dyskinezę rzęsek oraz jego rodzinę za niezbędny element stylu życia. [Pogorzelski A. 2012, s.139]

CHARAKTERYSTYKA SYTUACJI ZDROWOTNEJ PACJENTKI

Podmiotem badań jest kobieta w wieku 17 lat. Jest uczennicą szkoły ponadgimnazjalnej. Pacjentka cierpi na Zespół Pierwotnej Dyskinezy Rzęsek. Rozpoznanie choroby ustalono na podstawie typowego obrazu klinicznego oraz wyników badań ruchomości rzęsek w preparacie przyżyciowym nabłonka oddechowego, niskiego stężenia tlenu azotu w powietrzu wydychanym przez nos oraz w badaniu nabłonka oddechowego w mikroskopie elektronowym. Dodatkowo rozpoznanie potwierdziło badanie genetyczne, w którym stwierdzono obecność dwóch takich samych mutacji (homozygota: c.1662+(2_5)del) genu RSP-

H4A. Choroba powoduje przewlekłe, postępujące zmiany oskrzelowo-płucne wymagające stałego stosowania leków, prowadzenia aeroterapii i fizjoterapii oraz okresowej antybiotykoterapii. Zmiany są zaawansowane, doprowadziły do powstania rozstrzeni oskrzeli w płacie środkowym, utrzymuje się przewlekłe zapalenie oskrzeli. Przez ostatnie lata obserwuje się stopniowy postęp uszkodzeń płuc, pomimo regularnie prowadzonego leczenia i rehabilitacji oraz utrzymanie się zmian zatokowych. Chorobami współistniejącymi u pacjentki nie są również przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych oraz przewlekłe, wysiękowe zapalenie ucha środkowego.

Pacjentka często skarży się na nudności oraz ból w klatce piersiowej,

co spowodowane jest zaleganiem wydzieliny w drzewie oskrzelowym i nadmiernym kaszlem. Nierzadko występuje u niej duszność i osłabienie spowodowane problemami z oddychaniem.

Chora jest świadoma tego jak ważny jest zdrowy tryb życia oraz fizjoterapia w zespole pierwotnej dyskinezy rzęsek. Celem fizjoterapii jest systematyczne usuwanie wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych. Pacjent posiada w domu małą trampolinę, na której skacze 15 minut co drugi dzień. Chora stosuje również technikę natężonego wydechu – Flutter. Urządzenie to składa się z twardego, syntetycznego korpusu z ustnikiem oraz metalowej, ciężkiej kulki luźno osadzonej na lejku wewnątrz urządzenia. Podczas zabiegu z użyciem Fluttera dochodzi do powstania efektu rezonansu. Kulka w czasie wdechu drga, wprowadzając również powietrze w drgania. Drgające powietrze odrywa zalegający śluz i ułatwia odkrztuszenie. Pacjentka następnie wykonuje autodrenaż, który polega na samodzielnym oklepywaniu się po klatce piersiowej, następnie uciśnięcie pod biustem z jednoczesnym głębokim wydychaniem powietrza. Po 5 minutowej przerwie wykonywany jest drenaż ułożeniowy pacjentki. Chora siada na podłodze z nogami wysuniętymi do przodu. Przed siebie kładzie klin rehabilitacyjny, na którym

kładzie się klatką piersiową. Oklepywane są plecy chorej, od dołu do góry, dłonią złożoną w łódeczkę. Kobieta systematycznie co drugi dzień skacze też na skakance, co pomaga w oczyszczaniu drzewa oskrzelowego z zalegającej wydzieliny. Po tym wykonuje 10 minutowy autodrenaż. Następnie wykonuje technikę natężonego wdechu przy użyciu Triflo II. Urządzenie to składa się z trzech komór, w każdej z tych komór znajduje się kulka. W każdej komorze jest inny przepływ, 600 cm³/s, 900 cm³/s i 1200 cm³/s. Ćwiczenie polega na wciąganiu powietrza przez rurkę i po kolei podnoszenie i opuszczanie kulek. Jest to ćwiczenie wymagające kontroli wdechu. Wdechy muszą być długie i głębokie. Jest to idealny sposób do rozwoju, poprawy i utrzymania sprawności układu oddechowego. Głębokie oddechy rozszerzają małe pęcherzyki powietrza w płucach i pomagają oczyścić drzewo oskrzelowe ze śluzu. Na koniec codziennych ćwiczeń wykonuje drenaż w formie 15 minutowego oklepywania pleców oraz inhalację z 2 ml Mucosolvanu z 2 ml 0,9% NaCl.

W przypadku zaostrzenia choroby stosuje inhalację z 2 ml Berodualu z 2 ml 0,9% NaCl, lek ten został zlecony przez lekarza. U chorej prowadzona jest okresowa antybiotykoterapia wziewna lub doustna, płukanie nosa, przewlekłe leczenie przeciwzapalne Azytromycyną. Pacjentka nie wymaga opieki drugiej osoby. Pozostaje pod stałą opieką Poradni i Kliniki Pneumologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce od 2009 roku.

DIAGNOZY PIELEŃNIARSKIE

I. Ból w klatce piersiowej spowodowany przewlekłym kaszlem

Objawy subiektywne- chora zgłasza ból, dokonuje oceny za pomocą skali NRS

Objawy obiektywne - rozdrażnienie, obniżony nastrój, cierpiący wyraz twarzy, trudności z koncentracją

Cel opieki: Złagodzenie dolegliwości bólowych do 1/10 w skali NRS w czasie 3 godzin

Działania/ interwencje pielęgniarskie:

Dokonanie oceny odczuć bólowych zgłaszanych przez chorą

Uzasadnienie empiryczne

Ocena dolegliwości pozwala na podjęcie skutecznych interwencji.[Kózka M., Płaszewska-Żywko L. 2008, s.216]

Wyjaśnienie chorej przyczyn bólu

Uzasadnienie empiryczne

Znajomość przyczyny, istoty bólu oraz tego jak wpływa na organizm pozwala na korzystniejszą współpracę z chorym.[Kózka M., Płaszewska-Żywko L. 2008, s.216]

Zredukowanie czynników zwiększających odczucie bólu

Uzasadnienie empiryczne

Kaszel to odruch mający na celu usunięcie czynnika drażniącego receptory błony śluzowej gardła, nosa, tchawicy, krtani, płuc. Czynniki drażniącymi mogą być cząsteczki pyłu w powietrzu, wydzielina gromadząca się w drogach oddechowych, lub inne substancje lotne i stałe.[Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. 2011, s.576]

Zastosowanie zimnego okładu żelowego w celu zniwelowania odczuć bólowych

Uzasadnienie empiryczne

Zimno ma zastosowanie w leczeniu uszkodzeń tkanek. Zmniejsza powstawanie substancji drażniących oraz bólu. Zimno działa na obwodowy układ nerwowy przez co najpierw pojawia się silny bodziec sensoryczny po czym występuje zmniejszenie lub redukcja bólu.[Strugała M., Talarska D. 2013, s.105]

Wynik opieki: Ból występuje w umiarkowanym nasileniu, 1/10 w skali NRS.

II. Nieefektywne oczyszczanie drzewa oskrzelowego spowodowane przewlekłą chorobą

Objawy subiektywne duszność, nieprawidłowy oddech, ból w klatce piersiowej

Objawy obiektywne - wydzielina w drzewie oskrzelowym, kaszel, odkrztuszenie wydzieliny

Cel opieki: Zapewnienie drożności drzewa oskrzelowego w ciągu 4 godzin

Działania/ interwencje pielęgniarskie:

Wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych.

Uzasadnienie empiryczne

Rehabilitacja układu oddechowego stanowi ważny czynnik w procesie leczniczym. Poprawia wydolność oddechową, zmniejsza odczucie duszności oraz podwyższa jakość życia.[Strugała M., Talarska D. 2013, s.264]

Wykonywanie inhalacji

Uzasadnienie empiryczne

Stosowanie inhalacji pomaga w wilżeniu błon śluzowych układu oddechowego oraz rozrzedza zalegającą wydzielinę.[Ciechaniewicz W. 2010, s.459]

Zalecenie wykonywania gimnastyki oddechowej tj. Flutter.

Uzasadnienie empiryczne

Pacjent dzięki gwizdkowi Flutter samodzielnie odksztusza wydzielinę z drzewa oskrzelowego bez asystowania osoby drugiej.[Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. 2011, s.312]

Wykonywanie z chorym ćwiczeń efektywnego kaszlu.

Uzasadnienie empiryczne

Ćwiczenia efektywnego kaszlu powodują szybkie zmiany ciśnienia powietrza w oskrzelach czyli drgania, dzięki którym wydzieliną przesuwają się w górę dróg oddechowych.[Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. 2011, s.311]

Wykonanie oklepywania i opukiwania klatki piersiowej pacjentki

Uzasadnienie empiryczne

Oklepywanie i opukiwanie klatki piersiowej wykonuje się w celu doprowadzenia dróg oddechowych do drżeń i wibracji, dzięki którym wydzieliną zalegająca w drogach oddechowych zostaje odkrztuszana przez chorego.[Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. 2011, s.310]

Zalecenie pacjentce aby wykonała toaletę jamy ustnej

Uzasadnienie empiryczne

Toaleta jamy ustnej pozwala zniwelować nieprzyjemny zapach oraz smak z ust. Oczyszcza jamę ustną z resztek pokarmu lub zalegającej wydzieliny.[Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. 2011, s.70]

Wynik opieki: Drogi oddechowe pacjentki są drożne, wolne od zalegającej wydzieliny. Oddech prawidłowy, chora jest spokojna.

III. Obniżony nastrój spowodowany świadomością rozwoju choroby

Objawy subiektywne - lęk, napięcie emocjonalne, trudności w koncentracji uwagi, poczucie zagrożenia, złe samopoczucie

Objawy obiektywne - drżenie rąk, bladeść powłok skórnych, smutek, przyspieszony oddech

Cel opieki: Wsparcie pacjentki oraz wyrównanie nastroju

Działania/ interwencje pielęgniarskie:

1. Nawiązanie kontaktu terapeutycznego z chorą poprzez: aktywne słuchanie, dodawanie otuchy poprzez ukazanie jej mocnych stron, cierpliwość, akceptację

Uzasadnienie empiryczne

Nawiązanie kontaktu z chorym pozwala mu na opanowanie lęku oraz dobrze wpływa na jakość jego przeżyć.[Kózka M., Płaszewska-Żywko L. 2008, s.258]

2. Wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa oraz umożliwienie wypowiedzenia się na temat nurtujących problemów: akceptacja przez chorą ograniczeń narzuconych przez chorobę, trudności z adaptacją chorej w sytuacji zdrowotnej, zapewnienie niezbędnej pomocy oraz wsparcia chorej

Uzasadnienie empiryczne

Wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa pomaga choremu w obniżeniu poziomu lęku, który utrudnia nawiązanie kontaktu.[Kózka M., Płaszewska-Żywko L. 2008, s.258]

3. Edukacja pielęgniarska na temat choroby oraz rehabilitacji, wyjaśnienie niezbędnych pojęć

Uzasadnienie empiryczne

Istota edukacji zdrowotnej jest wyrobienie u odbiorcy umiejętności podejmowania właściwych decyzji w rozwiązywaniu indywidualnych problemów zdrowotnych.[Sierakowska M., Wrońska I. 2015, s.51]

Wynik opieki: Nastrój pacjentki został wyrównany, chora pogodzona ze

swoim stanem zdrowia i pozytywnie nastawiona do dalszego leczenia.

WYNIKI

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy było studium indywidualnego przypadku. Podmiotem badań była 17 letnia uczennica szkoły ponadgimnazjalnej. Pacjentka cierpi na Zespół Pierwotnej Dyskinezy Rzęsek, choroba została zdiagnozowana w wieku 8 lat. Badania prowadzono w domu pacjentki. Obserwacja chorej trwała 3 dni. Życie pacjentki z tak rzadką chorobą to ciągła rehabilitacja, która pomaga w prawidłowym funkcjonowaniu układu oddechowego. Zespół pierwotnej dyskinezy rząsek nie wyklucza pacjenta z życia społecznego, pacjentka może realizować różne funkcje społeczne. Edukacja i wsparcie

w PCD jest bardzo ważne. Pielęgniarka udziela wsparcia emocjonalnego - świadcząc opiekę nad chorą, monitorując i nadzorując stan pacjentki i informacyjnego - dostarczając niezbędnych informacji, ucząc nowych umiejętności, doradzając.

ZAKOŃCZENIE

Zespół pierwotnej dyskinezy rząsek to bardzo rzadka choroba, przez co nieznaną dla wielu osób. Choroba zdiagnozowana może być zaraz po urodzeniu dziecka lub dopiero po kilku latach. W porównaniu do mukowiscydozy, nasilenie choroby i pogorszenie czynności płuc są mniej wyraźne. W PCD jest wiele pytań bez odpowiedzi, chory żyje średnio tyle co człowiek zdrowy. Jednak postępująca rozstrzeń oskrzelowa z utratą czynności płuc, często prowadzi do niewydolności oddechowej. Wczesna diagnoza i określenie odpowiedniej terapii jest obecnie najlepszą strategią, aby zminimalizować choroby płuc i poprawić ogólną prognozę.[Hughes D. 2008, 8, s.7]

Autor – lic. Elżbieta Turek

Promotor –

mgr Małgorzata Moskal-Szybka



WSPOMNIENIE O IŁONIE TUŁODZIECKIEJ

Minęło już 5 lat gdy 23 czerwca 2014 r. odeszła od nas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych II i III kadencji (w wieku 64 lat).

Niezwykła kobieta, pielęgniarka, żona, matka, babcia, społecznik – wypełniała wszystkie te role i zadania życiowe z pasją, wiarą, nadzieją i energią.

Jej doświadczenie służyło przez wiele lat umacnianiu roli i pozycji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w przestrzeni społecznej, transformacji polskiego pielęgniarstwa, procesowi reform w ochronie zdrowia. Pragnęła przemian i nie żałowała sił, aby tych zmian dokonywać. Funkcje Prezesa Naczelnej rady Pielęgniarek i Położnych traktowała, jako służbę na rzecz środowiska pielęgniarek i położnych.

Pozostanie w naszej pamięci i sercu zawsze pełna pogody ducha, zaangażowana w sprawy ludzkie Koleżanka. Bardzo nam jej brakuje.

„Jest taki ból, o którym lepiej nie mówić, bowiem najlepiej wyraża go milczenie”

Z ogromnym żalem informujemy, że w dniu 17 kwietnia 2019 r. pożegnaliśmy na Cmentarzu w Jaćmierzu naszą koleżankę

MAŁGORZATĘ DOMOŃ (panieńskie STAWARCZYK)

Małgosiu będzie nam Ciebie brakowało, Twojego uśmiechu, radości, życia, empatii serdeczności, życzliwości i pracowitości. Dziękujemy Ci za to wszystko i zapewniamy, że na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci. Wyrazy szczerego i głębokiego współczucia mężowi, córce, synom i najbliższym

*składają
Koleżanki z klasy Liceum Medycznego w Sanoku w latach 1970-1975*



*„Nikt tak naprawdę nie jest w stanie pojąć
cierpienia drugiego człowieka,
każdy przeżywa je sam,
jednak uścisk dłoni, przytulenie
i każdy ciepły gest od innych
pomagają przetrwać”*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 29 maja 2019 r. odeszła na wieczną służbę nasza koleżanka

BRONISŁAWA SŁOWIK

Wieloletnia zasłużona pielęgniarka ZOZ w Kroczyńcu

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Rodzinie i najbliższym wyrazy głębokiego współczucia

składają pielęgniarki z Ośrodka Zdrowia w Kroczyńcu

DLACZEGO?

Dlaczego spoglądasz w tą drugą stronę?

Dlaczego myślisz, że inni mają więcej szczęścia?

Tak łatwo twierdzisz, że innym powodzi się o wiele lepiej...

Ten drugi brzeg wydaje Ci się zawsze piękniejszy.

Może dlatego, że jest od Ciebie oddalony,

A Ty patrzysz, jak skamieniały, zauroczony tym pięknym widokiem.

Czy przyszło Ci kiedyś na myśl, że na tym drugim brzegu

Inni także na Ciebie patrzą i sądzą, że to Ty masz więcej szczęścia?

Oni też zauważają wyłącznie Twoją lukrowaną stronę.

Mniejszych i większych trosk i kłopotów nie znają.

Szczęście nie leży na drugim brzegu,

Twoje szczęście znajduje się w Tobie.



ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60

www.oipip.krosno.pl, e-mail: biuro@oipip.krosno.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 28 VI 2019 roku.

