

# FORUM ZAWODOWE

3(90)2014



*Wszystkim czytelnikom magazynu mile spędzonych wakacyjnych chwil,  
które wyciszą złe emocje i pomogą zregenerować siły  
życzy Zespół Redakcyjny*

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

## W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 4** **Wokół samorządu**
- 4** Pismo Prezesa NRPiP skierowane do Prezesa Rady Ministrów w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych
- 7** Procedura postępowania pielęgniarki/położnej jako funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny
- 10** Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 14.05.2014 r.
- 10** Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w 2014 r.
- 14** **Zgodnie z prawem**
- 14** Zlecenie lekarskie jako istotny element procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
- 18** **Doskonalenie zawodowe**
- 18** Choroby skóry a cierpienia duszy - rola pielęgniarki w psychodermatologii
- 21** Pielęgnowanie pacjenta w ostrej białaczce szpikowej w czasie chemioterapii
- 23** Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością nerek
- 25** Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem po udarze mózgu w warunkach uzdrowiskowych
- 29** Opieka pielęgniarska nad pacjentem po wszczepieniu kardiowertera (defibrylatora) serca
- 31** Opieka położnicza nad kobietą ciężarną i położnicą w różnych kulturach świata
- 37** Prawdziwa medycyna
- 42** Ogłoszenia

### NASZ ADRES

#### Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210

tel./fax: 13 43 694 60, 13 43 249 44

www.oipip.krosno.pl

e-mail: oipip@interia.pl

#### Biuro Izby czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-15.00

#### 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

#### Podania o zapomogi prosimy składać

do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

## KRZAK GŁOGU

*Wasze są węże i żmije,  
Kły ostre i ciepła krew,  
A dla nas drogi niczyje  
I głogu kwitnący krzew.*

*Wasza jest wściekłość i pycha,  
Nienawiść ślepa i wrzask,  
A naszą sprawą noc cicha  
I świecy złocisty blask.*

*Wasz świat się wspiera na mieczu,  
Co bije promieniem złym,  
A nasza sprawa — pod wieczór  
Jałowcem pachnący dym.*

*Runą świątynie wroga,  
Pychą dźwignięte wzwyż  
Zostanie biały krzak głogu  
I u rozstajnych dróg krzyż.*

Antoni Słonimski





## Słowo Przewodniczącej

Mija półrocze roku 2014. W ostatnich biuletynach informujemy systematycznie o tym jakie działania podejmuje nasz Samorząd Zawodowy łącząc siły z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. dotyczącego Sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zdaniem samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych rozporządzenie to w sposób znaczący odbiega od projektu przygotowanego i konsultowanego społecznie. Projekt ten, był efektem 3. letniej pracy Zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia. Został opracowany w oparciu o wyniki pracy naukowo – badawczej, naukowej kadry pielęgniarskiej, zaleceń konsultantów krajowych i wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa. Potwierdzony został analizami zatrudnienia pielęgniarek i położnych w całej Polsce, a następnie poddany konsultacjom społecznym, po czym został przed podpisaniem dramatycznie zmieniony. Termin jego wdrożenia upłynął 31 marca 2014 r. zapisy przywołanego powyżej rozporządzenia uniemożliwiają dokonania wyliczenia liczby pielęgniarek i położnych wykonujących pracę jako gwarantowałyby bezpieczeństwo pacjentów. Mimo iż są to minimalne normy zatrudnienia to z wyliczeń wynika, że ilość etatów nie zapewnia ciągłości obsady całodobowej w oddziałach szpitalnych. Samorząd zawodowy uważa, że zapisy rozporządzenia stanowią istotne zagrożenie funkcjonowania sektora ochrony zdrowia, wpływają wprost na zagrożenie bezpieczeństwa chorych jak i wysoki stopień wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych.

Obserwując zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia w ostatnim okresie mam wrażenie że zamiast „iść do przodu” i poprawiać na lepsze to cofamy się do tyłu. Mimo wszelkim staraniom zlikwidowany został tytuł pielęgniarka środowiskowo-rodzinna, w zamian wprowadzono nazwę pielęgniarka/położna POZ. Usilnie niewidzialne lobby prowadzi ciche działania aby deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki czy położnej POZ były wspólne na jednym formularzu. W konsekwencji nie wiadomo czemu ma to służyć, a może można się domyśleć.....

Pielęgniarska opieka długoterminowa to kolejny temat. Wiemy, że wolny rynek to rynek konkurencji, ale ważne jakimi kieruje się zasadami. Ostatnie ofertowanie i zawieranie umów w tym zakresie kosztowało dotychczasowych świadczeniodawców sporo obaw, wielu nie przespanych nocy i mimo bardzo wnikliwego przygotowania się powodowało wielką niepewność czy uzyskają kontrakt i za jaką cenę, czy będą mogli zrównoważyć koszty działalności.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej jako samodzielnych zawodów wiąże się z przestrzeganiem wielu aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń, zarządzeń), a przede wszystkim Kodeksu Etyki Zawodowej, który no co dzień powinien nam towarzyszyć i wskazywać sposoby postępowania.

Koleżanki i koledzy zachęcam Was po raz kolejny do składania zespołowi redakcyjnemu napisanych przez Was artykułów, które będziemy mogli zamieścić na stronach naszego Forum.

Tyle osób składa prace licencjackie czy magisterskie proszę podzielcie się swoimi osiągnięciami, wnioskami, chętnie je poznamy.

W związku ze zbliżającymi się wakacjami i okresem urlopowym, życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom oraz Waszym najbliższym dużo słońca, szczęśliwego i udanego odpoczynku, wielu wrażeń relaksu oraz miłej atmosfery.

*Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Barbara Błażejowska-Kopiczak*



Warszawa, 1 kwietnia 2014 r.

Pismo Prezesa NRPiP skierowane do Prezesa Rady Ministrów w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

### **Pan Donald Tusk Prezes Rady Ministrów**

Niniejszym pragniemy uprzejmie poinformować, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez Ministra Zdrowia naszego samorządu zawodowego.

W dniu 1 stycznia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2012 r. poz. 1545).

Treść tego aktu prawnego była szeroko krytykowana w środowisku pielęgniarek i położnych, jako dająca asumpt do uruchomienia procesu redukcji wykwalifikowanego personelu będącego członkami naszego samorządu, a przede wszystkim - zagrażająca bezpieczeństwu pacjentów.

Zgodnie z § 8 rozporządzenia, minimalne normy ustalone przed dniem jego wejścia w życie mogły być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r. W związku z prezentowaną od dnia wejścia w życie rozporządzenia merytoryczną krytyką poszczególnych jego zapisów, przedstawiciele Ministra Zdrowia zobowiązali się do podjęcia działań, zmierzających do rozwiązania zaistniałego problemu.

Jednakże zaprezentowane działania w omawianym zakresie są pozorne, a kierunek decyzji podjętych przez Ministra Zdrowia dalece odbiega chociażby od wniosków, zgłoszonych podczas ostatniego posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia, które miało miejsce w dniu 27 marca 2014 r.

W odpowiedzi na prezentowane przez nasz samorząd zawodowy uwagi, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu dzisiejszym otrzymała pismo podpisane przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia informujące o skierowaniu przez Ministra Zdrowia pisma do kierowników podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami,

w sprawie udzielenia informacji o efektach wdrożenia omawianego rozporządzenia. Treść pisma dotyczy udzielenia informacji o efektach wdrożenia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Na udzielenie informacji podmioty lecznicze będą miały czas 3 tygodni, a po dokonaniu analizy i oceny realizacji przepisów art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz.654 z późn. zm.) i przepisów w/w rozporządzenia, Minister Zdrowia deklaruje, że zostaną one przedstawione samorządowi zawodowemu.

Zwracamy uwagę, że tego rodzaju działanie de lege lata nie spowoduje zatrzymania skutków wejścia w życie nowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, wprowadzonych przeszło rok temu, na co wielokrotnie zwracała uwagę Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Z drugiej jednak strony wskazuje ono na fakt, iż przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia na dzień przed zmianą wprowadzonych przez siebie przepisów zdali sobie sprawę zarówno z konsekwencji, jakie niesie za sobą omawiany akt prawny, jak i jego ułomności oraz szkodliwości społecznej.

Ponadto, w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w okresie od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 marca 2014 r. upłynęła wystarczająca ilość czasu, jaka potrzebna jest na dokonanie oceny wypracowanych rozwiązań, które wszak, jeszcze przed ich wejściem w życie z całą pewnością były przez Pana Ministra oceniane.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że zasadniczym celem działania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest wprowadzenie w powyższym rozporządzeniu zapisów, które pozwolą na wskazanie takiej liczby pielęgniarek i położnych, która zagwarantuje bezpieczeństwo chorym i pracownikom, a jednocześnie nie narazi podmiotów leczniczych na wielomilio-

nowe straty, związane z zaniedbaniami w zakresie realizacji opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Swe umocowanie do działania nasz samorząd zawodowy czerpie z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wypływa prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, który to samorząd - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. Nadto, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.), samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Wszelkie swe prerogatywy zatem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny, a w szczególności dobro tych, których życie i zdrowie jest zagrożone i którzy w tym trudnym czasie potrzebują naszej pomocy.

Minister Zdrowia po myśli art. 34 ust. 1 i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tj.: Dz. U. z 2013 r. poz. 743 ze zm.) jest obowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do działu zdrowie, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw oraz projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów, a wreszcie, zobowiązany jest do współdziałania z organami samorządu zawodowego. Jednak Jego dotychczas

sowa postawa, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu - w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - wskazuje, że obowiązku swego on nie wykonuje.

Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla naszego środowiska, jak i środowiska pacjentów, zmusza nas do skierowania do Pana Premiera gorącej prośby o dokonanie pogłębionej analizy zaistniałego stanu rzeczy oraz o ewentualne wyciągnięcie konsekwencji wobec osób, których działania mogą mieć z jednej strony poważne konsekwencje w za-

kresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, z drugiej zaś konsekwencje polityczne dla osób sprawujących obecnie władzę w Rzeczypospolitej Polskiej.

Pragniemy podkreślić, że nie jest naszą intencją wywieranie presji, dla zagwarantowania jakichkolwiek przywilejów czy poprawy sytuacji określonej grupy zawodowej. Intencją naszą jest zwrócenie uwagi Pana Premiera na rodzący się problem, który skutkować może w niedalekiej przyszłości narażeniem życia lub zdrowia tych, którzy z powodu swego stanu zdrowia wymagają naszej opie-

ki i zagwarantowania należytego poziomu świadczeń zdrowotnych.

Raz jeszcze podkreślamy, że wypracowane przez Ministerstwo Zdrowia przepisy i rozwiązania uważamy za szkodliwe. Wielokrotnie prezentowane przez nas argumenty w tym zakresie pozostały bez odpowiedzi.

Mając na uwadze powyższe argumenty, w imieniu wszystkich członków naszego samorządu zawodowego pragniemy wyrazić wotum nieufności wobec działań Pana Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza.



NiPiP-NRPiP-DM.0025.80.2014

## NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 31 marca 2014 r.

**Pan Bartosz Arłukowicz**  
**Minister Zdrowia**

#### Szanowny Panie Ministrze,

W związku z postulatem zgłoszonym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu RP, w dniu 27 marca 2014 r., które poświęcone było kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, wnosimy o wprowadzenie zmiany § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2012, poz. 1545) w następującym brzmieniu:

„§ 8. Minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2014 r.”

Jednocześnie NRPiP wnioskuje o powołanie przez Pana Ministra formalnego zespołu ds. nowelizacji zapisów dotyczących powyższego rozporządzenia.

W opinii NRPiP konieczne jest wydłużenie do 31 grudnia 2014 r. okresu obowiązywania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustalonych przed wejściem w życie powyższego rozporządzenia. Należy podkreślić bowiem, iż

rozporządzenie w obecnym kształcie nie pozwala na prawidłowe obliczenie zapotrzebowania na etaty pielęgniarek i położnych w szpitalach. Wprowadzone zapisy stanowią także istotne zagrożenie dla bezpieczeństwa chorych, jak i powodują wysoki stopień wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych.

Należy wskazać, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie podnosiła zastrzeżenia co do obowiązującego rozporządzenia m.in. w zakresie:

- - braku wyliczonych czasów opieki bezpośredniej,
- - obniżenia czasu czynności pośrednich z 50% do 25% czasu pielęgnacji bezpośredniej,
- - braku zapisu o obsadzie pielęgniarek/położnych w oddziale lub innej jednostce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie mniejszej niż 2 pielęgniarki położne na zmianę,
- - braku zapisu: 2 pielęgniarki do zabiegu operacyjnego na jeden czynny stół operacyjny, czyli operowanego pacjenta,
- - braku wskaźników dla nowotworzonych, restrukturyzowanych oddzia-

łów szpitalnych lub oddziałów szpitalnych i komórek organizacyjnych w trakcie reorganizacji.

Pomimo zgłaszanych uwag do chwili obecnej zapisy przedmiotowego rozporządzenia pozostały niezmienione.

Należy podkreślić, iż zasadniczym celem NRPiP jest wprowadzenie w powyższym rozporządzeniu zapisów, które pozwolą na wskazanie takiej liczby pielęgniarek i położnych, która zagwarantuje bezpieczeństwo chorym i pracownikom, a jednocześnie nie narazi podmiotów leczniczych na wielomilionowe straty związane z zaniedbaniami w zakresie realizacji opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Z poważaniem  
Wiceprezes NRPiP  
Teresa Kuziara



**MINISTER ZDROWIA**

MZ-PP-079/3268-240/MD/14

Warszawa, 31.03.2014 r.

**Szanowna Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**Szanowna Pani Prezes,**

Uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia skierował pismo do podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami w sprawie udzielenia informacji o efektach wdrożenia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnie-

nia pielęgniarek i położnych. Na udzielenie informacji podmioty lecznicze miały czas 3 tygodni. Następnie po dokonaniu analizy i oceny realizacji przepisów art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.) i przepisów wymienionego rozporządzenia, zebra-

ne informacje i wyniki analizy zostaną przedstawione Państwu podczas spotkania, którego termin zostanie ustalony z Panią Prezes.

*Z poważaniem  
Z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Cezary Rzemek*



## **NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

### **Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

NIPiP-NRPiP-DS.G15.102.2014.MK

Warszawa, dnia 1 kwietnia 2014 r.

**Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**Szanowni Państwo,**

W dniu 31 marca 2014 r. na posiedzeniu Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zostało przedstawione stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie udzielenia informacji o efektach wdrożenia rozporządzenia Ministra

Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (pismo w załączniku). Uprzejmie informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podtrzymuje swoje dotychczasowe postulaty zgłoszone podczas posiedzenia Sejmo-

wej Komisji Zdrowia w dniu 27 marca 2014 r. O przebiegu dalszych prac będziemy na bieżąco Państwa informować.

*Prezes  
Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk*



## **NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

### **Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

NIPiP-NRPiP-DM.0025.100.2014

Warszawa, 10 kwietnia 2014r.

**Pani/Pan Przewodnicząca/Przewodniczący  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**Szanowni Państwo,**

W załączeniu przesyłam projekt „Procedury postępowania pielęgniarki/położnej jako funkcjonariusza publicz-

nego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny”.

Powyższy dokument był prezentowany przez Panią Mariolę Łodzińską na

posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w marcu 2014 roku.

*Z wyrazami szacunku Prezes NRPiP  
(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk*

# Procedura postępowania pielęgniarki/ położnej jako funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust 2 w/w ustawy.

## CEL:

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym\* stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

## OKREŚLENIE POJĘĆ:

Agresja [łac. *aggressio* „napaść”, „natarcie”], psychol. działanie (fizyczne, słowne) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

1. Agresja fizyczna - atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującym formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.

2. Agresja słowna (werbalna) - postępowanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

Pobudzenie - to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

Osoba agresywna - pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.

Naruszenie nietykalności cielesnej to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

Czynna napaść - to każde działanie osoby agresywnej wspólnie i w porozumieniu z innymi osobami przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu z zastosowaniem przemocy i naruszeniem nietykalności cielesnej, podjęte w celu wyrządzenia krzywdy fizycznej. Aby mówić o czynnej napaści, muszą w niej brać udział co najmniej trzy osoby działające wspólnie i w porozumieniu, bądź musi być dokonana przy użyciu niebezpiecznego narzędzia (np. użycie noża, broni palnej, środka obezwładniającego itp.)

Znieważenie - to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe, złośliwe epitety, gesty.

## OPIS ZASAD

### ZASTOSOWANIA PROCEDURY:

#### Warunki:

- Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca

2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić podczas i w związku z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w w/w przepisach prawnych czynności.

- Zaistnienie zdarzenia „podczas i w związku” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.
- Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo-przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.
- W świetle art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r., pielęgniarka i położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Np. naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.

#### Przesłanki:

- Ochrona prawna przysługująca pielęgniarce jako funkcjonariuszowi publicznemu
  - rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
  - rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta;

- planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

2. Ochrona prawna przysługująca położnej jako funkcjonariuszowi publicznemu

- rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzenie w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- przyjmowanie porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowanie przebiegu okresu poporodowego;
- badanie noworodków i opieka nad nimi oraz podejmowanie w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- realizowanie zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

#### **PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ:**

1. W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:

a. wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,

b. zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,

c. informowania w/w osoby o przysługującej pielęgniarce, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych,

2. W przypadku zaistnienia zachowań jakich dopuściła się osoba agresywna wobec funkcjonariusza publicznego należy:

a. niezwłocznie zawiadomić policję lub prokuraturę składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1 o przestępstwie uwzględniając:

- okoliczności ze wskazaniem, że do zdarzenia doszło w czasie i w związku z wykonywaniem czynności służbowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,
- wskazać w trakcie jakich czynności (udzielanego świadczenia) doszło do zdarzenia,

b. odnotować powyższy fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,

c. wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,

d. poinformować niezwłocznie kierownika oddziału / placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,

e. w przypadku doznanych obrażeń przez pielęgniarkę, położną, poddanie się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowej.

#### **OCHRONA PRAWNOKARNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI**

Funkcjonariusz publiczny w myśl art. 11 ust 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu Karnego w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawnokarnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nietykalność cielesną pielęgniarek i położ-

nych. O naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza można oskarżyć tylko kogoś, kto zrobił to podczas pełnienia przez funkcjonariusza obowiązków służbowych lub w związku z nimi i będzie podlegał odpowiedzialności prawnokarnej.

1. Przestępstwa popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora,

2. Sprawca przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu odpowiada surowiej, i zagrożony jest karami: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności do lat 3,

3. Organy ścigania po wypłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej)

4. Odpowiedzialność za napaść na funkcjonariusza została uregulowana odrębnymi przepisami.

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

Załącznik nr 1 - Zawiadomienie do Policji/Prokuratury

#### **PODSTAWA PRAWNA**

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039zpóźn. zm.)

2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny ( Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.)



.....  
.....  
(miejsowość, data)

.....  
(dane pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

**DO**

.....  
.....  
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

**ZAWIADOMIENIE O AGRESYWNYM ZACHOWANIU OSOBY  
WOBEK FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO**

Na podstawie art. 11 ust 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i  
położnej zawiadamiam, że w dniu .....  
(data, godzina )

W .....  
(miejsce popełnienia przestępstwa)

dokonano podczas i w związku z .....  
(rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych)

.....  
.....  
.....  
( rodzaj przestępstwa )

przez .....  
(dane sprawcy lub informacja, że sprawca nieznan)

oraz wnoszę o wszczęcie w tej sprawie postępowania przygotowawczego.

**Uzasadnienie** (Należy tu zwięźle opisać stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem  
zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody i świadków na poparcie swoich  
twierdzeń).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

.....  
( czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

## Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 14.05.2014 r.

Dnia 14.05.2014 w Departamencie Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia (Warszawa, ul. Długa 38/40) odbyło się zebranie poświęcone ustaleniu priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych finansowanych ze środków budżetu państwa, które rozpoczną się w roku 2014 roku.

Zebraniu przewodniczyła wicedyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia Pani Jolanta Skolimowska. Ponadto w posiedzeniu wzięli udział przedstawiciele Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, urzędów marszałkowskich, samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie reprezentowali:

- a) Teresa Kuziara - Wiceprezes NRPiP
- b) Joanna Walewander - Sekretarz NRPiP
- c) Tomasz Kaczmarek - Członek Komisji Kształcenia przy NRPiP

Przy ustalaniu dziedzin priorytetowych kierowano się:

1. liczbą pielęgniarek i położnych zatrudnionych na terenie danego województwa
2. liczbą ogólną specjalistów na terenie określonego województwa
3. liczbą specjalistów w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa

4. polityką zdrowotną regionu kraju

5. zapotrzebowaniem kierowniczej kadry pielęgniarskiej i położniczej zgłoszonej w OIPiP

6. w imieniu konkretnych zakładów opieki zdrowotnej

7. zapotrzebowaniem zgłoszonym przez szpitale do urzędów będących organami założycielskimi danych placówek medycznych

Przedstawiciele NRPiP reprezentowali stanowisko zawarte w uchwałach NRPiP w sprawie limitów miejsc szkoleniowych na szkolenia specjalizacyjne oraz wykazu priorytetowych dziedzin pielęgniarstwa, które powinny być przedmiotem przetargu na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych z budżetu państwa na rok 2014.

Szczegółowa lista priorytetów specjalizacyjnych zostanie ogłoszona przez uprawniony organ Ministerstwa Zdrowia po zaakceptowaniu dziedzin wskazanych przez zespół doradczy w dniu 14.05.2014 roku przez Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza.

W poszczególnych województwach liczba dziedzin (1 edycja=25 pielęgniarek/ położnych ) przedstawia się następująco:

- a. dolnośląskie - 5 edycji
- b. kujawsko-pomorskie - 4 edycje
- c. lubelskie - 4 edycje
- d. lubuskie - 2 edycje
- e. łódzkie - 6 edycji
- f. małopolskie - 6 edycji

g. mazowieckie - 9 edycji

h. opolskie - 2 edycje

i. podkarpackie - 5 edycji

j. podlaskie - 2 edycje

k. pomorskie - 4 edycje

l. śląskie - 9 edycji

m. świętokrzyskie - 4 edycje

n. warmińsko-mazurskie - 3 edycje

o. wielkopolskie - 6 edycji

p. zachodniopomorskie - 3 edycje

W sumie ustalono 74 edycje specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, które rozpoczną się w roku 2014 po zakończeniu postępowania przetargowego ogłoszonego przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia.

Termin opublikowania ogłoszenia w dniu posiedzenia nie był znany. Przedstawiciele NRPiP wnioskowali o szybkie wdrożenie procedur przetargowych, aby postępowania kwalifikacyjne na konkretne specjalizacje mogły być przeprowadzone jeszcze przed sezonem wakacyjnym.

Szczegółowa lista dziedzin priorytetowych zostanie dołączona do wiadomości pielęgniarek i położnych po jej oficjalnym opublikowaniu przez organ Ministerstwa Zdrowia do tego uprawniony.

*Notatkę sporządził:  
Tomasz Kaczmarek  
(Komisja Kształcenia NRPiP)*

## Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w 2014 r.

(Dz. Urz. MZ z dnia 13 grudnia 2013 r.) Na podstawie art. 70 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r.

poz. 1456 oraz z 2013 r. poz. 940) ogłasza się, co następuje:

1) limit miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2014 r. wynosi 1850;

2) kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2014 r. wynosi nie więcej niż 4.337 zł.

## Odpowiedź na interpelację posła Mirosława Pluty

w sprawie niskich wynagrodzeń pielęgniarek i położnych z Tarnobrzega (25110)

Szanowna Pani Marszałek! Odpowiadając na interpelację pana posła Mirosława Pluty przekazaną przy piśmie z dnia 13 marca 2014 r. (znak: SPS-023-25110/14) w sprawie niskich wynagrodzeń pielęgniarek i położnych z Tarnobrzega, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Analizując systemowe usytuowanie kwestii wynagrodzeń w ochronie zdrowia, należy stwierdzić, że znaczna część pielęgniarek i położnych jest zatrudniona w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą. Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217) za zarządzanie takim podmiotem odpowiada jego kierownik, do niego zatem należy decydowanie w sprawach dotyczących organizacji i funkcjonowania podmiotu, w tym w kwestiach związanych z zatrudnianiem i wynagradzaniem pracowników. Jego działania winny być uzasadnione rzeczywistymi potrzebami i możliwościami

występującymi w tym konkretnym, zarządzanym przez niego podmiocie z zachowaniem daleko idącej samodzielności stanowiącej jeden z filarów systemu ochrony zdrowia w Polsce. Kształtowanie poziomu wynagrodzeń w danym podmiocie pozostaje zatem w istotnej zależności od kondycji ekonomicznej podmiotu, dostępnej wielkości nakładów finansowych, realiów lokalnego rynku pracy, a bazuje na wewnętrznych rozwiązaniach organizacyjnych i regulaminowych. Ponadto ogólny poziom wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w ramach realizacji umów zawartych z oddziałami NFZ jest pochodną wykonania przez daną placówkę zakontraktowanej wartości świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie zaś z art. 121 wspomnianej ustawy podmiot tworzący sprawuje nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. W ramach nadzoru podmiot tworzący dokonuje kontroli i oceny w szczególności prawidłowości gospoda-

rowania przez podmiot leczniczy mieniem oraz środkami publicznymi, gospodarki finansowej oraz realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie. Oznacza to, że również sposób kształtowania poziomu wynagrodzeń w danym podmiocie należy do obszarów podległych czynnościom nadzorczym wykonywanym przez podmiot tworzący.

Wspomniana wcześniej samodzielność podmiotów leczniczych decyduje o tym, że minister zdrowia nie posiada uprawnień do ingerowania w kwestie kształtowania poziomu wynagrodzeń w podmiotach leczniczych, zatem pytanie o planowane zwiększenie płac pielęgniarek i położnych należałoby skierować do kierownika danego podmiotu leczniczego lub do organu założycielskiego tego podmiotu.

Z poważaniem  
Sekretarz stanu  
Sławomir Neumann  
Warszawa, dnia 28 marca 2014 r.

### Uchwała nr 179/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 marca 2014

w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038, ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Użyte w uchwale określenia oznaczają:

- 1) „pielęgniarka” - również pielęgniarka,
- 2) „położna” - również położnego,
- 3) „zaświadczenie” bez bliższego oznaczenia - zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i zaświadczenie o ograniczonym prawie wykonywania zawodu,
- 4) „okręgowa rada” - okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze

względem na miejsce wykonywania zawodu,

5) „okręgowa izba” - okręgową izbę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu,

6) „państwo członkowskie Unii Europejskiej” - również państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym oraz Konfederację Szwajcarską,

7) „obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej” - również „członków ich rodzin” w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Pol-

skiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz. U. Nr 144, poz. 1043) oraz obywateli państw trzecich posiadających zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego WE w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (tj. Dz. U. z 2006 r., Nr 234, poz. 1694, ze zm.).

§ 2. 1. Podjęcie przez okręgową radę uchwały w przedmiocie stwierdzenia albo przyznania prawa wykonywania zawodu i wpisania do rejestru okręgowej rady poprzedza:

- 1) złożenie przez osobę zainteresowaną wniosku o stwierdzenie albo przyzna-



nie prawa wykonywania zawodu i wpisanie do rejestru okręgowej rady,

2) stwierdzenie zasadności wniosku i kompletności złożonych dokumentów.

2. Do postępowania w sprawie stwierdzenia albo przyznania prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru okręgowej rady stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 267, ze zm.).

3. Uchwała niniejsza nie znajduje zastosowania do procedury stwierdzania prawa wykonywania zawodu obywatelowi państwa członkowskiego Unii Europejskiej przeprowadzanej w oparciu o art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039, ze zm.).

4. Ustala się następujące wzory wniosków:

1) wzór wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej i wpis do rejestru członków okręgowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 1,

2) wzór wniosku o przyznanie ograniczonego lub pełnego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza /położnej, położnego osobie nie będącej obywatelem państwa członkowskiego unii europejskiej oraz wpisanie do rejestru okręgowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 2,

3) wzór wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza/położnej, położnego osobie, będącej obywatelem jednego z państw członkowskich unii europejskiej oraz wpisanie do rejestru okręgowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 3,

4) wzór wniosku o wpis do rejestru okręgowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 4 A,

5) wzór wniosku o wykreślenie z rejestru okręgowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 4 B,

6) wzór wniosku o wydanie nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego utraty - stanowi załącznik nr 4 C,

7) arkusz zgłoszeniowy/aktualizacyjny danych osobowych w rejestrze pielęgniarek, rejestrze położnych prowadzonym przez okręgową radę pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 5.

5. Uchwała, o której mowa w ust. 1 jest podstawą niezwłocznego wpisania do rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych prowadzonego przez okręgową radę oraz wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.

§ 3. 1. Określa się numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu w następującej postaci, składającej się z ciągu znaków: MMRRRRRX, gdzie:

1) MM - oznacza numer kodu izby, która po raz pierwszy wydała prawo wykonywania zawodu - wykaz kodów stanowią załącznik nr 6,

2) RRRRR - oznacza kolejny numer porządkowy zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,

3) X - oznacza odpowiednio: pielęgniarki - P; położne - A

2. Określa się numer wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych w następującej postaci składającej się z ciągu znaków: KKWWMMZZZZZX, gdzie:

1) KK - oznacza kod izby,

2) WW - oznacza kod województwa, na terenie którego pielęgniarka lub położna wykonuje zawód - wykaz kodów stanowi załącznik nr 6,

3) MM - oznacza kod macierzysty izby, która po raz pierwszy wydała prawo wykonywania zawodu,

4) ZZZZZ - oznacza kolejny numer porządkowy w rejestrze izby,

5) X - oznacza odpowiednio: pielęgniarki - P; położne - A

§ 4.1. Na zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu, na naklejce na stronie 1, znajduje się podpis przewodniczącej/przewodniczącego okręgowej rady (bez imiennej pieczęci).

2. Na zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu należy umieścić jedną pieczęć okrągłą okręgowej rady pielęgniarek i położnych

§ 5. Wpisy do zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu poprzedzone są zbadaniem zasadności wniosku i kompletności dokumentów. W przypadku wpisów dotyczących wykreślenia z rejestru, wpisania do rejestru dokonanie wpisu poprzedzone jest ponadto podjęciem stosownej uchwały przez uprawniony organ samorządu pielęgniarek i położnych.

§ 6.1. Okręgowa rada prowadzi rejestr w formie elektronicznej, w sposób uniemożliwiający ich uszkodzenie lub zniszczenie.

2. Wpisu do rejestru prowadzonego przez inną okręgową radę można dokonać, gdy pielęgniarka, położna została wykreślona z rejestru, w którym dotychczas była wpisana.

3. Zmiany danych osobowych pielęgniarki, położnej wpisanej do właściwego rejestru dokonuje się na podstawie pisemnego oświadczenia pielęgniarki, położnej.

4. Dane zawarte w rejestrach nie mogą być z nich usunięte.

5. Wypis z rejestru wydaje się na wniosek osoby wpisanej do rejestru w zakresie dotyczącym tej osoby, niezwłocznie po złożeniu wniosku.

§ 7.1. W przypadku zaprzestania wykonywania zawodu zobowiązuje się pielęgniarkę/pielęgniarsza lub położną/położnego do złożenia we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oświadczenia określonego w załączniku nr 7 A do niniejszej uchwały oraz pozostawienia dokumentu „prawo wykonywania zawodu” w aktach osobowych.

2. W przypadku zamiaru podjęcia zaprzestanego wykonywania zawodu zobowiązuje się pielęgniarkę/pielęgniarsza lub położną/położnego do złożenia we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oświadczenia określonego w załączniku nr 7 B do niniejszej uchwały.

§ 8.1. W przypadku wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu określonego w § 6 ust. 1 należy dokonać stosownej adnotacji w okręgowym rejestrze pielęgniarek i położnych.

2. Dane pielęgniarek i położnych, których prawo wykonywania zawodu wygasło, są usuwane z rejestrów, o których mowa w § 6 ust. 1, po upływie 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.

§ 9. 1. Wprowadza się jednolity sposób postępowania z dokumentem „prawo wykonywania zawodu”, w przypadku zaistnienia sytuacji ujętej w art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 ze zm.), poprzez obowiązek zwrotu przedmiotowego dokumentu przez pielęgniarkę/pielęgniarsza lub położną/położnego do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych i nadania mu oznak nieużywalności poprzez odcięcie prawego dolnego rogu.

2. Wprowadza się wzór oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu stanowiący Załącznik nr 8 do uchwały.

**§10. 1. Osoby, które ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniar-ki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo w art. 31 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniar-ki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039, ze zm.) mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli**

**do dnia 1 stycznia 2015 r. złożą stosowny wniosek.**

**2. Po upływie terminu określonego w ust. 1 prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.**

§11. 1. Traci moc Uchwała nr 56/VI/2012 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 marca 2012 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniar-ki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniar-ki i rejestru położnych przez okręgowe rady pielęgniar-ki i położnych.

2. Traci moc Uchwała Nr 109/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2013 r. w sprawie

sposobu postępowania przez okręgowe rady pielęgniar-ki i położnych w przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lub jego podjęcia.

3. Uchwała Nr 102/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie ujednoczenia sposobu postępowania przez okręgowe rady pielęgniar-ki i położnych w przypadku zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu.

§ 12. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk*



## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

**38-400 Krosno ul. Bieszczadzka 5**

OIPiP-0010-42-2014

Krosno, dnia 15 maja 2014 r.

**Pani (-) Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie**

W odpowiedzi na pismo z dnia 28 kwietnia 2014 r., znak NIPiP-NRPiP-DM.0022.27.2014 dotyczącego projektu uchwały w sprawie obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie opiniuje wyżej wymieniony projekt negatywnie.

Uzasadnienie:

Po dokonaniu analizy projektu uchwały w imieniu własnym i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych informuję, że kwestie dotyczące kształcenia podyplomowego są wyczerpująco uregulowane w Ustawie „O zawodzie pielęgniar-ki i położnej”.

Jednocześnie wskazujemy, że problematyka uregulowana w projekcie uchwały była przedmiotem dyskusji w czasie obrad Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w 2013 r. i nie uzyskała ona akceptacji na wprowadzenie „monitorowa-

nia” doskonalenia zawodowego przez pielęgniar-ki i położne w formie uzyskiwania punktów edukacyjnych.

Zwracamy jednocześnie uwagę, że w obecnej sytuacji w kosztach kształcenia podyplomowego partycypuje pielęgniar-ka/położna i samorząd zawodowy.

Na obszarze działania naszej OIPiP nowo zatrudniane pielęgniar-ki uzyskują wynagrodzenie na poziomie minimalnego wynagrodzenia za pracę.

ORPiP wyraża stanowczy sprzeciw wobec propozycji nałożenia na samorząd zadania potwierdzania realizacji obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności pielęgniar-ki/położnej w okręgowym rejestrze.

W naszej ocenie art. 44 ust. 1 Ustawy o zawodach pielęgniar-ki i położnej określa dane w zakresie kształcenia podyplomowego, które są ujmowane w rejestrze pielęgniar-ki i położnych. W świetle tego

przepisu budzi wątpliwość możliwość wprowadzania do rejestru proponowanych zapisów.

*Z poważaniem:  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Barbara Błażejowska-Kopiczak*

# Zlecenie lekarskie jako istotny element procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

Niniejszy komentarz poświęcony został omówieniu problematyki związanej z udzielaniem świadczeń medycznych wykonywanych wyłącznie na zlecenie lekarza (z inicjatywy lekarza). Autor omawia wymogi, jakie przedmiotowe zlecenie musi spełniać. Wskazano również sytuacje uzasadniające odmowę wykonania zlecenia lekarskiego.

## 1. Wprowadzenie

Na tle przyjętych rozwiązań prawnych można wyszczególnić trzy rodzaje interwencji medycznych, które określają stopień samodzielności pielęgniarek (położnych): niezależne interwencje, które mogą być podejmowane samodzielnie z inicjatywy pielęgniarki (położnej), zależne interwencje, czyli działania wykonywane wyłącznie na zlecenie lekarza (z inicjatywy lekarza), a także współzależne interwencje, czyli czynności wykonywane na podstawie współpracy z lekarzem w ramach zespołu terapeutycznego (wspólne uzgodnienia zespołu).

1. Tematem niniejszego komentarza jest drugi z wymienionych obszarów, a w szczególności charakterystyka konstrukcji prawnej zlecenia lekarskiego. Artykuł 12 i 15 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) - dalej u.z.p.p. - regulują kwestie zagadnienia zlecenia lekarskiego, wprowadzając zmiany w stosunku do poprzedniego stanu prawnego (art. 22 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217)).

## 2. Charakterystyka zlecenia

Zlecenie lekarskie jest istotnym elementem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w relacjach lekarz-pacjent-pielęgniarka, lekarz-pacjentka-położna. Zgodnie z obowiązkiem poszanowania prawa pacjenta do integralności wyrażonym w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.

z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) - dalej u.p.p. - zlecenie lekarskie jest „swoistym potwierdzeniem tego”, na co lekarz uzyskał zgodę pacjenta w zakresie procesu leczenia. Lekarz przed zleceniem pielęgniarkę (położnej) określonych działań medycznych w formie zlecenia lekarskiego powinien uzyskać na nie poinformowaną zgodę pacjenta (art. 16 w zw. z art. 9 u.p.p.).

Istota samodzielnego wykonywania zawodu medycznego ma służyć odbiorcy świadczenia lub usługi. Oznacza to, że osoba samodzielna zawodowo daje gwarancję swojemu pacjentowi (klientowi), że w trakcie wykonywania świadczenia lub usługi nie będzie zobowiązana do respektowania niczych poleceń, zaleceń zagrażających jego zdrowiu lub życiu. Nie podlega żadnej wątpliwości, że w procesie leczenia główną rolę odgrywa lekarz stawiający rozpoznanie i wydający zlecenie lekarskie co do sposobu leczenia. I w tym zakresie personel pielęgniarski pozostaje do jego dyspozycji, z uwzględnieniem ustawowego upoważnienia do podejmowania i/lub wykonywania samodzielnych czynności zawodowych. Obowiązek wykonania zlecenia lekarskiego jest nakazem ustawowym. Zlecenie lekarskie ma charakter uniwersalny, niezależny od prawnej formy wykonywania danego zawodu medycznego, i już z tego względu nie stanowi ono polecenia pracowniczego. Uchylenie się od tego nakazu wymaga zachowania ustawowej procedury postępowania. Zawsze dobrem najwyższym jest dobro pacjenta.

Zlecenie lekarskie jest konstrukcją prawa administracyjnego, co do zasady musi mieć formę pisemną i musi być odnotowane w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1 i ust. 2 u.z.p.p.). Nie jest kierowane do oznaczonego co do tożsamości wykonawcy. Zlecenie lekarskie zawiera imię i nazwisko pacjenta, któremu określone działanie medyczne ma być wykonane, a nie imię i nazwisko pielęgniarki (położnej), która ma je wykonać. Zlecenie lekarskie może wy-

konać tylko taka pielęgniarka lub położna, która w zakresie zleconego działania medycznego posiada wymagane kwalifikacje (a contrario art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

Pisemne potwierdzenie wykonania zlecenia lekarskiego jest informacją zwrotną dla zlecającego lekarza (oraz innych osób włączonych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych, np. konsultanta czy lekarzy biorących udział w konsylium lekarskim) o przebiegu podejmowanych czynności medycznych. Pielęgniarka (położna) ma prawo i obowiązek poinformowania lekarza o ewentualnych spostrzeżeniach poczynionych względem pacjenta w następstwie wykonanego zlecenia. Uprzedniej pisemności zleceń lekarskich i pisemności ich potwierdzania lekarz, pielęgniarka, położna nie mają obowiązku dochowania tylko wyjątkowo, w trakcie wykonywania działań medycznych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 15 ust. 2 u.z.p.p.)<sup>2</sup>.

## 3. Wykonanie zlecenia

Przed wykonaniem zlecenia lekarskiego pielęgniarka (położna) ma zawsze prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.). Zakres informacji przekazywanych przez lekarza pielęgniarkę (położnej) nie wymaga zgody pacjenta. Jest to wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej (art. 14 ust. 2 pkt 4 u.p.p.). Tym samym na lekarzu ciąży obowiązek przekazywania pielęgniarkę (położnej) takich informacji. Pomimo uzyskania tych informacji, dodatkowo w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka (położna) ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlece-



nia (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.). Ustawa nie precyzuje, jakie to mają być wątpliwości. Należy jednak przyjąć, że chodzi tu przede wszystkim o wątpliwości natury medycznej. Czy lekarz ma jedynie ustawowy obowiązek spełnienia „tego domagania się”? Tak, lekarz ma formalny obowiązek spełnić „domaganie się” pielęgniarki (położnej). Formalnie prawo obowiązuje, gdy zostało właściwie ustanowione i zostało właściwie ogłoszone.

W praktyce codziennej pielęgniarki (położne) mogą spotykać się ze zjawiskiem braku realistycznego obowiązywania prawa, czyli występowania braku zgodności zachowań adresatów normy z tą normą (czyli lekarzy).

Zgodnie z zapisem ustawowym art. 15 u.z.p.p. pielęgniarka (położna) bez względu na formę wykonywania zawodu nie jest zobowiązana do zgłoszenia przełożonemu (w przypadku zatrudnienia pracowniczego), zleceniodawcy (w przypadku zatrudnienia niepracowniczego) zamiaru domagania się uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia od lekarza zlecającego ani nie jest zobowiązana do uprzedniej konsultacji ze specjalistą dziedziny pielęgniarstwa (położnictwa). Szczególnie brak tego ostatniego wymogu uważam za istotny mankament, ponieważ w przypadku jakichkolwiek działań poddających w wątpliwość zasadność wykonania zlecenia lekarskiego należy zadbać o wyczerpanie możliwości zbadania zasadności tego zlecenia w zakresie własnej samodzielnej grupy zawodowej. Pielęgniarka (położna) nie ma obowiązku pisemnego odnotowywania, że domagała się od lekarza uzasadnienia wykonania zlecenia, a lekarz odmówił takiego uzasadnienia. Natomiast pisemność odnotowania takiego faktu może mieć istotne znaczenie dla udowodnienia dochowania „należytej staranności przed podjęciem ostatecznej decyzji pielęgniarki (położnej), tzn. odmowy wykonania zlecenia lekarskiego.

#### **4. Odmowa wykonania zlecenia lekarskiego**

Pielęgniarka (położna) może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego w czterech okolicznościach. Po pierwsze, wstrzymanie się pielęgniarki (położnej) od wykonania zlecenia lekarskiego może być podyktowane pojawieniem

się, po podjęciu decyzji przez lekarza, nowych okoliczności wymagających weryfikacji postępowania leczniczego lub wręcz stojących w sprzeczności z nim. Pielęgniarka (położna) może zaobserwować u pacjenta objawy wskazujące na konieczność wstrzymania i/lub wycofania się z kontynuacji zaordynowanego działania medycznego. Po drugie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z jej sumieniem. Po trzecie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez nią kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Po czwarte, kwestią otwartą jest, czy odmowa wykonania przez pielęgniarkę (położną) może mieć miejsce z innych przyczyn niż natury medycznej. Uważam jednak, że należy taką ewentualność dopuścić, gdy zwłoka w jej udzieleniu nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Dopuszczam tu okoliczności związane np. z wulgarnym czy wręcz agresywnym zachowaniem pacjenta albo osób będących opiekunami pacjenta (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.).

Pielęgniarka (położna) musi podać niezwłocznie na piśmie przyczynę odmowy swojemu przełożonemu lub osobie zlecającej (czyli lekarzowi), chyba że odmowa dotyczy czynności zleconych w sytuacji „stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego pacjenta” (art. 12 ust. 2 w zw. z ust. 1 u.z.p.p.). Ponadto pielęgniarka (położna) ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki (położnej) lub w innym podmiocie leczniczym (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.). Niezależnie od podania w formie pisemnej przyczyny odstąpienia od wykonania zlecenia pielęgniarka (położna) ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.).

#### **5. Podsumowanie**

Reasumując, jedną z cech samodzielności zawodowej pielęgniarki (położnej) jest margines swobody co do sposobu realizacji zleconej czynności medycznej, ale niekiedy także co do za-

kresu wykonywanych czynności zawodowych. W celu realizacji tego drugiego elementu samodzielności zawodowej ustawodawca określił procedurę odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, która pozostawia pielęgniarkę (położną) „sam na sam” z konsekwencjami podjętej decyzji. Obowiązujący stan prawny nie zawiera w moim przekonaniu wystarczających gwarancji ochronnych dla osoby decydującej się odmówić wykonania zlecenia lekarskiego. W przypadku pracowniczego zatrudnienia pielęgniarki (położnej) zlecenie lekarskie nie jest poleceniem pracowniczym, ale trzeba mieć na uwadze, że pielęgniarka (położna) odmawiająca wykonania takiego zlecenia jest pracownikiem danego podmiotu leczniczego i dlatego zgodnie z art. 100 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) jej podstawowym obowiązkiem pracowniczym jest wykonywanie pracy sumiennie i starannie, w tym sumienne i staranne uczestniczenie w zespołowym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka (położna) wykonuje czynności zawodowe lub wykonania ich odmawia na ryzyko pracodawcy. Ustawodawca, dając pielęgniarcie (położnej) możliwość odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, nie zwalnia jej z obowiązków pracowniczych względem zakładu pracy. Natomiast w przypadku zatrudnienia niepracowniczego co do zasady mają odpowiednie zastosowanie przepisy o umowie zlecenia, które opierają relacje zleceniodawcy i zleceniobiorcy na zaufaniu do wykonawcy tego zlecenia. Utrata zaufania jest przesłanką rozwiązania umowy cywilnoprawnej.

Dlatego uważam, że zanim pielęgniarka (położna) odmówi wykonania zlecenia lekarskiego, powinna zasięgnąć opinii innej pielęgniarki (położnej), aby upewnić się co do słuszności podjętej decyzji, a fakt zasięgnięcia takiej opinii powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej.

*Przedruk z Wolters Kluwer  
Autor: Dorota Karkowska*

### KONSULTANT KRAJOWY w dziedzinie PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

Kraków 2014.03.21

#### Opinia w sprawie wykonywania segregacji medycznej przez pielęgniarki systemu

Kwestia wykonywania segregacji medycznej przez pielęgniarki systemu jest regulowana przez ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 sierpnia 2006 r. Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410, art. 43, oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. dziennik Ustaw nr 210 poz. 1539 i 1540 w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego §2 p. 23

z którego wynika iż pielęgniarka spełniająca wymagania dla „pielęgniarki systemu” zdefiniowana w przytoczonej ustawie o PRM art. 3 p. 6 jest uprawniona do prowadzenia segregacji medycznej. Segregacja medyczna jest obecna w programach kształcenia podyplomowego pielęgniarek we wszystkich jego rodzajach dających uprawnienia pielęgniarki systemu tj. programach specjalizacyjnych i kursach kwalifikacyjnych.

Dodatkowo European Society for Emergency Nursing zaleca aby pielę-

gniarka wykonująca triage w oddziale ratunkowym posiadała minimum roczny staż pracy w oddziale ratunkowym.

#### **Podsumowanie:**

Pielęgniarka systemu posiada kwalifikację do wykonywania segregacji medycznej.

*Konsultant Krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego  
mgr Marek Maślanka*

#### **Ministerstwo Zdrowia**

Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego,  
Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych

Warszawa 10.02.2014

#### **Pani Elżbieta Szostak Przewodnicząca Zakładowej Organizacji Związkowej OZZPiP przw WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze**

#### **Szanowna Pani Przewodnicząca**

W nawiązaniu do pisma z dnia 8 stycznia 2014 r., kierowanego do wiadomości Ministra Zdrowia, w sprawie sprzeciwu Zakładowej Organizacji Związkowej wobec nowelizacji przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013r, poz. 757, z późn. zm.), Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych zapewnia, że wszelkie dokonywane przez resort zdrowia zmiany dotyczące obowiązujących przepisów prawnych mają służyć poprawie organizacji i funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w kraju. Proponowane zmiany przepisów podlegają zarówno konsultacjom wewnętrznym, jak i zewnętrznym, w tym uzgodnieniom ze strona społeczną. W konsultacjach aktów prawnych uczestniczy także Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

Tut. Departament nie podziela obaw dotyczących prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające tytuł zawodowy ratownika medycznego. Wskazać należy, że osoba wykonująca ten zawód musi speł-

niać przesłanki określone w art. 10 ww. ustawy. Pomimo, że w świetle obowiązujących przepisów prawnych, ratownik medyczny nie posiada prawa wykonywania zawodu, to do podjęcia pracy na stanowisku ratownika medycznego uprawnia go dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe, czyli w tym przypadku dyplom ratownika medycznego. Osoby te wykonują swój zawód zgodnie z umiejętnościami zawodowymi, uzyskanymi w toku kształcenia przed i podyplomowego. Kształcenie na uczelniach medycznych ma na celu przygotowanie wyspecjalizowanej kadry medycznej zdolnej do podejmowania samodzielnych działań. Studenci poznają anatomię oraz funkcjonowanie organizmu ludzkiego, a także etiopatogenezę chorób i urazów, w szczególności w odniesieniu do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zdobywają wiedzę i praktyczne umiejętności w zakresie postępowania diagnostyczno - terapeutycznego z osobami w stanie nagłym. Należy podkreślić, że w toku kształcenia na kierunku ratownik medyczny, studenci nie tylko zdobywają wiedzę z obszaru medycznych czynności ratunkowych, ale także ogólną wiedzę z zakresu medycyny. W zwią-

ku z powyższym, zasób czynności, które mogą podejmować ratownicy medyczni obejmuje nie tylko działania bezpośrednio ratujące życie takie jak np. prowadzenie resuscytacji krążeniowo — oddechowej dorosłych i dzieci, ale także uprawnia do wykonywania innych czynności, w tym np.: wykonywanie EKG, pomiar tętna i ciśnienia tętniczego krwi, pomiar i ocenę wydolności oddechowej, pobieranie krwi żyłnej i włósniczkowej do badań laboratoryjnych, podawanie leków, także drogą parenteralną i wziewną, zakładanie i zmianę opatrunków. Przywołane powyżej działania są tylko nielicznymi przykładami procedur, które ratownicy medyczni mogą wykonywać samodzielnie lub pod nadzorem lekarza. Niezaprzeczalnym jest, że czynności te mogą być także wykonywane na oddziałach szpitala, gdzie również przebywają pacjenci w „stanie nagłym”. Wskazać trzeba, że na obecną chwilę, ratownik medyczny może wykonywać swój zawód w ramach zespołów ratownictwa medycznego, transportu sanitarnego, w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w ramach ratownictwa górskiego, narciarskiego i wodnego. Ratownik medyczny może brać również udział w za-

bezpieczeniu imprez masowych, poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych, z wykorzystaniem określonych produktów leczniczych i wyrobów medycznych w: zespole wyjazdowym, patrolu ratowniczym oraz punkcie pomocy medycznej. Jednakże, biorąc pod uwagę zakres umiejętności ratownika medycznego wynikający z toku kształcenia przed - i podyplomowego oraz oczekiwania strony społecznej, planowane są zmiany przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym umożliwiające wykonywanie tego zawodu także poza systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne. Przewiduje się, że minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych, które będą mogły być podejmowane przez ratownika medycznego samodzielnie, pod nadzorem lekarza systemu albo innego lekarza, kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego. Pamiętać należy, że w świetle zmian dotyczących wykonywania zawodu ratownika medycznego poza systemem PRM, nie przewiduje się by ta grupa zawodowa zastąpić miała na stanowisku pracy pielęgniarki. Przesłanką przemawiającą za projektowanym rozwiązaniem jest także fakt, że dla wielu osób wykonywanie zadań ratownika medycznego w systemie pozaszpitalnym w wieku przedemerytalnym lub w razie orzeczenia wobec nich niepełnosprawności nie będzie możliwe ze względów zdrowotnych i z uwagi na konieczność przestrzegania przepisów bezpieczeństwa pracy. Zatrudnienie takiej osoby poza jednostkami systemu PRM, da jej możliwość kontynuowania kariery zawodowej, bez konieczności przekwalifikowywania się, do momentu nabycia pełnych uprawnień emerytalnych.

Odnosząc się do przywołanych w piśmie Pani Przewodniczącej kwestii dotyczących stosowania przez ratowników medycznych przymusu bezpośredniego, wpisywania w kartę medycznych czynności ratunkowych kodu ICD - 10 oraz wystawiania zaświadczeń o przebytych kursach z kwalifikowanej pierwszej pomocy, należy wskazać, że w świetle obowiązujących przepisów, takie uprawnie-

nia mają nie tylko ratownicy medyczni, ale wszyscy członkowie zespołu ratownictwa medycznego, w tym lekarz systemu i pielęgniarka systemu.

Ponadto, odnosząc się do osób zaufania publicznego, dodać trzeba, że zgodnie z komentarzem autorstwa Przemysława Guły, Stefana Paździocha, Tomasza Filarskiego, Jarosława Kucia, Marcina Mikosa, Piotra Pochopienia i Michała Waszkiewicza do art. 11 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (stan prawny: 2008.06.01) zawód ratownika medycznego spełnia przesłanki pozwalające na zakwalifikowanie go do grupy zawodów medycznych. Zawód ten może być uznany za zawód zaufania publicznego, gdyż działalność ratownika medycznego związana jest z ochroną dóbr o najwyższej wartości - życia i zdrowia, wymaga więc bardzo wysokich umiejętności fachowych. Dodatkowo, zgodnie z art. 5 ust 1 ustawy o PRM, osoba podejmująca medyczne czynności ratunkowe, w tym ratownik medyczny, korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) dla funkcjonariuszy publicznych.

Odnosząc się do propozycji realizacji zadań z zakresu ratownictwa medycznego wyłącznie przez podmioty publiczne działające w formie służby jak Państwowa Straż Pożarna, czy Policja trzeba wskazać, że zgodnie z art. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym „w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne”. Z cytowanego przepisu wynika więc, że zapewnienie pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest zadaniem państwa, co nie oznacza, iż w zadanie to powinny być zaangażowane jedynie podmioty publiczne.

Zgodnie z art. 49 ust. 5 ww. ustawy do postępowania w sprawie zawarcia umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Zadania ZRM są świadczeniami zdrowotnymi, które zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) stanowią działalność leczniczą. Podkreślenia wymaga, że zakres świadczeń i zobowiązania, jakie nakładane są na mocy ww. umów na niepubliczne i publiczne podmioty lecznicze są takie same. Status podmiotu leczniczego nie ma więc wpływu na jakość i dostępność do świadczeń ratowniczych. NFZ dokonuje oceny złożonych ofert pod kątem warunków realizacji świadczeń oraz oferowanej ceny. Utrzymanie procedury konkursowej leży w interesie zarówno świadczeniobiorców, jak i płatnika.

Przywołane wyżej ustawy zakładają równość traktowania podmiotów leczniczych (publicznych i niepublicznych) przystępujących do konkursu ofert w Narodowym Funduszu Zdrowia i nie pozwalają na stworzenie służby ratownictwa medycznego, w kształcie podobnym do PSP lub Policji.

Podsumowując należy jednoznacznie stwierdzić, iż resort dostrzega konieczność zmiany przepisów dotyczących systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Nowelizowana ustawa podlegać będzie przewidzianej prawem procedurze legislacyjnej, w tym uzgodnieniom zewnętrznym, w toku których także organizacje związkowe będą mogły zgłaszać ewentualne uwagi do konkretnych propozycji przepisów.

*Z poważaniem*  
*Zastępca Dyrektora Departament Spraw*  
*Obrońnych, Zarządzania Kryzysowego,*  
*Ratownictwa Medycznego i Ochrony*  
*Informacji Niejawnych*  
*Ministerstwo Zdrowia*  
*Barbara Bańczak-Mysiak*

**Do wiadomości:**

Departament Pielęgniarek i Położnych - w/m  
Departament Dialogu Społecznego - w/m  
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych - ul. Pory  
78, lok. 10, 02-757 Warszawa  
Marek Maślanka - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, Polskie  
Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego, ul.  
Szlak 61, 31-153 Kraków  
Prof. dr hab. Jerzy Robert Ładny - Konsultant  
Krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej  
Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Wydział  
Nauk o Zdrowiu UM w Białymstoku, ul. Szpitalna  
37, 15-295 Białystok



# Choroby skóry a cierpienia duszy - rola pielęgniarki w psychodermatologii

## CZĘŚĆ II

### Pierwszy kontakt z pacjentem

Choroby dermatologiczne nierzadko wiążą się z koniecznością leczenia szpitalnego. Pobyt w szpitalu jest dla większości chorych poważnym problemem natury psychologicznej, dlatego wielkiego znaczenia nabiera postawa i zachowanie osób przyjmujących pacjenta do oddziału. Pacjenci ze schorzeniami dermatologicznymi często są uwrażliwieni na punkcie swojego wyglądu, bywają rozdrażnieni, niecierpliwymi, niekiedy nieuprzejmi wobec personelu. Pielęgniarka powinna mieć świadomość, że niewłaściwe zachowanie pacjenta może być spowodowane reakcją na hospitalizację. Biorąc pod uwagę powyższe fakty trzeba zrobić wszystko, aby pierwszy kontakt pacjenta z pielęgniarką przebiegał w atmosferze spokoju i pełnego zrozumienia. Opiekująca się chorym pielęgniarka powinna się przedstawić, powiedzieć, jaką rolę będzie pełnił wobec pacjenta oraz zebrać krótki wywiad. Ważne jest, by przed rozmową zadbać o odpowiednie warunki otoczenia, czyli prywatność, spokój, wygodę, a także o to, by nikt nie przerywał rozmowy. Pielęgniarka powinna być spokojna i opanowana. Musi okazać pacjentowi zainteresowanie i chęć niesienia pomocy w rozwiązaniu jego problemów. Ze wstępnego kontaktu z pielęgniarką pacjent powinien wynieść lepszą orientację w swojej sytuacji zdrowotnej i przeświadczenie, że pielęgniarka będzie osobą, na którą można liczyć.

U większości chorych w pierwszych dniach pobytu w szpitalu występuje uczucie zagrożenia, mimo, że już na wstępie chory zostaje zapewniony, że o każdą pomoc może zwrócić się do personelu oddziału, zwłaszcza pielęgniarek. W celu zmniejszenia niepokoju pacjent powinien na bieżąco być informowany o planach wobec swojej osoby, o czekających go zabiegach, badaniach i przygotowaniach do nich. Bardzo ważnym elementem na tym etapie komunikacji jest pozyskanie zaufania pacjenta. Chory

musi wiedzieć, że ma na kim polegać bez zastrzeżeń i wątpliwości, chce też mieć nadzieję na wyzdrowienie. Pielęgniarka powinna więc dołożyć wszelkich starań, by stać się dla chorego osobą zaufaną i zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa.

Pozyskiwanie zaufania wymaga okazywania pacjentowi szacunku, akceptacji, czyli przyjmowania go takim, jaki jest. Zachowanie akceptujące i poszanowanie chorego umacnia w pacjencie poczucie własnej wartości i jednocześnie zachęca do dalszych wypowiedzi. Szacunek jest bardzo potrzebny każdemu choremu, a jego okazywanie nabiera specjalnego znaczenia w sytuacjach, gdy zaburzony jest obraz własnej osoby, np. z powodu choroby, zmiany w wyglądzie, zeszpeceń czy urazu - co w przypadku chorób dermatologicznych jest dość częste.

Zdolnością niezwykle znaczącą w komunikowaniu jest empatia, czyli umiejętność „wczuwania się” w sytuację chorego. Pielęgniarka już przy pierwszym spotkaniu z chorym powinna rozpoznać, co pacjent myśli, co czuje, a bez zdolności empatii nigdy nie będzie potrafiła porozumieć się z chorym i pomóc mu w identyfikacji przeżyć, często niejasnych dla niego samego.

### Bariery komunikacji i metody ich rozwiązywania

Stwierdzono, iż w kontakcie z chorym należy brać pod uwagę to, że nie każdy pacjent jest od pierwszej rozmowy otwarty. Każdy z nas potrzebuje czasu na przełamanie barier obcości. Zdarzają się pacjenci introwertyczni, zamknięci w sobie, wycofani czy z objawami depresyjnymi, którzy nie chcą mówić. Istotne jest, by pielęgniarka podczas rozmowy potrafiła dostrzec, w jakim nastroju jest chory, co myśli o swej sytuacji, czym się przejmuje, co stanowi dla niego największy problem. Jeśli podjęty temat byłby dla chorego krępujący czy irytujący, powinna szybko wycofać się z tematu i zaproponować inny, lub skierować roz-

mowę na powód poszukiwania przez pacjenta pomocy w szpitalu.

Bywa, że komunikacja jest utrudniona, np. przez upór pacjenta, agresję, wpływ leków, alkoholu, zdenerwowanie faktem hospitalizacji, itp. Pielęgniarka nawet w takich przypadkach powinna dać choremu do zrozumienia, że jest mu gotowa pomagać, bo jest tu i teraz dla niego.

Powszechnie wiadomo, że każdy kontakt i rozmowa z pacjentem musi być celowa i sprawna. Nadrzędnym celem działań pielęgniarki powinno być zwiększenie poczucia wartości chorego i dążenie do zmniejszenia lęku, gdyż strach i niepewność zakłócają prawidłowy odbiór informacji. Pielęgniarka musi położyć nacisk na jasność zwrotów i określić - w przeciwnym razie jej słowa zostaną niezrozumiane, źle zinterpretowane przez pacjenta i mogą wprowadzić zamęt w jego odczuciach. Gdyby mimo starań do tego doszło, należałoby szukać innych środków komunikowania i na pewno pogłębiać wiedzę w tym zakresie.

### Pielęgniarka jako obserwator

Obserwacja i dogłębne oglądanie pacjentów to jeden z najistotniejszych elementów opieki pielęgniarskiej, a w psychodermatologii zajmuje miejsce szczególne. Pielęgniarka ma kontakt z pacjentami w różnych sytuacjach dnia codziennego - obserwując ich w nocy, w ciągu dnia, w czasie spożywania posiłków, mycia się, spędzania czasu wolnego na oddziale, w porze odwiedzin i podczas wykonywania czynności leczniczo-pielęgniarskich. Jej obserwacje mogą znacznie rozszerzyć obraz chorego, jaki wytworzył sobie w czasie badania lekarza.

W diagnostyce psychodermatologicznej obserwacje pielęgniarki są cenniejsze niż w innych działach medycyny, gdyż często drobne wydarzenia, szczegóły dotyczące zachowania się chorego w stosunku do innych chorych, personelu, jego reakcje emocjonalne, itp. mogą znacznie

zmodyfikować postawione przez lekarza rozpoznanie.

### **Kolejnym ważnym elementem oddziaływania terapeutycznego pielęgniarstwa jest edukacja zdrowotna.**

Obejmuje ona uświadamianie pacjentom, jak ich styl życia (właściwe odżywianie, wypoczynek, radzenie sobie ze stresem, nałogami), jest ważnym czynnikiem wpływającym na stan skóry. Szczególnie dużo miejsca w edukowaniu chorych dermatologicznych powinna zajmować tematyka pielęgnacji skóry, włosów i paznokci. Warunkiem powodzenia skutecznej edukacji zdrowotnej jest umiejętność doboru odpowiednich technik komunikowania - jasnych, zrozumiałych i dostosowanych dla danego pacjenta.

Styl życia - to zespół codziennych zachowań, specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości.

Udowodniono, że sytuacje stresowe, zła dieta, brak snu i niedostateczna higiena mogą być zabójcze dla skóry, która traci niezbędne witaminy i minerały. Ich brak powoduje, że cera szarzeje, występują obrzęki, cienie pod oczami, zmarszczki. Skóra traci jędrność, pojawiają się na niej różne patologiczne wykwity. Odwodniona skóra łuszczy się, swędzi. Brak aktywności ruchowej sprawia, że organizm jest niedotleniony, co odbija się niekorzystnie na wyglądzie skóry. Nieustanny pośpiech, nerwowy tryb życia także źle wpływa na cerę. Przedłużający się stres, niemożność zrelaksowania się czy odreagowania emocji jest często na skórze widoczny. Nie bez powodu stwierdzono, że „czego oczy nie wypłaczą, to wykrzyczy skóra”. Ważnym elementem edukacji zdrowotnej pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi jest zwrócenie uwagi na sposób odżywiania się, który powinien uwzględniać: pokarmy bogate w witaminy, ograniczenie używek (kawy, alkoholu, papierosów), dostarczenie odpowiedniej ilości płynów - ok. 2 l płynów na dobę. Pacjentom powinno się także uświadamiać, że ćwiczenia fizyczne, spacer, jazda na rowerze, pływanie i umiejętność relaksowania się, są dla skóry zbawienne.

Sposób odżywiania się wpływa nie tylko na wygląd skóry, ale także na jej odczynność na różne bodźce fizyczne

i chemiczne. Stosując dietę należy pamiętać, by była pełnowartościowa jakościowo i kalorycznie.

Leczenie dietetyczne w chorobach skóry jest postępowaniem uzupełniającym leczenie zasadnicze. W przypadkach udowodnionej alergii (pokrzywka, atopowe zapalenie skóry), należy wykluczyć z diety konserwanty, barwniki, wzmacniacze smaku i zapachu, wszelkie cytrusy a także jaja, mleko, orzechy i potrawy zbożowe. Niektórzy chorzy z AZS i z wypryskiem potnicowym, uczuleni na nikiel, reagują wysiewem zmian skórnych z powodu przenikania jonów niklu z powodu pokarmowego. Zaleca się tu ograniczenie produktów bogatych w nikiel: kakao, herbaty, czekolady i orzechów oraz owoców (maliny i truskawki), a także warzyw strączkowych. Wiele chorób skóry ulega zaostrzeniu pod wpływem ostrych pokarmów, marynat i przypraw oraz pod wpływem alkoholu. Powodują one nasilenie objawów stanu zapalnego skóry (zaczerwienienie, ocieplenie, obrzęk) i zwiększenie świądu.

Przestrzeganie właściwej diety jest szczególnie istotne podczas leczenia glikokortykosteroidami (hormony kory nadnerczy). Zaleca się wówczas dietę bogatobiałkową (chudy twaróg, mleko, chude mięso, ryby) i niskowęglowodanową, polegającą na eliminowaniu z pożywienia ciast, cukierków, czekolady i słodkich napojów. Dieta z ograniczeniem węglowodanów stosowana jest z powodzeniem w ropnych chorobach skóry, gdyż cukier jest dobrą pożywką dla rozwoju bakterii. Dieta z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych, łatwo strawna - oszczędzająca przewód pokarmowy, zwłaszcza wątrobę, jest stosowana np. w leczeniu łuszczycy czy erytrodermii. Zaleca się także rezygnację z ostrych przypraw (papryka, pieprz, ocet, musztarda) oraz kawy i alkoholu.

W chorobach z obfitym złuszczeniem i spęłaniem naskórka na dużej powierzchni wskazana jest dieta z wysoką zawartością białka.

### **Sposoby radzenia sobie ze stresem**

Badania naukowe dowodzą, że stresu nie da się całkowicie wyeliminować, ale można z nim walczyć. Pielęgniarka opiekująca się pacjentami ze schorzeniami dermatologicznymi może polecić proste

sposoby rozładowywania napięcia psychicznego, takie jak:

- słuchanie muzyki
- gimnastyka
- spacer
- dobry żart
- śmiech
- właściwa ilość snu
- planowanie dnia
- nie obciążanie się nadmiernymi obowiązkami
- czynny wypoczynek (piesze wycieczki, praca na działce)
- pozytywne myślenie
- wsparcie ze strony najbliższych.

### **Niwelowanie świądu**

Świąd (pruritus), to specyficzne dla skóry odczucie wywołujące odruchową czynność drapania. Przyczyną są czynniki zewnętrzne, fizjologiczne oraz alergiczne. Pierwszą grupę stanowią czynniki związane z niewłaściwą higieną i noszeniem sztucznych tkanin. W drugiej grupie są zaburzenia hormonalne, zmieniające florę bakteryjną i suchość skóry. Często świąd spowodowany jest nadmierną potliwością, cukrzycą lub zaburzeniami czynności wątroby. Najczęstszymi objawami świądu jest bezwiedne i ciągłe dotykane swędzącego miejsca, drapanie oraz zaczerwienienia. Na skórze można dostrzec przeczosy (podłużne zadrapania).

Badania naukowe wykazały intensyfikujące występowanie świądu u osób spożywających duże ilości czekolady, coca-coli, żółtego sera, owoców cytrusowych, alkoholu, kawy, ostrych przypraw, piwa, a także pijących w nadmiarze mleko. Niedobór witamin A i D również usposabia do świądu.

Świąd wpływa negatywnie na stan psychofizyczny, samopoczucie, często powoduje nadmierną pobudliwość i nerwowość. Biorąc to pod uwagę, chcąc zniwelować przykre objawy, należy unikać produktów stymulujących świąd i uzupełniać deficyty witaminowe. W czasie pojawienia się pierwszych oznak świądu zaleca się przemycie podrażnionego miejsca wodą, przewietrzenie oraz osuszenie. Swędzących miejsc nie należy pocierać. Doraźnie można przyłożyć do skóry coś zimnego, co da efekt miejscowego znieczulenia. Zaleca się też stosowanie bezzapachowych i natłuszczających emo-

lientów, dostępnych bez recepty i kąpiele olejowych, a w profilaktyce świądu, unikanie kremów zapachowych, zwłaszcza zawierających witaminę A.

Wykazano, że środki zapachowe mogą podrażniać skórę, a zawarta w kremach witamina A, zwłaszcza pod wpływem działania słońca na skórę - powoduje ostudę (brązowe plamy). W walce ze świądem istotne jest wyeliminowanie czynnika drażniącego, unika się przegrzewania organizmu, dba o to, by paznokcie były krótko obcięte.

Dużą rolę w zwalczaniu świądu ma aspekt psychologiczny. Ciągłe myślenie o świądzie potęguje jego siłę i skłania do dalszego podrażniania skóry. Należy zadbać o podejmowanie różnych form aktywności pacjenta. W świądzie uogólnionym stosuje się fototerapię, zwłaszcza UVB oraz psychoterapię.

### PODSUMOWANIE:

Niniejszy artykuł powstał na podstawie długotrwałych obserwacji i wieloletniego doświadczenia w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej nad pacjentami ze schorzeniami dermatologicznymi, którzy oprócz problemów natury somatycznej i estetycznej często zgłaszali lub wykazywali trudności psychologiczne (niepokój, lęk, skłonności depresyjne, tendencje samobójcze).

Autorce szczególnie mocno zależało na tym, by zwrócić uwagę na wyjątkowo trudną rolę pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentami w dermatologii.

Choć ogólnie wiadomo, że czynniki psychiczne mają istotny wpływ na przebieg chorób skóry, to pomoc psychologiczna, której istotą jest wyeliminowanie stresu stymulującego chorobę, nie jest niestety powszechna i dostępna dla większości chorych. Wiadomo już, że wiele miejsca należy poświęcić psychoterapii elementarnej, która powinna stanowić bazę kompleksowego leczenia przewlekłych chorób skóry.

Wysoko wykwalifikowany personel pielęgniarski ma znaczący wkład w proces terapeutyczny pacjentów. Poprzez wnikliwą obserwację, prawidłowe komunikowanie się, prowadzoną edukację zdrowotną oraz stosowanie różnych form psychoterapii elementarnej, prowadzonych w atmosferze bezpieczeństwa, życzliwości, wzajemnego szacunku, za-

ufania i empatii, możemy znacznie spotęgować końcowy efekt leczenia.

Podsumowując fakt istnienia zależności między stanem psychicznym pacjenta, a stanem jego skóry, warto podkreślić, że często nie doceniamy lub nie bierzemy pod uwagę roli tych powiązań. Niezwykle ważne jest, by nie skupiać się na chorobie pacjenta, lecz spojrzeć na niego z szerszej perspektywy, przez pryzmat całego człowieka - holistycznie.

Uwzględniając wpływ stylu życia na stan skóry, znaczenie odżywiania, wpływ sytuacji stresowych na stan dermatologiczny i sposoby walki ze stresem, zwrócono uwagę na znaczenie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z problemami dermatologicznymi, będącymi jednocześnie zaburzeniami psychologicznymi.

Powinno się dążyć do tego, by pielęgniarki podnosiły swoje kwalifikacje, poszerzając wiedzę z zakresu psychoterapii elementarnej, gdyż jest ona bardzo potrzebna chorym, zwłaszcza tym z problemami psychodermatologicznymi.

### Literatura

1. Korabel H., Dudek D., Jaworek A., Wojas-Pelc A.: „Tendencje samobójcze wśród pacjentów dermatologicznych”. *Postępy Dermatologii i Alergologii* XXV; 2008, (2):69.

2. Lipczyński A.: „Rola czynników psychicznych w powstaniu i przebiegu schorzeń dermatologicznych”. Użytkowano 16.04.2010 z sieci www: <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?Ile-veW97>.

3. Czabala J. Cz.: „Czynniki leczące w psychoterapii”. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

4. Szepietowski J., Reich A.: „Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową”, Warszawa, PZWL.

5. Miekoś-Zydek B., Rydlewska-Cho A., Lassota-Falcewska M., Czyż P., Ka-szuta A.: „Jakość życia pacjentów z łuszczycą”. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 2006; XXIII, 6:237-277.

6. Bogaczewicz J., Kurylek A., Sysa-Jędrzejowska A., Woźniacka A., Janowski Konrad, Seuden S.: „Aspekt psychologiczny w leczeniu chorób skóry”. *Dermatologia Kliniczna* 2007,9(4) 263-267.

7. Kowalik L.: „Poradnik według Antoniego Kępińskiego. Jak leczyć i poznawać

człowieka”. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2005.

8. Kottler J.A.: „Skuteczny terapeuta”. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

9. Bak B.: „Pozyskać zaufanie pacjenta”. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007; (11).

10. Kwiatkowska Ai, Krajewska-Kutak E., Panek W.: „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie”. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.

11. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: „Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1 założenia teoretyczne”. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.

12. Lubińska-Żądło B., Pasternak K.: „Edukacja zdrowotna w pracy pielęgniarek uzdrowiskowych. Zadania ważne, lecz nieco zaniedbane”. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006; (7-8).

13. <http://pielęgniarki.eu/promocja-zdrowia/zdrowy-styl-zycia/10-z-drowy-styl-zycia> z dn. 24.05.2010 r.

14. Krajewska-Kuśak E.: „Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek”. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.

15. Łagoda K., Sawicka J., Sierżantowicz R.: „Twarze i maski depresji”. *Magazyn http Pielęgniarki i Położnej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005; (10).

16. „Dokuczliwy problem” (na podstawie materiałów firmowych). *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008; (6).

17. Wilczek-Różyczka E.: „Komunikowanie się z chorym psychicznie”. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.

*Agnieszka Kurbiel  
- pielęgniarka, absolwentka Wydziału  
Zdrowia i Nauk Medycznych Krakowskiej  
Akademii im. A. Frycza-Modrzewskiego.  
Pracuje w Szpitalu Specjalistycznym im.  
L. Rydygiera w Krakowie Sp.z o.o.*

*Zofia Foryś  
- dr nauk medycznych, specjalistka  
w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego,  
wykładowca akademicki, pełni  
funkcję Dyrektora d/s Pielęgniarstwa  
i Jakości w Szpitalu Specjalistycznym im.  
L. Rydygiera w Krakowie Sp.z o.o.*

*Przedruk z Pisma Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie, nr 8, marzec – kwiecień 2014*



# Pielęgnowanie pacjenta w ostrej białaczce szpikowej w czasie chemioterapii

## ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ W CZASIE CHEMIOTERAPII

Współpraca z chorymi na ostrą białaczkę szpikową podczas chemioterapii jest dość specyficzna, ponieważ chorzy ci znajdują się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i są całkowicie świadomi bardzo złego rokowania jakie niesie zarówno sama choroba jak i jej leczenie. Z pewnością można stwierdzić, że kontakty z osobami chorymi na choroby nowotworowe, powinny być nacechowane wyważoną szczerością, aby nie rozbudzać w nich nadmiernego entuzjazmu, ale też aby nie doprowadzać ich do rozpacz. Chemioterapia jest bardzo trudnym i uciążliwym w skutkach leczeniem. Pacjenci powinni otrzymywać od pielęgniarek pracujących na oddziałach jak najwięcej informacji co do przebiegu samego leczenia oraz następstw chemioterapii. Należy objaśnić pacjentowi poszczególne etapy kolejnych kursów chemioterapii, uświadomić go ile będzie trwał dany kurs, poinformować kiedy ma wykonać badania kontrolne takie jak biochemia czy morfologia krwi, czy też zdjęcie RTG. Na oddziałach powinna panować przyjazna i bezpieczna atmosfera, tak aby pacjent był nie skrepowany i mógł wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości. Musimy także upewnić się, czy wszystkie przekazane informacje, a szczególnie terminy medyczne są zrozumiałe dla pacjenta. Należy również przekazać pacjentowi dostępne broszury i ulotki na temat chemioterapii, tak aby na spokojnie się z nimi zapoznał. Trzeba zwrócić szczególną uwagę pacjentowi na to, aby w trakcie chemioterapii zadbał o dobre nawod-

nienie jak i przestrzegał diety lekkostrawnej. Wyjaśniamy pacjentowi, że jego odporność drastycznie spadnie, więc ważną kwestią jest dbałość o higienę szczególnie jamy ustnej i okolic intymnych. Bielizna powinna być przewiewna, bawełniana i nieuciskająca, a kosmetyki przeznaczone do bardzo delikatnej skóry. Należy ograniczyć przebywanie na słońcu, ze względu na możliwość powstania zmian skórnych oraz całkowicie wykluczyć palenie papierosów i picie alkoholu. Trzeba poinformować pacjentów prowadzących aktywne życie seksualne o konieczności stosowania antykoncepcji od początku chemioterapii, aż do 5 lat po zakończeniu leczenia (Antos E., Godlewska T.: Leczenie cytostatykami. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. Nr 3/2013, s. 14).

Podczas podawania leków cytostacyjnych należy bacznie obserwować pacjenta pod kontem anafilaksji. Należy również uwrażliwić pacjenta, aby gdy tylko pojawią się miejscowe objawy niepożądane (pieczenie, zaczerwienienie, obrzęk), niezwłocznie poinformował o tym personel pielęgniarski, ponieważ mogą to być pierwsze objawy wynacznienia się cytostatyku. W sytuacji kiedy dojdzie do wynacznienia pielęgniarka powinna:

- zablokować dopływ leku,
- powiadomić lekarza dyżurnego lub też prowadzącego,
- zaaspirować resztki leku,
- usunąć kaniulę dożylną.

Wszystkie zlecenia powinno się dokładnie sprawdzać na kartach indywidualnych zleceń lekarskich, a wszystkie czynności, i zdarzenia (takie jak np. wynacznienie) dokumentować w dokumentacji pielęgniarskiej. Systematycznie przed każdym podaniem cyto-

statyku i po jego zakończeniu należy dokonywać pomiaru ciśnienia tętniczego i tętna, a wartości odnotowywać w dokumentacji pielęgniarskiej (Antos E., Godlewska T.: Leczenie cytostatykami. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. Nr 3/2013, s. 14).

Jeżeli chodzi o pielęgnację pacjenta podczas nudności i wymiotów, to do zadań pielęgniarki należy:

- dostateczne nawadnianie pacjenta drogą doustną, tak aby nie dopuścić do zaburzeń elektrolitowych, a jeżeli jest takie zlecenie to również przetaczanie płynów drogą dożylną,
- podawanie zleconych leków przeciwwymiotnych,
- zaopatrzenie pacjenta w miskę nerkową, ligninę i szklankę z wodą, do przepłukania ust,
- edukowanie pacjenta aby spożywał posiłki w małych ilościach, za to częściej, i aby wykluczył z jadłospisu tłuste posiłki,
- zadbać o to, aby pomieszczenie w którym przebywa chory było dobrze wentylowane, bez ostrych i nieprzyjemnych zapachów (Antos E., Godlewska T.: Leczenie cytostatykami. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. Nr 3/2013, s. 14).

W celu złagodzenia objawów zapalenia błon śluzowych jamy ustnej, należy zalecić pacjentowi częste płukanie jamy ustnej. W razie zaawansowanego procesu zapalnego podajemy na zlecenie leki przeciwbólne oraz wykonuje się pędzlowanie jamy ustnej. Kładziemy tu również nacisk na odpowiednią dietę, która nie będzie pogłębiać podrażnień błony śluzowej. Posiłki muszą być podawane w temperaturze pokojowej, o miękkiej strukturze i łagodnym smaku (Antos E., Godlewska T.: Leczenie

cytostatykami. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Nr 3/2013, s. 14 - 15).

W przypadku, gdy u pacjenta pojawia się trudności z wypróżnieniem, należy wzbogacić jego dietę o produkty zawierające dużo błonnika, zalecić więcej ruchu, jak również wypijanie większej ilości płynów. Na zlecenie lekarza podajemy również łagodne środki przeczyszczające i wykonujemy hegar (Antos E., Godlewska T.: Leczenie cytostatykami. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Nr 3/2013, s. 15).

Również biegunka, która występuje na skutek zapalenia błony śluzowej jelit wymaga podjęcia działań zapobiegawczych. Z pewnością musimy wyeliminować z diety błonnik, i zadbać o odpowiednie nawodnienie, aby nie wystąpiły odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe. Bardzo ważna jest również higiena osobista po każdorazowym oddaniu stolca. Okolicę szpary pośladowej należy dokładnie obmyć i natłuścić oliwką, bądź też specjalnymi kremami przeciw odparzeniom. Na zlecenie lekarskie, należy założyć i prowadzić kartę bilansu wodnego, pobrać próbkę kału do badania, czy też podawać leki przeciwbiegunkowe (Antos E., Godlewska T.: Leczenie cytostatykami. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Nr 3/2013, s. 15).

Pomiędzy 6, a 14 dniem po podaniu chemioterapii jest największe ryzyko wystąpienia infekcji. Należy w tym czasie wprowadzić izolację pacjenta i reżim sanitarny. Zwraca się szczególną uwagę w tym czasie na systematyczną kontrolę temperatury ciała. Po stwierdzeniu wystąpienia infekcji, pielęgniarka na zlecenie lekarza pobiera krew na posiew i podaje antybiotyki i środki przeciwwirusowe.

Kiedy mamy do czynienia z małopłytkowością, mogą wystąpić nagłe krwawienia z nosa, jamy ustnej, cewki moczowej, pochwy czy też odbytu, jak również sińce i wybroczyny na skórze. Należy w tym okresie unikać aktywności fizycznej, wszelkich skaleczeń i urazów oraz delikatnie wydmuchiwać nos. Do toalety jamy ustnej używać miękkiej szczoteczki i nie używać nici dentystycznych. Miejsce wkłucia po pobraniu krwi i po usunięciu kaniuli dożylniej, powinno się zabezpieczyć ga-

zikiem i długo uciskać (Antos E., Godlewska T.: Leczenie cytostatykami. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Nr 3/2013, s. 15).

Przy zaburzeniach pęcherza moczowego i pracy nerek należy zadbać o odpowiednie nawodnienie doustne i dożylne. Gdy pojawi się krwawienie z dróg moczowych, wtedy podajemy leki przeciwkrwotoczne (Antos E., Godlewska T.: Leczenie cytostatykami. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Nr 3/2013, s. 15).

W przypadku wystąpienia zaburzeń rytmu serca, zapalenia osierdzia, ostrej niewydolności lewokomorowej, należy zwrócić szczególną uwagę na przestrzeganie odpowiednich dawek cytostatyków. Aby wykluczyć niebezpieczeństwo zawałów, udarów i zatorów powinno się stosować, przy leczeniu cytostatycznym, heparyny drobnocząsteczkowe (Antos E., Godlewska T.: Leczenie cytostatykami. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. Nr 3/2013, s. 15).

Rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej pomimo ogromnych postępów w medycynie i farmakologii, jest często równoznaczne z wyrokiem śmierci. Bardzo gwałtowna i radykalnie postępująca choroba, pogarszająca się samopoczucie, jak również zmieniający się wygląd chorego, są często szokujące dla człowieka chorego i jego rodziny. Kolejnym problemem jest fakt, że w dzisiejszych czasach zepchnęliśmy śmierć na margines. Nie traktuje się już śmierci jako rzeczy naturalnej. Uważa się śmierć za temat tabu, coś nienaturalnego. Personel pielęgniarski nie powinien unikać często bardzo trudnych kontaktów i rozmów ze śmiertelnie chorym pacjentem i jego rodziną. Pacjent chory na ostrą białaczkę szpikową nie powinien nigdy pozostawać osamotniony. Należy zawsze mówić takiemu człowiekowi prawdę, ale w sposób wyważony, który nie pozbawi go resztek nadziei. Podczas rozmowy powinno się poruszać aspekty, które podnoszą chorego na duchu i mobilizują go do walki z chorobą. Trzeba umieć również uważnie słuchać takiego pacjenta i pozwolić mu wyrazić jego nadzieje, emocje i lęki. W sytuacjach wyjątkowo trudnych umożliwić choremu kontakt z psycho-terapeutą lub też osobą duchowną.

W zależności od potrzeb, na pisemne zlecenie lekarza, należy również podawać leki przeciwlękowe i przeciwdepresyjne (Sułek K., Wąsak - Szulkowska E. 2007, s. 181 - 182).

*Artykuł jest fragmentem pracy licencjackiej autorstwa piel. lic. Anny Koczarga której promotorem była Pani dr n. med. Renata Rabiasz.*

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Sierawska G.: Powikłania ostre i wczesne (1). *Chemioterapia. Magazyn pielęgniarki i położnej*. 2010, nr 11
2. Sierawska G.: Powikłania wczesne (2). *Chemioterapia. Magazyn pielęgniarki i położnej*. 2010, nr 12
3. Sierawska G.: Niepożądane objawy leczenia (3). *Chemioterapia. Magazyn pielęgniarki i położnej*. 2011, nr 1 - 2
4. Antos E.: Problemy pacjentów (cz.2) Leczenie cytostatykami. *Magazyn pielęgniarki i położnej*. 2013, nr 3
5. Sułek K., Wąsak-Szulkowska E.: *Hematologia w praktyce*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2007

# Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością nerek

## DIETA W PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK

Pacjent w przewlekłej niewydolności nerek powinien przejść na odpowiednią, do jego stanu zdrowia dietę. Rolą pielęgniarki jest poinformowanie chorego o konieczność analizowania diety. Równie ważna jest jakość, ilość, ale również częstość spożywania posiłków. Najlepiej gdyby pacjent prowadził tzw. „dzienne spożycie”. Dzięki niemu choremu będzie łatwiej zrozumieć proces leczenia, a także narzuci to dyscyplinę. Wraz ze zmianami funkcji nerek należy odpowiednio ograniczać pewne pokarmy bądź przyprawy. Przykładowo przy obrzękach lub nadciśnieniu tętniczym należy ograniczyć przyjmowanie płynów i wykluczyć z jadłospisu pokarmy bogate w sód. Przy hiperkaliemii należy wykluczyć pokarmy bogate w potas, np. czekolada i wyroby czekoladowe, kakao, orzechy, suche nasiona roślin strączkowych, kasza (szczególnie gryczana), suszone śliwki, figi, banany, owoce cytrusowe, awokado, grzyby, ziemniaki, marchew, pomidory (szczególnie ketchup i koncentrat pomidorowy), warzywa liściaste oraz niektóre przyprawy, takie jak: suszona pietruszka, bazylija, papryka w proszku. Gdy objawi się hiperfosfatemia powinno wykluczyć się pokarmy bogate w fosfor, np. podroby, cielęcina, ryby, płatki zbożowe, pieczywo razowe, suche nasiona roślin strączkowych oraz napoje gazowane. Aby utrzymać właściwy poziom gospodarki wapniowo-fo-

Wielkość filtracji kłębuszkowej	Ilość spożywanego białka
GFR < 70 ml/min	< 1 g/kg masy ciała/dobę
GFR < 55 ml/min	0,55- 0,60 g/kg masy ciała/dobę
GFR < 20 ml/min	0,40 g/kg masy ciała/dobę

Tabela 1. Ilość spożywanego białka w stosunku do wielkości filtracji kłębuszkowej. (Źródło: Talarska D. Zozulińska-Ziółkiewicz D.: Pielęgniarstwo internistyczne, WL PZWL, Warszawa 2009, s.232)

sforanowej wskazana jest suplementacja aktywnej formy witaminy D, a także preparatów wapnia. Natomiast spożywanie białka jest zależne od wielkości filtracji kłębuszkowej. Kiedy mamy do czynienia z wyrównaną niewydolnością nerek, ilość przyjmowanego białka powinna wynosić około 1 g/kg masy ciała/dobę. W miarę zmniejszania się filtracji kłębuszkowej, ilość przyjmowanego białka stosunkowo spada. [B. Hornik T. Niewiadomski. 2009, s. 232]

Gdy pacjent zaczyna terapię nerkoza-  
stępczą podaż białka jest już inna. Kiedy pacjent ma wdrożoną hemodializę zaleca się podaż 1-1,2 g/kg masy ciała/dobę białka, a w leczeniu dializą otrzewnową podaż białka jest nieco wyższa i wynosi 1,2- 1,3 g/kg masy ciała/dobę. Dieta nie może jednak zawierać mniej niż 20 g białka, ponieważ mniejsza ilość tego składnika nie pokrywa dobowego zapotrzebowania na niezbędne aminokwasy. Do pełnego wykorzystania białek zawartych w diecie potrzebny jest dowóz odpowiedniej ilości energii pochodzącej z węglowodanów i tłuszczów. Chroni to przed rozpadem białka ustro-

jowego i narastaniem mocznika we krwi oraz pozwala uzupełnić i utrzymać zapasy białek ustrojowych na odpowiednim poziomie. Dieta powinna zawierać 35-40 kcal/kg masy ciała to zawiera się w 2000- 2500 kcal/dobę. [B. Hornik T. Niewiadomski. 2009, s.232]

Zalecenia żywieniowe dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek można podzielić na okresy. W pierwszym okresie nie są zalecane jakiegokolwiek ograniczenia dietetyczne. Drugi okres jest okresem niewydolności wyrównanej. Należy ograniczyć podaż białek i fosforu. Ilość białka przyjmowanego w tym okresie to około 0,6- 0,8 g/kg masy ciała. Jeżeli chory nie ma nadciśnienia tętniczego krwi, nie powinno się drastycznie ograniczać spożywania soli kuchennej. Warto w tym okresie rozpocząć suplementację witaminy D, która ułatwia wchłanianie wapnia. Trzeci okres to niewydolność niewyrównana, wtedy dieta powinna być niskobiałkowa, a ilość spożywanego białka powinna się zawierać pomiędzy 0,3- 0,6 g/kg masy ciała czyli około 30 g/dobę. Ogranicza się również podaż sodu oraz pota-

Pierwsze śniadanie	Sałatka z ziemniaków z cebulką, oliwą i sokiem z cytryny (ziemniaki 200 g, cebula 50 g, olej 5 g), herbata (herbata 200 ml, cukier Log
Drugie śniadanie	Ziemniaki puree z selerem i masłem (ziemniaki 150 g, seler 100 g, masło 20 g)
Obiad	Kotlety ziemniaczane (ziemniaki 300 g, cebula 30 g, mąka ziemniaczana 20 g, masło 20 g, mleko 15 g, żółtko 10 g, bułka skrobiowa 20 g, olej 20 g), przyprawy, surówka z marchwi marchew 80 g, cukier 5 g, sok z cytryny)
Podwieczorek	Ziemniaki pieczone w folii (ziemniaki 100 g, masło 10 g) z przyprawami ziołowymi
Kolacja	Kopytka (ziemniaki 250 g, mąka ziemniaczana 10 g, masło 10 g), herbata (herbata 200 ml, cukier 10 g)

Tabela 2. Przykładowy jadłospis z zastosowaniem diety ziemniaczanej, (źródło: Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s.365)



su tak, aby dieta zawierała odpowiednią ilość kalorii. W czwartym okresie czyli niewydolności schyłkowej ogranicza się podaż białek (<0,3- 0,6 g/kg masy ciała) oraz sodu, potasu i fosforu, a także płynów. Pacjent w fazie schyłkowej niewydolności wymaga leczenia nerkozastępczego w postaci hemodializy bądź dializy otrzewnowej. Jeżeli chory nie może zostać dializowany, najczęściej stosuje się dietę ziemniaczaną. Ziemniaki w tej diecie spożywa się w ilości około 1 kg i są najważniejszym źródłem białka. Ilość białka waha się pomiędzy 20- 25 g. ziemniaki można jeść w różnych formach: pieczone, smażone na olejach roślinnych albo z dodatkiem masła, bądź gotowane. Potrawy przygotowywane głównie z ziemniaków mogą zawierać około 300 g warzyw i owoców, a także 120 g świeżego masła lub oleju, 50 g cukru, można również przygotowywać takie potrawy z dodatkiem mąki ziemniaczanej. Dań ziemniaczanych nie należy solić, ale zamiast tego można doprawiać przyprawami ziołowymi, świeżymi bądź suszonymi. Przy zwiększonych wartościach potasu we krwi należy zastosować gotowanie ziemniaków bez łupinek. W takim przypadku stosuje się tzw. podwójne gotowanie. Działa to alkalizująco, jest to bardzo ważne przy kwasicy metabolicznej, która spowodowana jest małym wydalaniem produktów kwaśnych przemiany materii przez zmienione chorobowo nerki. [H. Ciborowska A. Rudnicka. 2000, s. 364-365]

### **OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK W CZASIE DIALIZY**

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem dializowanym polega m.in. na poinformowaniu pacjenta na czym polega zabieg dializy, jaka jest rola błony otrzewnowej, jaką rolę spełnia płyn dializacyjny. Należy przeszkolić pacjenta, jak posługiwać się cyklem oraz pouczyć pacjenta, jak ważne są wizyty kontrolne. Pielęgniarka powinna nauczyć pacjenta, jak dbać o higienę rąk i ciała oraz miejsca gdzie będzie dochodziło do wymiany worków z dializatorem, a także magazynowania sprzętu dializacyjnego w domu. W jaki sposób postępować z odpadami dializacyjnymi, a także

że sprzęt dializacyjny należy przechowywać w suchym, czystym pomieszczeniu. Podczas dializoterapii zadaniem pielęgniarki jest głównie zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjenta. Bycie przy chorym oraz udzielenie pomocy, gdy tego potrzebuje. Nie należy się spieszyć, każde działanie pielęgniarskie powinno być przemyślane, delikatne i pozbawione nerwowości. Powinno się pacjentowi zapewnić spokój, ograniczyć silne bodźce, np. ograniczenie silnego światła przez zasłonięcie okna roletą bądź parawanem. Czasem potrzebny jest nadzór nad spożywaniem posiłków i ilością wypijanych płynów przez pacjenta w czasie przebywania w szpitalu, namawianie pacjenta do spożycia posiłku do końca, aby zapewnić podaż białka zalecanego w diecie i nie doprowadzić do niedożywienia chorego. [A. Dowbór-Dzwonka B. Cegła M. Filanowicz. 2010, s. 75]

### **PIELĘGNACJA CEWNIKA DIALIZACYJNEGO**

Przed dializą zadaniem pielęgniarki jest odpowiednie zabezpieczenie i pielęgnacja cewnika dializacyjnego. Zmiana opatrunku wokół miejsca założenia cewnika dializacyjnego powinna nastąpić przed każdą dializą. Może być wykonana tylko przez pielęgniarki dializacyjne, które mają odpowiednie, dodatkowe przeszkolenie specjalistyczne. Po zdjęciu opatrunku, ocenia się miejsce wkłucia, a gdy pacjent ma założony cewnik permanentny należy również ocenić tunel podskórny. Zbiera się wtedy wywiad od pacjenta pod kątem objawów zapalenia. Do dezynfekcji ujścia cewnika używa się wyłącznie bezalkoholowych środków antyseptycznych, np. octeniseptu bądź wodnego roztworu jodyny. Należy usunąć ślady krwi wokół ujścia cewnika w kierunku odśrodkowym. Nie można pozostawić okolicę wyjścia cewnika zamoczoną, należy ją dokładnie osuszyć. Cewnik należy zabezpieczyć jałowym plastrem, który nie uszkadza skóry. Zopatrzywanie ujścia cewnika należy wykonać aseptycznie i estetycznie. Koniecznie należy dokładnie zamocować plaster do skóry tak, aby również zapewnić swobodny dostęp do końcówek cewnika i korków. Korki zabezpieczające koniec cewnika należy zmieniać po każdym zabiegu. Aby nie doprowadzić do zaka-

żenia, którego ryzyko jest bardzo duże, podłączenie dializy na cewniku naczyniowym zmusza do użycia sterylnych rękawic, serwety, maski chirurgicznej, jak również sterylnego sprzętu i materiału opatrunkowego. Po podłączeniu, jak i odłączeniu końcówek cewnika należy zastosować bezalkoholowy środek antyseptyczny, jak przy zmianie opatrunku ujścia cewnika. W stacji dializ cewnikiem opiekują się pielęgniarki, ale gdy pacjent idzie do domu, pielęgniarka musi pouczyć go, jak należy dbać o cewnik dializacyjny. Głównie wskazówki pielęgniarskie dotyczą kąpieli w domu. Zaleca się przysznic zaraz po dializie, ponieważ opatrunek zostanie zmieniony w stacji dializ profesjonalnie. Jednak w domu pacjent powinien na czas kąpieli zakładać wodoodporny opatrunek, aby nie doprowadzić do zakażenia. Należy również unikać gorących kąpieli. [A. Kliś. 2008, s. 102-103]

*Artykuł jest fragmentem pracy licencjackiej autorstwa piel. lic. Pauli Gawlik, której promotorem była Pani dr n. med. Renata Rabiasz*

### **Bibliografia:**

1. Hornik B. Niewiadomski T. Opieka pielęgniarska nad osobami z niewydolnością nerek. [W:] Pielęgniarstwo internistyczne. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 232.
2. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 364- 365.
3. Dowbór-Dzwonka A., Cegła B., Filanowicz M.: Pielęgowanie pacjentów w chorobach układu moczowego. [W:] Repetytorium z pielęgniarstwa. Kędziora-Kornatowska K. Muszalił M., i współ., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 75.
4. Kapała A.: Specyfika pielęgniarskiej opieki pooperacyjnej nad chorym we wczesnym okresie po przeszczepie nerki. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2009, Nr 2, s. 54-56.
5. Kliś A.: Rola pielęgniarki w ograniczaniu zakażeń odcewnikowych. Forum Nefrologiczne, 2008, Tom 1, Nr 2, s. 102-103.

# Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem po udarze mózgu w warunkach uzdrowiskowych

## PROBLEMY EMOCJONALNE I RODZINNE

### Problemy emocjonalne

Następstwem udaru mózgu i innych schorzeń neurologicznych jest gwałtowna zmiana sytuacji zdrowotnej i psychospołecznej chorego, prowadząca do obniżenia sprawności życiowej, tj. rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej. Sytuacja ta uniemożliwia choremu dotychczasowe funkcjonowanie w środowisku. U pacjentów często pojawia się labilność uczuciowa (szybka zmiana nastrojów, przechodzenie od ożywienia w płaczliwość), lęk o swoje zdrowie. Często prowadzi to do depresji i myśli samobójczych. Depresja przejawia się przygnębieniem, przeżywaniem cierpienia i utratą zdolności do przeżyć pozytywnych. U chorych dochodzi również do obniżenia lub podwyższenia krytycyzmu. Konsekwencje nadmiernego krytycyzmu są różnorodne. Najczęściej są to:

- nieakceptowanie swojej obecnej sytuacji;
- manifestowanie niezadowolenia;
- unikanie kontaktów z otoczeniem (sąsiadami, przyjaciółmi).

Takie zachowania mogą utrudniać współpracę między chorym a pielęgniarką, przed którą stawia się konkretne zadania. Pielęgniarka musi umieć nawiązać kontakt z pacjentem oraz jego rodziną, motywować chorego do pracy nad sobą i jego aktywnością. Powinna również udzielać wsparcia emocjonalnego, które ma korzystny wpływ na psychikę i samopoczucie chorego. Jeśli zachodzi taka potrzeba informuje rodzinę o możliwości z korzystania z profesjonalnej pomocy przez psychologa klinicznego [Adamczyk K. 2000, s. 9-11].

Pacjent po udarze potrzebuje:

- wsparcia emocjonalnego – czyli obecności bliskich, życzliwych osób, które

zapewnią mu troskliwą opiekę i bezpieczeństwo;

- wsparcia informacyjnego – są to działania, które pomogą choremu właściwie ocenić swoją sytuację oraz pomogą zrozumieć niektóre obawy chorego i będą pomocne w rozwiązywaniu jego problemów;
- wsparcia oceniającego – zapewnienie chorego, że jest kimś ważnym, że w relacjach rodzinnych nic się nie zmieni;
- wsparcia instrumentalnego – są to różne formy pomocy choremu w przystosowaniu się do nowej sytuacji, np. pomoc w adaptacji mieszkania dla osoby niepełnosprawnej [Motyka M. 2002, s. 33-34].

Ludzie chorzy i niepełnosprawni potrzebują dużego wsparcia, które jest ukierunkowane na poczucie godności osobistej. Każdy człowiek, który traci poczucie własnej wartości i bytu ma mniejsze szanse na szybkie wyzdrowienie. Poczucie własnej godności osobistej pozwala choremu stawić czoła chorobie lub niepełnosprawności i odnieść nad nią zwycięstwo. Zadaniem pielę-

niarki oraz rodziny jest pomoc choremu, aby nie czuł się gorszy od ludzi zdrowych [Krzyżanowska-Łagowska U. 2005, s. 244].

Podstawą wsparcia są relacje zachodzące między ludźmi oraz więzi, które ich łączą. Wsparcie społeczne to:

- bezpośredni kontakt interpersonalny między osobą wspierającą i wspieraną;
- pośredni kontakt – listowny, telefoniczny, mailowy.

Wsparcia może udzielać najbliższa rodzina chorego, koledzy, przyjaciele, personel leczący, a także zorganizowane grupy samopomocy [Zarzycka D. 2008, s. 53].

## PROBLEMY RODZINNE

Niezwykle czułym obszarem opieki jest zarówno sfera emocjonalna jak i więź rodzinna. Wystąpienie nagłe choroby czy niepełnosprawności jest szokiem nie tylko dla chorego, ale również dla jego najbliższej rodziny. Rodzina często jest przerażona nagłą chorobą, nie wie jak ma postępować z osobą niepełnosprawną, nie wie jak poradzi sobie z opieką nad chorym. Niepełnosprawność w następstwie udaru mózgu powoduje konieczność dostosowania się chorego oraz jego rodziny do nowej sytuacji życiowej. Nagle następuje utrata dotychczasowej pracy. Jednocześnie pojawiają się wydatki na: leki, sprzęt ortopedyczny, remont mieszkania do potrzeb chorego. Niejednokrotnie sytuacja rodziny chorego jest bardzo trudna, aby móc sprostać tym wydatkom [Kwolek A. (red.) 2009, s. 225-226].

W rodzinach, gdzie zachodziły dobre relacje przed zachorowaniem danej osoby, to po pewnym czasie mogą one ulec przywróceniu. Natomiast w rodzinach, gdzie były konflikty, nowa sytuacja zwykle je zaostrza. Nie jest to jednak regułą, gdyż mogą zaistnieć momenty przełomowe w takich rodzinach – tragiczna



Rycina 2. Źródła wsparcia społecznego człowieka

Źródło: Zarzycka D.: *Pielęgowanie indywidualizowane [W:] Podstawy pielęgniarstwa, tom I, pod red. Ślusarskiej B., Zarzycka D., Zahradniczek K., Wyd. Czelej Lublin 2008, s. 53.*

sytuacja członka rodziny może poprawić wzajemne stosunki i zrewidować postawę rodziny.

Ważnym zadaniem pielęgniarstwa jest uświadomienie rodzinie istoty problemu oraz kształtowanie poprawnych i właściwych postaw względem chorego i niepełnosprawnego [Adamczyk K. 2000, s. 12-13].

Niewłaściwe postawy rodziny wobec niepełnosprawnego to:

1. nadmiar opieki;
2. niedobór opieki;
3. opieka optymalna.

Każda z trzech typów opieki określa stosunek między zapotrzebowaniem osoby chorej na opiekę, a świadczeniem tej opieki przez opiekunów. Jednocześnie każda z nich określa charakterystyczny model pomagania. Dwa pierwsze modele opieki prowadzą do negatywnych konsekwencji dla niepełnosprawnej osoby i jej rodziny.

**Nadmiar opieki** jest to inaczej nadopiekuńczość rodziny wobec chorego. Polega ona na wyręczaniu chorego w czynnościach, które bez trudu sam może wykonać, np. w niektórych czynnościach samoobsługowych. Przy wyręczaniu chorego nie mobilizuje się do samodzielności i aktywnego życia. Model ten jest niekorzystny również dla rodziny, powoduje zbędne, nadmierne jej obciążenie.

**Niedobór opieki** (brak niezbędnej opieki) – występuje w sytuacji, gdy brak jest gotowości do udzielania pomocy. Wynika to na ogół z zaburzonych więzi pomiędzy członkami rodziny w stosunku do chorego. Rodziny te nie realizują niezbędnej opieki głównie z dwóch powodów:

- braku akceptacji osoby niepełnosprawnej, braku więzi z tą osobą;
- braku akceptacji siebie jako opiekuna.

W tych postawach charakterystyczna jest obojętność wobec codziennych problemów, a nawet niechęć okazywana choremu zależnemu od pomocy.

**Opieka optymalna** – jest to pomoc pośrednia między pierwszym a drugim modelem opieki i najbardziej korzystna dla chorego. Podstawą i źródłem realizacji takiej opieki jest miłość i akceptacja osoby niepełnosprawnej oraz akceptacja

siebie w roli opiekuna. Aby dobrze przygotować się do tej roli potrzebna jest wiedza na temat choroby, sposobu i rodzaju pomagania i poznania programu usprawniania [Kawczyńska-Butrym Z. 2008, s. 132-137].

Perspektywa analizy związku rodziny i zdrowia skoncentrowana jest na rodzinie, podejmuje problem wpływu choroby na sytuację w rodzinie.

Można wyodrębnić 2 aspekty analizy:

- funkcjonalny;
- emocjonalny.

Analiza sytuacji wielu osób niepełnosprawnych wraz z ich rodzinami pozwoliła wyodrębnić kilka cech, które mają znaczenie dla realizacji opieki. Są to:

- struktura rodziny – pełność, wielkość, wiek;
- stan zdrowia pozostałych członków rodziny;
- dysponowanie czasem na opiekę;
- sytuacja bytowa i materialna rodziny;
- sytuacja mieszkaniowa – standard techniczny, wyposażenie mieszkania;
- sytuacja emocjonalna – więzi i motywacje opieki;
- wiedza i umiejętności sprawowania opieki – wykonywanie przez opiekuna zaleceń lekarzy i rehabilitantów oraz aktywizowanie chorego do usprawniania [Kawczyńska-Butrym Z. 2008, s. 138-140].

Długotrwała opieka nad przewlekle chorym obciąża rodzinę zarówno fizycz-

nie jak i psychicznie. Z powodu dodatkowych wydatków zmienia się sytuacja materialna rodziny, niekiedy chory był jedynym żywicielem rodziny. Przyczynami wyczerpania opiekunów jest ciągły stres i napięcie.

Zadaniem pielęgniarstwa jest udzielanie wsparcia rodzinie, informowanie, gdzie można otrzymać dodatkową pomoc materialną, poinformować pracownika socjalnego o sytuacji w rodzinie. Dzięki wsparciu jakie może otrzymać rodzina wzrasta jej wydolność opiekuńcza [Baranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z. 2000, s. 235-252].

### PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO SAMOOPIEKI I SAMOPIELĘGNACJI

Ważnym zadaniem w pracy pielęgniarstwa jest edukacja chorego i jego rodziny w zakresie samopielęgnacji i samoopieki. Pojęcie samoopieki wprowadziła w swojej teorii pielęgnowania Dorota Orem. Jej teoria zasadniczo obejmuje 3 komponenty:

1. teorię samoopieki;
2. teorię deficytu opieki;
3. teorię systemów pielęgnowania.

Samoopiekę określa jako wyuczoną aktywność, którą chory podejmuje i kontynuuje w celu utrzymania życia, zdrowia i dobrego samopoczucia. Gdy aktywność jest realizowana prawidłowo, czyli chory realizuje samodzielnie w stosunku do

Rodzaj wpływu	Zmiany w rodzinie wywołane chorobą
aspekt funkcjonalny	zmiany w poszczególnych funkcjach wynikające z dominacji zadań opiekuńczych;
	zmiana w podziale ról;
	znaczące ograniczenie kontaktów społecznych co może prowadzić do społecznej izolacji rodziny;
aspekt emocjonalny	pogorszenie sytuacji bytowej prowadzące do ograniczenia szans życiowych.
	reakcje rodziny na chorobę/niepełnosprawność – akceptacja lub odrzucenie osoby chorej;
	stosunek członków rodziny do podjęcia zadań opiekuńczych – „bycia opiekunem”, ograniczenia lub rezygnacji z własnych planów lub ich modyfikacja;
	reakcja osoby chorej na opiekę członków rodziny;
	zmiana poziomu więzi – i wzmocnienie i zerwanie

Tabela 2. Związki rodziny i zdrowia – konsekwencje dla rodziny

Źródło: Kawczyńska-Butrym Z.: Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość, Wyd. Makmed, Lublin 2008, s. 87.



siebie, to prowadzi ona do jego rozwoju. W różnych stanach zdrowia skuteczna samoopieka musi mieć charakter terapeutyczny [Poznańska S. 2004, s. 128].

Indywidualna zdolność do samoopieki, podobnie jak zapotrzebowanie na tę opiekę, zmienia się i zależy od wielu czynników:

- wieku;
- płci;
- sytuacji rodzinnej;
- stylu życia;
- czynników środowiskowych.

Głównym zadaniem pielęgniarki jest określenie rodzaju deficytu chorego, a następnie podjęcie działań przygotowujących go do samoopieki i samopielęgnacji. Współczesny system ochrony zdrowia zakłada podejmowanie działań do aktywizacji pacjentów w procesie opieki. Kształtuje się więc model aktywnego pacjenta, który swoim działaniem przyczynia się do powrotu sprawności. Koncepcja ta jest bardzo pomocna w pracy – w szpitalach, oddziałach rehabilitacyjnych, sanatoriach w stosunku do ludzi przewlekle chorych. Określa ona zakres niezbędnej pomocy ludziom chorym, ich rodzinom, aby mogły w świadomy sposób kierować własnym zdrowiem, wzmacniać je i współuczestniczyć w jego przywracaniu [Kawczyńska-Butrym Z. 2001, s. 34].

Ważne miejsce w procesie opieki i przygotowaniu pacjenta do samoopieki zajmuje edukacja zdrowotna. Edukacja pacjenta to proces, którego treścią jest przygotowanie osoby chorej, niepełnosprawnej do współpracy w procesie pielęgnowania i leczenia, samoopieki i samopielęgnowania. Pielęgniarka jako ważny członek zespołu edukacyjnego może przekazać pacjentowi i jego rodzinie cenne wskazówki dotyczące danej choroby, czynników ryzyka, diety, sposobach radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego [Adamczyk K. 2003, s. 24-25].

Samodzielność ma ogromne znaczenie emocjonalne dla chorych. Korzystnie wpływa na ich stan fizyczny i psychiczny, wzmacnia wiarę we własne siły. Samodzielny pacjent to taki, który radzi sobie pomimo różnych deficytów. Samodzielność pacjentów po udarach, z niedowładami połowicznymi, oznacza radzenie sobie bez pomocy osób trzecich

oraz umiejętność korzystania z różnego sprzętu ortopedycznego, np. wózka inwalidzkiego, kul łokciowych. Na przykład pacjent z paraplegią poruszający się na wózku inwalidzkim może być całkowicie wydolny w zakresie samoobsługi [Adamczyk K. 2000, s. 23-25].

Proces samoobsługi składa się z przygotowania chorego do radzenia sobie w zakresie:

- zabiegów higienicznych – toaleta ciała 2 razy dziennie, należy asekurować i pomagać choremu, ale nie wyręczać, w łazience powinny być zamocowane uchwyty, wanna niskoprogowa, w wannie mata antypoślizgowa. Zastosowanie niektórych urządzeń i udogodnień ułatwią funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym;
- ubierania się – czynność tę zaczynać należy zawsze od strony niedowładnej, górną część garderoby ubierać zaczynając od niesprawnej ręki, przy zakładaniu dolnej części garderoby i obuwia również należy zaczynać od niesprawnej kończyny. Natomiast przy zdejmowaniu odzieży zachować odwrotną kolejność. Obuwie powinno być na rzepy i suwaki, powinno być niskie, dobrze dopasowane – noszenie odpowiedniego obuwia ułatwia chodzenie;
- przyjmowania posiłków – unikać potraw wzdymających i zapierających, w samodzielnym spożywaniu posiłków przydatna może być łyżka z długą rączką;
- udziału w eliminowaniu zaburzeń mięśni zwieraczy – wskazane jest systematyczne chodzenie chorego do toalety, nawet wtedy, gdy nie ma parcia na pęcherz moczowy, gimnastyka pęcherza i regularne jego opróżnianie najpierw co 1,5 godziny, a potem co 2,5-3,5 godziny. Ten sposób normuje mechanizm mikcji. W razie potrzeby trzeba stosować wkładki lub pieluchomajtki;
- przemieszczania się poza łóżkiem – przy uruchamianiu chorego należy aktywizować obie połowy ciała, pielęgniarka lub opiekun powinien stać po porażonej stronie pacjenta. Przemieszczanie się jest naturalnym elementem rehabilitacji, przyspiesza powrót funkcji ruchowych. Pacjent z niedowładem najczęściej korzysta

ze sprzętu pomocniczego: kule, laski, trójnogi, balkoniki w zależności od stopnia niepełnosprawności w chodzeniu. Powinien go jednak stosować wtedy, gdy jest to naprawdę niezbędne [Adamczyk K. 2003, s. 53-69].

Ważnym zadaniem pielęgniarki u pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu jest budowanie jego świadomości prozdrowotnej, czyli edukacja chorego. Głównym zadaniem edukacji chorego jest zapewnienie mu niezbędnych informacji dotyczących choroby, jej przebiegu i powikłań. Celem programów edukacyjnych jest propagowanie aktywnego uczestnictwa w leczeniu, utrwalanie korzystnych dla zdrowia zachowań, jeśli jest taka potrzeba, to modyfikacja stylu życia [Siebert J., Nyka W. 2006, s. 71].

Program działań edukacyjnych:

- bezpośrednia rozmowa (lekarza/pielęgniarki) z pacjentem i jego rodziną;
- publikacje informacyjne – prasa, broszury;
- programy szkoleniowe;
- prezentacja informacji przez programy radiowe i telewizyjne;
- prezentacje informacji z wykorzystaniem plansz, tabel, prezentacje audiowizualne [Mazur R, Książkiewicz B., Nyka W. 2004, s. 127].

Korzyści z edukacji:

- pogłębienie wiedzy chorych i ich rodzin na temat czynników ryzyka udaru mózgu, przyczyn oraz przebiegu i konsekwencji choroby;
- usprawnienie współpracy z lekarzem, lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorego i jego rodzinę;
- poprawa kontroli modyfikowalnych czynników ryzyka, wprowadzenie działań nefarmakologicznych;
- promocja zachowań prozdrowotnych, zmiana złego stylu życia;
- usprawnienie opieki domowej nad pacjentem [Mazur R, Książkiewicz B., Nyka W. 2004, s. 126].

*Artykuł jest fragmentem pracy  
licencjackiej autorstwa  
piel. lic. Renaty Jastrzębskiej  
której promotorem była  
mgr Wiesława Szarek.*

### BIBLIOGRAFIA

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wyd. Czelej, Lublin 2000, s. 9-10, 11, 12-13, 13-14, 17-19, 23-25, 38-39, 48-49, 49-50, 52-53, 53-55.

2. Adamczyk K.: Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych. Wyd. Czelej, Lublin 2003, s. 11, 12-13, 12-18, 19, 24-25, 30-31, 53-60.

3. Apanowicz J.: Metodologia nauk. Wyd. ZPW, Toruń 2003, s. 84.

4. Baranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wyd. Czelej, Lublin 2000, s. 245-252.

5. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarki. [W:] Podstawy pielęgniarstwa, Założenia teoretyczne, tom I, pod red. Ślusarskiej B., Zarzyckiej D., Zahradniczek K. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 333.

6. Czarnota-Chlewicka J.: Adaptacja psychiczna, fizyczna i społeczna chorego do stanu niepełnosprawności. [W:] Rehabilitacja i pielęgowanie osób niepełnosprawnych, pod red. Strugała M., Talarska D. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s. 50-52, 51-52.

7. Dutkiewicz W.: Przewodnik metodyczny dla studentów pedagogiki. Wyd. Dom Wydawniczy Strzelec, Kielce 1996, s. 36, 27-38.

8. Gąsecki D., Książkiewicz B.: Profilaktyka wtórna udaru niedokrwienego mózgu. [W:] Udar mózgu w praktyce lekarskiej, pod red. Mazur R., Książkiewicz B., Nyki W. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2004, s. 113-116.

9. Górajek-Jóźwik J.: Diagnostyka pielęgniarska. [W:] Podstawy pielęgniarstwa, Założenia teoretyczne, tom I, pod red. Ślusarskiej B., Zarzyckiej D., Zahradniczek K. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 288-289, 289-290.

10. Górajek-Jóźwik J.: Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgowania. [W:] Pielęgniarstwo, pod red. Zahradniczek K. Wyd. PZWL, Warszawa 2004, s. 147-152.

# Opieka pielęgniarska nad pacjentem po wszczępieniu kardiowertera (defibrylatora) serca

## PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO WSZCZĘPIENIU ICD W OPARCIU O FUNKCJE ZAWODOWE PIELĘGNIARKI

Pielęgowanie pacjenta ukierunkowane jest na pomaganie, wspieranie, asystowanie i towarzyszenie mu w tym jakże trudnym okresie, jakim jest niedość, czy choroba.

Pacjent przebywający w szpitalu jest niejednokrotnie osamotniony, przestraszony, zaniepokojony o swoje zdrowie i życie. Większość chorych może liczyć wówczas na pomoc i wsparcie najbliższych, jednak najczęściej to pielęgniarka pełni rolę osoby, która wyjaśnia pacjentowi wszelkie wątpliwości, pielęguje go i spędza z nim mnóstwo czasu.

Obecność pielęgniarki przy chorym wynika z pełnionych przez nią funkcji: opiekuńczej, wychowawczej, profilaktycznej, rehabilitacyjnej, terapeutycznej i promocji zdrowia [Ciechaniewicz W. 2007, s. 157].

Funkcja opiekuńcza to złożone zadania i czynności związane z pomaganiem, towarzyszeniem, wspieraniem podopiecznych przy rozwiązywaniu problemów dotyczących zdrowia i życia. To także asystowanie pacjentowi w podej-

mowaniu wszystkich aktywności, mających znaczenie dla zachowania zdrowia, powrotu do zdrowia albo dla zapewnienia spokojnej śmierci. To kształtowanie u niego umiejętności samoopieki i samopielęgowania w celu utrzymania odpowiedniej jakości i komfortu życia codziennego.

Funkcja opiekuńcza realizowana przez pielęgniarkę oznacza wykonywanie działań, których potrzeba wynika z braku siły chorego, to także gotowość do niesienia mu pomocy i okazywanie szacunku.

Zadania i czynności w ramach funkcji opiekuńczej to:

- ocena stanu pacjenta i rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych,
- zaplanowanie i wdrożenie opieki nad pacjentem,
- ocena skuteczności opieki nad chorym,
- stworzenie warunków do podtrzymania biologicznych funkcji życiowych organizmu,
- pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego gwarantujących komfort w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej,

- pomoc w rozwiązywaniu problemów pacjenta wynikających z metod diagnozy, leczenia, rehabilitacji,
- pomoc w radzeniu sobie z lękiem, strachem, niepokojem, bólem i innymi problemami,
- przygotowanie człowieka do roli pacjenta, ułatwienie choremu dostępu do informacji o stanie zdrowia,
- ułatwienie choremu wejścia do grupy wsparcia,
- organizowanie opieki terminalnej i uczestniczenie w niej.

Zadania i czynności wchodzące w zakres terapeutycznej funkcji pielęgniarki to:

- realizowanie zadań związanych z udzielaniem pomocy przedlekarskiej w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia człowieka,
- współpraca z członkami zespołu terapeutycznego w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji,
- pobieranie materiału do badań oraz wykonywanie zleconych zabiegów,
- udział w leczeniu farmakologicznym, dietetycznym i zabiegowym,

- założenie i prowadzenie karty obserwacji pacjenta oraz karty bilansu wodnego,
- dokonywanie wpisów do karty gorączkowej,
- przyjęcie, wyprowadzenie i wykonanie zlecenia lekarskiego dla pacjenta,
- założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego,
- przygotowanie pacjenta oraz pobranie zleconych badań krwi i moczu u chorego [Muszalik M. 2010, s. 64-65].

Kolejna z funkcji realizowanych przez pielęgniarkę to funkcja rehabilitacyjna, która ma na celu przywracanie tego, co zostało utracone w wyniku choroby lub obrażeń ciała. Obejmuje oddziaływania lecznicze, społeczne, pedagogiczne i zawodowe zmierzające do przywrócenia sprawności i umożliwienia samodzielnego życia w społeczeństwie człowiekowi, który takich możliwości nie miał lub z powodu przebytego urazu lub choroby je utracił.

Zadania i czynności mające związek z rehabilitacją pacjenta to:

- uczestniczenie pielęgniarki w rehabilitacji leczniczej;
- zaproponowanie pacjentowi i jego rodzinie czynnego uczestnictwa w sprawowaniu opieki; udzielenie wskazówek oraz wsparcia emocjonalnego,
- dobór sposobu karmienia w zależności od stanu chorego, np. karmienie przez zgłębnik,
- przeprowadzenie elementarnej gimnastyki usprawniającej,
- nauka samoobsługi w czynnościach codziennych,
- stosowanie psychoterapii elementarnej [Muszalik M. 2010, s. 65-68].

Pielęgniarka pełni również funkcję związaną z promowaniem zdrowia wśród osób zdrowych, pacjentów i członków ich rodzin oraz dostarcza niezbędnej wiedzy w celu zapobiegania chorobom i ich powikłaniom.

Przygotowanie chorego ze wszczepionym ICD do samoopieki ma na celu zapoznanie i redukcję deficytów wiedzy, umiejętności oraz motywacji w zakresie farmakoterapii, samokontroli, funkcjonowania ze wszczepionym kardiowerterem - defibrylatorem. Zadania te wynikają z funkcji wychowawczej i profilaktycznej.

Zadania i czynności wchodzące w skład funkcji wychowawczej pielęgniarki:

- zaproponowanie pacjentowi i jego rodzinie czynnego uczestnictwa w sprawowaniu opieki; udzielenie wskazówek oraz wsparcia emocjonalnego.

Rolą pielęgniarki jest wyposażenie pacjenta w podstawowe informacje dotyczące:

- regularnego zażywania leków antyarytmicznych, stosowania i dawkowania leków przeciwzakrzepowych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- poinformowanie pacjenta, który stosuje doustne leki przeciwzakrzepowe o konieczności okresowej kontroli w surowicy krwi stężenia aktywności INR – na początku raz w tygodniu, następnie raz w miesiącu,
- poinformowanie pacjenta o możliwych objawach ubocznych stosowanych leków,
- omówienie z chorym czynników wywołujących zaburzenia rytmu serca,
- nauczenie pacjenta rozpoznawać niepokojące objawy zaburzeń rytmu serca i zgłaszanie się z nimi do lekarza (np. uczucie kołatania serca, ból w klatce piersiowej, omdlenia, zawroty głowy, duszność, łatwa męczliwość),

W czasie pobytu w szpitalu pielęgniarka powinna przygotować chorego do życia

z kardiowerterem-defibrylatorem serca, a mianowicie dostarczyć mu informacje na następujące tematy:

- sposób kontrolowania pracy kardiowertera
- poinformowanie chorego o zakresie aktywności fizycznej,
- poinformowanie o konieczności kontroli w poradni kardiologicznej,
- przekonaniu chorego do konieczności stosowania się do zaleceń: systematycznego przyjmowania leków przepisanych przez lekarza, systematycznego dokonywania pomiarów i oceny częstości i miarowości tętna, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz zapisywania w dzienniczku pomiarów,
- poinformowanie pacjenta o konieczności noszenia przy sobie dokumentu potwierdzającego fakt posiadania ICD,
- poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza, jeśli wokół rany pojawi się obrzęk, zaczerwienienie, ból, wzrost ciepłoty, sącząca ropna wydzielina, wystąpi gorączka, duszność, ból w klatce piersiowej, zawroty głowy, utraty przytomności, czkawka o przewlekłym charakterze, obrzęki stawów i kończyn,
- konieczności poinformowania przez pacjenta lekarzy, stomatologów, fizykoterapeutów i innego personelu

Tabela 2

Propozycja postępowania z chorymi, którzy doświadczyli wylądowania kardiowertera-defibrylatora serca (na podstawie [4])

Postępowanie	Strategia kliniczna	Przykład zachowania
Planowanie natychmiastowego zachowania po wylądowaniu	Omówienie standardowego postępowania po wylądowaniu ICD Wyjaśnienie, że wylądowania mogą występować i nie muszą oznaczać pogorszenia stanu zdrowia	„Jeśli wystąpi u Pana/Pani więcej niż jedno wylądowanie w krótkim czasie, chciałbym, żeby...” „Nikt nie lubi wylądowań, ale jestem pewien, że zmniejszyły one niebezpieczeństwo najbardziej, jak to było możliwe w tym czasie”.
Zapobieganie zachowaniom unikania	Ocena osobowości pacjenta i zachowania po wylądowaniu Podkreślenie, że nie ma związku między wylądowaniem a zachowaniem pacjenta w tym czasie Powrót do aktywności przed wylądowaniem	„Co robił/-ła Pan/Pani tuż przed wylądowaniem?” „Pana/Pani zachowanie nie wiązało się z wylądowaniem”. „Chcę, żeby teraz wrócił/-ła Pan/Pani do tej samej czynności”.
Zwiększenie u pacjenta akceptacji urządzenia	Zapewnienie pacjenta i rodziny, że ICD jest nadal najlepszą metodą leczenia zagrażających życiu arytmii Personifikacja ICD, nadanie mu pozytywnie kojarzącej się nazwy, np. „osobiste pogotowie ratunkowe”	„ICD jest wciąż najlepszą metodą leczenia zabezpieczającą Pana/Pani życie.” „Mając defibrylator, ma Pan/Pani przez cały czas przy sobie własne -pogotowie ratunkowe-. Jeśli Pana/Pani serce zatrzyma się, wylądowanie defibrylatora przywróci jego normalny rytm, bez potrzeby wzywania pogotowia.”
Promowanie pozytywnego zachowania	Przedyskutowanie planów i możliwości powrotu do normalnego życia	„Co zamierza Pan/Pani zrobić w tym tygodniu, aby wrócić do pełnej aktywności?”
Kierowanie do specjalistycznej opieki zdrowia psychicznego	Kierowanie pacjentów z dużym ryzykiem zaburzeń psychologicznych Znajomość czynników ryzyka zaburzeń psychologicznych u pacjentów z ICD*	„Wylądowania ICD są stresujące, dlatego chciałbym skierować Pana/Panią do kogoś, kto ma doświadczenie w leczeniu stresu”.

\*Młody wiek (< 50 lat), częste wylądowania ICD, zaburzenia psychologiczne przed implantacją ICD

Tabela 2. Postępowanie z chorymi, którzy doświadczyli wylądowania ICD

Źródło: Kochańska A., Zarzycka B.: Pacjent z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem serca (ICD). Czy można się przyzwyczaić do wylądowań kardiowertera-defibrylatora?, w: Wybrane Problemy Kliniczne, 2010 Via Medica, s. 16.



medycznego o fakcie posiadania ICD przed rozpoczęciem leczenia [Mróz A. 2011, s. 121-123],

- edukacja dotycząca sposobu działania urządzenia i ewentualnych ograniczeń związanych z jego pracą,
- dokładne zaplanowanie wraz z chorym postępowania w razie wystąpienia wylądowań [Kochańska A., Zarzycka B. 2010, s. 16].

Wszczepienie kardiowertera – defibrylatora powinno poprawiać jakość życia chorego, a nie ograniczać jego aktywność. Chory po okresie adaptacji może wykonywać codzienne czynności, podróżować, pływać i prowadzić samochód. Przeciwwskazaniem nie jest także wykonywanie zdjęć RTG, używanie sprzętu AGD i RTV, czy korzystanie z telefonu komórkowego.

Zakres aktywności życiowej chorego powinien uzgodnić z lekarzem, bowiem ma to związek z planowaniem powrotu do pracy zawodowej, aktywności seksualnej, uprawianiem sportu i hobby, posługiwania się urządzeniami wywołującymi wibracje i silne pole elektromagnetyczne, planowaniem dalekich podróży oraz niektórych metod leczenia i diagnostyki (np. przezskórnej elektrostymulacji nerwów, rezonansu magnetycznego).

Pielęgniarka musi poinformować pacjenta, że po odbytych zabiegach otrzyma dokument potwierdzający fakt posiadania wszczepionego ICD, który zawiera dane osobowe pacjenta, informacje o ICD, planowanych wizytach lekarskich, potrzebnych numerach telefonów. Dokument ten chory musi zawsze przy sobie nosić i okazywać go podczas wizyt u lekarzy.

Pacjent musi zostać pouczony przez pielęgniarkę o pielęgnacji miejsca wszczepienia ICD. Nie może narażać go na uderzenia, otarcia i wstrząsy. Nie powinien on przez jakiś czas po zabiegu wykonywać gwałtownie energicznych ruchów ramion, nosić ciężarów i obcisłej odzieży, szelek i gorsetów, aby nie podrażniać skóry.

Chory powinien prowadzić zapiski dotyczące daty i okoliczności interwencji wszczepionego urządzenia w celu porównania ich z zapisami ICD podczas wizyt kontrolnych.

Jeśli pacjent zaobserwuje u siebie niepokojące objawy: kołatanie serca, zawroty głowy, nagłe przyspieszenie bicia serca, powinien usiąść lub położyć się w bezpiecznym miejscu i poinformować najbliższych o swoim stanie.

Pielęgniarka powinna także poinformować chorego z ICD, że niektóre urządzenia elektryczne mogą uniemożliwiać kontrolowanie tachyarytmii przez defibrylator. Dlatego też chory powinien zachować bezpieczną odległość pomiędzy wszczepionym ICD a takimi urządzeniami jak: zapłony pojazdów mechanicznych (30 cm), urządzenia spawające, odbiorniki CD, duże nadajniki radiowe i telewizyjne, głośniki i megafony (30 cm), wiertarka elektryczna (30 cm). Telefon komórkowy/ autotelefon pacjent powinien trzymać w odległości 15 cm od ICD, a gdy nadajnik ma moc większą niż 3 waty - w odległości 30 cm. Nie powinien on również przykładać telefonu do ucha po stronie wszczepienia ICD ani nosić telefonu w kieszeni na piersi.

Chory powinien szybko przechodzić przez urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą montowane w marketach, nie opierać się o nie, nie zatrzymywać się w ich pobliżu [Kaszuba D., Nowicka A. 2011, s. 221-224].

Realizowanie przez pielęgniarkę funkcji terapeutycznej wobec pacjenta ze wszczepionym ICD ma na celu przede wszystkim baczne obserwowanie go bezpośrednio po implantacji ICD w oddziale intensywnej opieki w celu szybkiego wykrycia ewentualnych powikłań zabiegu [Ciechaniewicz W. 2004, s. 302]. W tym czasie pielęgniarka przeprowadza następujące czynności:

- dokonuje pomiarów ciśnienia tętniczego krwi,
- ocenia tętno,
- pobiera materiały do badań,
- prowadzi monitorowanie krzywej EKG,
- obserwuje ranę pod kątem krwawienia i cech miejscowego zapalenia,
- kontroluje opatrunek na ranie pooperacyjnej,
- asystuje przy zmianie opatrunków oraz przy usuwaniu szwów,
- monitoruje zgłaszane przez chorego dolegliwości,

- dokumentuje wyniki pomiarów w karcie obserwacji,
- stwarza warunki do wypoczynku [Mróz A. 2011, s. 124],
- zwraca uwagę na miejsce wszczepienia ICD, które nie powinno być narażone na mechaniczne uszkodzenia [Ciechaniewicz W. 2004, s. 303],
- podejmuje interwencję w przypadku zagrożenia życia i zdrowia w ramach pomocy przedlekarskiej,
- podaje leki zlecone przez lekarza.

W ramach funkcji opiekuńczej pielęgniarka asystuje, pomaga, towarzyszy oraz wspiera pacjenta w rozwiązywaniu problemów, które mają związek z jego zdrowiem, pomaga w rozwiązywaniu problemów biologicznych, psychicznych oraz społecznych [Ciechaniewicz W. 2004, s. 303].

Ponadto pielęgniarka zapewnia choremu miłą i przyjazną atmosferę, pomaga mu w czynnościach higienicznych, udziela wyjaśnień związanych z sytuacją zdrowotną pacjenta. Do jej obowiązków należą:

- zapewnienie wygodnego ułożenia chorego w łóżku,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
- zapewnienie pacjentowi kontaktu z rodziną,
- zapewnienie wsparcia emocjonalnego,
- pomoc przy zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych,
- pomoc w spożywaniu posiłków.

Celem działań pielęgniarki jest pomoc podopiecznemu w osiągnięciu niezależności oraz umiejętności radzenia sobie w zmienionej sytuacji życiowej, która powstała na skutek np.: urazu, choroby lub z przyczyn rozwojowych [Ciechaniewicz W. 2004, s. 303].

Pielęgniarka realizująca funkcję rehabilitacyjną, opiekująca się pacjentem z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem, wykonuje następujące czynności:

- pomaga choremu przy uruchamianiu - siadaniu, poruszaniu się,
- pomaga w ćwiczeniach zapobiegających przykurczom obręczy stawu barkowego,

Przed opuszczeniem przez pacjenta szpitala należy ponownie ocenić parametry elektrod i kardiowertera-defibrylatora: progi stymulacji, wielkość impulsów własnych, impedancję elektrod, w tym obwodów wysokonapięciowych. Przed wypisaniem pacjenta należy ocenić ustawienie parametrów oraz sprawdzić czy kardiowerter-defibrylator jest włączony [Maciąg A., Przybylski A. 2011, s. 75].

*Artykuł jest fragmentem pracy licencjackiej autorstwa piel. lic. Elżbiety Domańskiej której promotorem była mgr Wiesława Szarek.*

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Ciechaniewicz W.: Działalność pedagogiczna pielęgniarki. [W:] Pielęgniarstwo, pod red. Zahradniczek K. PZWL, Warszawa 2004, s. 302-303.
- 2) Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo. ćwiczenia. PZWL, Warszawa 2007, s. 157.
- 3) Kaszuba D., Nowicka A. (red.): Pielęgniarstwo kardiologiczne. PZWL, Warszawa 2011, s. 221-224.
- 4) Kochańska A., Zarzycka B.: Pacjent z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem serca (ICD). Czy można się przyzwyczaić do wyłączenia kardiowertera-defibrylatora?, Wybrane Problemy Kliniczne, nr 4/2010, s. 16.

- 5) Maciąg A., Przybylski A, Wszczepienie kardiowertera – defibrylatora. [W:] Implantowane kardiowertery – defibrylatory, pod red. Przybylskiego A., Sterlińskiego M. Wydawnictwo aim, Warszawa 2011, s. 75.
- 6) Mróz A.: Zaburzenia rytmu serca. [W:] Pielęgniarstwo kardiologiczne, pod red. Kaszuby D., Nowickiej A. PZWL, Warszawa 2011, s. 121-124.
- 7) Muszałik M.: Funkcje pielęgniarki. [W:] Repetytorium z pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów medycznych, pod red. Kędziory – Kurnatowskiej i in. PZWL, Warszawa 2010, s. 64-68.

## Opieka położnicza nad kobietą ciężarną i położnicą w różnych kulturach świata

Wieloetniczność, wyróżniająca się szczególnie w państwach, do których masowo napływają rzesze emigrantów, jest cechą charakteryzującą współczesne czasy. Wielokulturowość określana jako współistnienie odmiennych wartości i tradycji ukształtowanych w ramach jednego organizmu państwowego ma coraz większe znaczenie oraz skłania do głębokiej refleksji.

#### WPROWADZENIE

Personel medyczny powinien postrzeć pacjenta nie tylko przez pryzmat jego potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych czy zdrowotnych, lecz także pod kątem potrzeb duchowych. Rozwój medycyny oraz podejmowane działania lecznicze stają się niekiedy źródłem konfliktów sumienia personelu medycznego i pacjenta. Opieka kompetentna i wrażliwa powinna być dostosowana do potrzeb różnych religii. Pokonanie barier w świadczeniu opieki holistycznej stanowi wielkie wyzwanie i problem w zetknięciu z tak liczną i powszechną w obecnych czasach migracją ludności.

Praktyka pielęgniarstwa i położnicza XXI wieku opiera się na idei transkulturowości. Zapewnia to stały rozwój

tych nauk oraz znaczącą poprawę jakości opieki nad pacjentem i jego rodziną. Paradygmat transkulturowości umożliwia skuteczną komunikację z osobami odmiennymi kulturowo, a także chroni przed konfliktami, zjawiskiem „szoku kulturowego” stereotypizacją, uprzedzeniami, etnocentryzmem, ego-centryzmem.

Zapobiega również nieprofesjonalnej opiece świadczonej z powodu braku wiedzy o danej kulturze.

Zdrowie mające wartość o naczelnym znaczeniu dla egzystencji człowieka i biologicznego przetrwania ludzkości zajmuje bardzo ważne miejsce w każdym systemie religijnym, zarówno na poziomie doktrynalnym, jak i praktycznym. Jest postrzegane przez większość religii jako dar od Boga i wartość o szczególnym znaczeniu.

Religia oraz kultura w stosunku do pojęcia zdrowia pełni następujące funkcje:

- wyjaśnia zjawiska zdrowia, choroby i śmierci, nadaje im znaczenie w kontekście zdefiniowanego sensu życia i idei Boga (funkcja eksplikacyjna i sensotwórcza),
- stanowi system zakazów i nakazów, ocenia indywidualne i społeczne zachowania wobec zdrowia, choroby

i śmierci. Ustanawia granice przeprowadzania medycznych eksperymentów, ze szczególnym naciskiem na genetykę i zapłodnienie pozaustrojowe (funkcja normatywna i kontrolna),

- nakłania do udzielania pomocy chorym z pobudek religijnych przez zgromadzenia zakonne, instytucje dobroczynne oraz osoby świeckie (funkcja opiekuńcza i charytatywna),
- daje wsparcie duchowe udzielane osobie chorej przez kapłana i wspólnotę religijną (funkcja terapeutyczna),
- przywraca zdrowie mocą sakramentów i praktyk religijnych (funkcja uzdrowieńcza).

Ważne

Zmiany kształcenia medycznego oraz odpowiedź polskich uniwersytetów kształcących położne i pielęgniarki na Deklarację Bolońską są okazją do wprowadzenia zagadnień z zakresu wielokulturowości oraz rozwijania przez personel medyczny kompetencji dotyczących opieki uwarunkowanej kulturowo.

#### TEORIA MADELEINE LEININGER

Rozwój wielokulturowości oraz wzrost zainteresowania jej znaczeniem dla opieki położniczej przypada na lata 50. ubiegłego wieku. Teoria opracowana w Sta-

nach Zjednoczonych przez Madeleine Leininger, dotycząca opieki kulturowej, kładzie znaczny nacisk na różnorodność oraz uniwersalizm w świadczonej opiece zdrowotnej. Model Madeleine Leininger stanowi również idealny przykład zobrazowania poziomów, na których mogą pojawić się bariery kulturowe w świadczeniu szeroko rozumianej opieki pielęgniarskiej i położniczej. W transkulturowym modelu „Wschodzącego słońca” M. Leininger podkreśla znaczenie holistycznego ujmowania człowieka, na plan pierwszy wysuwając pacjenta jako istotę uwarunkowaną kulturowo. Autorka przywiązuje bardzo dużą wagę do kontekstu środowiskowego wywierającego wpływ na utrzymanie zdrowia. W modelowym ujęciu człowiek jest postrzegany jako jednostka mająca własną tożsamość oraz korzenie. Leininger zwraca uwagę na przenikanie się uniwersalności i zróżnicowania w świadczeniu opieki zdrowotnej.

Model jest przedstawiony w postaci półkola podzielonego na siedem części przez promienie rozchodzące się od jego środka na zewnątrz, jak promienie wschodzącego słońca. Komponenty te to: czynniki technologiczne, religijne i filozoficzne, rodzinne i społeczne, wartości kulturowe i styl życia, czynniki polityczne i prawne, czynniki ekonomiczne oraz czynniki edukacyjne. Oddziałują one na siebie oraz na sposób sprawowania opieki i praktyki pielęgniarskiej, a także na poziomy znajdujące się nad i pod półkolem. Jego szczyt stanowi poziom pierwszy w postaci światopoglądu oraz podstawowych składowych struktury systemu kulturowego i społecznego. Pod półkolem znajdują się: poziom drugi (jednostki, rodziny, grupy, społeczności i instytucje w różnych systemach opieki zdrowotnej), poziom trzeci (system opieki zdrowotnej) oraz czwarty (decyzje i działania opieki pielęgniarskiej).

### **Wrażliwość międzykulturowa**

Wrażliwość międzykulturowa opisywana jest w literaturze jako świadomość występowania różnic kulturowych i umiejętność ich interpretacji w różnych sytuacjach. Przekonanie jednostki, że jej światopogląd jest najważniejszy, a wizja świata - centralna wobec rzeczywistości,

nazywa się etnocentryzmem. Wiąże się on z koncentracją na własnej zbiorowości, ocenie innych społeczności według własnych kryteriów. Etnocentryzm pracowników sektora medycznego objawia się skłonnością do postrzegania innych ludzi przez pryzmat własnych norm oraz interpretowania, oceniania zdarzeń, pacjentów i ich zachowań w odniesieniu do własnych standardów. Takemu postępowaniu często towarzyszy postawa egocentryzmu. U położnej niemającej rozwiniętych kompetencji kulturowych nowe wartości i przekonania mogą wywołać strach, dezorientację, dyskomfort oraz poczucie bezradności.

Warunkami skutecznej komunikacji między członkami różnych kultur są: wiedza na temat różnic kulturowych, umiejętność analizowania tego samego wydarzenia z różnych perspektyw oraz zdolność dostosowania komunikacji do danej sytuacji. Do skutecznej komunikacji międzykulturowej należy wykorzystać strategie afektywne, kognitywne i behawioralne. Strategie afektywne obejmują szanowanie i uznawanie różnic kulturowych, uczenie się poprzez wymianę kulturową, obserwację zachowań bez oceniania oraz uwzględnianie własnych wartości, uprzedzeń, przekonań i wierzeń. W strategiach poznawczych ogromną rolę odgrywają wiedza o różnych kulturach oraz zdolność rozpoznawania problemów wynikających z różnic kulturowych. Poprzez strategię behawioralną rozumie się mówienie do pacjenta powoli i jasno, unikanie skomplikowanej terminologii medycznej, zachęcanie do ekspresji, zainteresowanie, empatię, obserwację i interwencję.

### **Ważne**

Kultura jest wytworem ludzi i dlatego wywiera ona kluczowy wpływ na całościowe zachowanie człowieka w kontekście komunikacji oraz zdrowia, moralności, stosunku do naturalnego środowiska i wychowania.

### **Opieka położnicza nad pacjentką wyznającą katolicyzm**

W Kościele katolickim macierzyństwo rozumiane jest jako obcowanie z tajemnicą życia. Każda ciężarna oraz położnica objęte są szczególną opieką i troską ze strony rodziny oraz współwyznawców. Pacjentka ma obowiązek stosowa-

nia się do zaleceń personelu medycznego, wynika to z nakazu dbania o swoje zdrowie. Rolą położnej w opiece nad pacjentką jest zapewnienie jej kontaktu z duchownym oraz ułatwienie odbywania praktyk religijnych. Proces pielęgnowania powinien odbywać się w atmosferze życzliwości, szacunku i zaufania. Jeśli pacjentka wyraża życzenie, a jej stan zdrowia na to pozwala, położna ma obowiązek zapewnić jej dietę jarską w piątki, Środę Popielcową i Wielki Piątek.

### **Opieka położnicza nad pacjentką wyznającą prawosławie**

Prawosławie jako religia powstało w wyniku rozłamu w Kościele chrześcijańskim w 1054 r. Wiara ta opiera się na zasadach, które zostały ogłoszone podczas pierwszych soborów, i na naukach Ojców Kościoła.-Wyznawcy oraz hierarchowie tego Kościoła nie uznają zwierzchności papieża, opierając się na zasadach głoszonych w pierwszych wspólnotach chrześcijańskich, w których wszyscy członkowie byli równi. Religia prawosławna odrzuca wiele dogmatów, m.in. dogmat o istnieniu czystości, grzechu pierworodnego, niepokalanego poczęcia Matki Boskiej oraz wniebowstąpienia Matki Boskiej. Wyznawcy prawosławia odrzucają zasadę nieomyłności jakiegokolwiek człowieka, dlatego też wykluczają prymat papieża oraz wszystkich biskupów.

Prawosławie przywiązuje dużą wagę do tradycji oraz do rytuałów. Najważniejszym ze sposobów wyrażania wiary jest liturgia. W Kościele prawosławnym duże znaczenie mają klasztory, zwane monasterami, które charakteryzuje znaczna autonomia. Wyznawcy prawosławia przywiązują dużą wagę również do tradycji. Według nich wiara powinna opierać się na prawdach głoszonych w Piśmie Świętym, na postanowieniach soborów powszechnych, pismach Ojców Kościoła oraz na ikonach i pismach liturgicznych.

Opieka położnej nad kobietą prawosławną nie różni się od tej świadczonej wyznawczyniom innych wyznań nurtu chrześcijańskiego. W literaturze nie istnieją wskazówki dotyczące specjalnego przygotowania oraz opieki nad pacjentką przed porodem i po nim.



Źródła podają, że w przeszłości kobieta, która urodziła dziecko, nie mogła przystępować do komunii świętej przez 40 dni. Zakaz ten dotyczył także kobiet będących w okresie menstruacji. Zezwalano im na uczestnictwo w nabożeństwach, całowanie ikon i krzyża, przyjmowanie poświęconej prosfory oraz udział w modlitwach wspólnych i osobistych. W wielu regionach zachował się do dziś zwyczaj przynoszenia do cerkwi czterdziestodniowych niemowląt na wzór ofiarowania Jezusa w świątyni. W trakcie tego obrzędu kapłan modli się za matkę i dziecko, prosi o oczyszczenie matki z nieczystości oraz o mądrość, rozwój i uświęcenie dziecka.

Do jednych z głównych zadań położnej w sprawowaniu opieki nad kobietą wyznającą prawosławie jest umożliwienie jej odbywania postu zgodnie z nakazami religii.

### **Opieka nad pacjentką wyznającą judaizm**

Judaizm, zwany także mozaizmem, to jedna z trzech religii monoteistycznych. Jest zespołem wierzeń, wartości etycznych i postaw wynikających z tradycji i obyczajów żydowskich. Do głównych elementów judaizmu zalicza się: mono-teizm (wiarę w jednego Boga), transcendentizm (odmienność Boga od świata stworzonego, jego inność), antropomorfizm (stosowanie wobec Niego terminów i określeń odnoszących się do ludzi), uniwersalizm (postrzeganie Boga jako twórcy wszystkiego), paneteizm (założenie, że jest wszechobecny), partykularyzm (Bóg jest zbawcą, Bogiem Izraela i tylko Jemu należne jest posłuszeństwo).

W wielu środowiskach żydowskich judaizm jest traktowany jako zbiór nauk i przykazań. Kanon wiary stanowi Tora. Judaizm charakteryzuje bogata obrzędowość. Jednym z najważniejszych świąt jest szabat. Trwa on od piątkowego wieczoru do sobotniej nocy, jest okresem pobłogosławionym przez Boga odpoczywającego po stworzeniu świata.

Żydem, według Halachy, jest każda osoba mająca matkę żydówką. Zasada ta bierze swój początek w czasach niewoli egipskiej, kiedy wszyscy mężczyźni potomkowie byli mordowani, a wiarę, narodowość i wszelkie tradycje przekazywały sobie kobiety.

Należy również pamiętać, że ma ona praktyczne uwarunkowania. Zawsze wiadomo, kto jest matką dziecka - w stosunku do ojca tej pewności nie ma. Innym sposobem zostania żydem jest proces konwersji. To długoletni proces, w czasie którego należy poznać wszelkie tradycje i język hebrajski.

Należy pamiętać, że judaizm nie jest religią misyjną i nie dąży do nawracania ludzi, tak jak chrześcijaństwo lub islam. W judaizmie zarówno dzieci, jak i rodzice mają względem siebie liczne obowiązki. Rodzice powinni zapewnić dzieciom opiekę i wykształcenie (inne córkom i synom) oraz godny start w dorosłe życie. Rodzice nie mogą faworyzować żadnego z dzieci, aby nie zaistniały spory między nimi. Potomstwo zaś, w zamian, winne jest rodzicom szacunek i powinno dbać o nich, jak tylko może. Dziewczynki stają się religijnie pełnoletnie dzień po dwunastych urodzinach. Po przekroczeniu tego wieku nabierają odpowiedzialności za wszelkie kobiece obowiązki.

Rola kobiety w świecie judaizmu zyskała nowy wymiar. W przeszłości jej status był bardzo niski. Położnica była nieczysta przez siedem dni po urodzeniu syna i przez 14 dni po urodzeniu córki. Mogła pojawić się w świątyni dopiero po 40 dniach od urodzenia syna i po 80 dniach po urodzeniu córki. Po upływie dni oczyszczenia matka miała obowiązek ofiarowania w świątyni młodego gołębia lub synogarlicy oraz jednorocznego jagnięcia. Położnicom zabrania się poszczenia w Jom Kipur i Tisza be-Aw, ponieważ mogłoby to narazić ich życie. Podczas tych świąt kobieta nie może myć się, płukać ust, używać kosmetyków. Podczas ciąży i położu nie jest zwolniona z obowiązku zapalania świec w szabat. Lekarz to najwyższy autorytet, jego zdanie należy szanować również wtedy, gdy uważa, że pacjentka powinna zaniechać tych czynności ze względu na stan zdrowia.

Żydówki mają obowiązek dbać o siebie i poddawać się badaniom prenatalnym. Rola kobiety jest określona przez Torę. Zgodnie z tradycją pacjentka po urodzeniu dziecka powinna poddać się rytualnej kąpeli w mykwie, gdyż jest nieczysta. Mąż nie może się do niej zbli-

żyć przez tydzień, jeśli urodziła syna, lub dwa tygodnie, jeśli urodziła córkę. Żydówki mają za zadanie poświęcić się rodzinie, a przede wszystkim dbać i troszczyć się o potomstwo. Macierzyństwo jest dla wyznawców judaizmu najwyższą wartością. Niektóre niezamężne żydówki noszą chustę na głowie nie tylko w czasie modlitwy, ale większość kobiet z synagogi konserwatywnej zakrywa włosy wyłącznie przy specjalnych okazjach. Kobiety z synagogi reformowanej nie zakrywają włosów, wiele z nich zakłada w szczególnych sytuacjach jarmułkę. Część żydówek ortodoksyjnych goli głowę całkowicie lub częściowo i na co dzień używa peruk.

Bardzo ważne jest, by położna opiekująca się pacjentką знаła jej zwyczaje. Powinna umożliwić jej spożywanie pokarmów przygotowanych przez rodzinę, zapewnić naczynia i sztucce jednorazowego użytku - wynika to z nakazu segregacji jedzenia i nieużywania tych samych sztuczków do potraw mięsnych i mlecznych. Zaleca się, by kobieta nie korzystała z naczyń szpitalnych. W przypadku, gdy nie ma możliwości dostarczenia przez bliskich potraw jarskich, należy zapewnić pacjentce dietę jarską. Nie wolno podawać kobiecie leków w otocze żelowej, ponieważ judaizm zabrania przyjmowania żelatyny w jakiegokolwiek postaci. Pacjentka wyznająca judaizm ultraortodoksyjny powinna być zbadana przez kobietę, ponieważ prawo żydowskie ogranicza kontakty między osobami różnej płci. Istnieje zakaz przebywania mężczyzny i kobiety w zamkniętym pokoju, z wyjątkiem męża z żoną, rodzica z dzieckiem, osoby dorosłej z dziewczynką do trzeciego roku życia lub chłopcem do dziewiątego roku życia.

Żydzi uważają, że pierwsza miesiączka to znak, że dziewczynka jest już w pełni gotowa do małżeństwa. Rodzice dojrzewającej dziewczynki, aby uczcić jej pierwszą menstruację, uderzają ją lekko w policzek. Przyjmuje się, że rytuał ten ma odpędzić wszystkie złe moce i zapewnić jej szczęście na długie lata. Wśród ortodoksyjnych żydów istnieje tradycja, która nakazuje unikania przez mężczyzn kontaktów z kobietami w trakcie i około tydzień po zakończeniu krwawienia miesięcznego.

### Opieka nad pacjentką wyznającą islam

Islam jest jedną z największych religii współczesnego świata - obok chrześcijaństwa, hinduizmu, buddyzmu i taoizmu - mającą charakter monoteistyczny. Liczbę jej wyznawców szacuje się na ok. 900 mln, co daje jej drugie miejsce po chrześcijaństwie, we wszystkich jego odmianach. Nazwa „islam” pochodzi od arabskiego rdzenia salama i oznacza pogodzenie się z wolą Bożą, przystanie na Boga, poddanie się Bogu. Islam nazywany też jest od imienia jego założyciela „mahometanizmem”.

Główne założenia islamu opisane są w Koranie oraz tradycji (sunna, hadisy). W księdze tej brak dogmatów i tajemnic wiary. W ramach islamu wyodrębniły się liczne odłamy. Islam wykazuje jedność szczególnie w dziedzinie prawa. Religia ta wykształciła własną kulturę. Podstawą doktryny islamu jest wiara w jedynego Boga Allaha, zaufanie do Koranu oraz do tradycji. Moralność muzułmanów opiera się na naukach zawartych w Koranie i sunnie proroka, na prawie islamskim, które ma charakter totalitarny, rządzący każdą dziedziną życia wyznawcy.

Praktyczne zasady etyki muzułmańskiej są zawarte w każdym dziale prawnym (fikh). Stosownie do nich czyni dzieli się na klasy w zależności od następujących kategorii:

- istotne obowiązki, których wypełnienie jest wynagradzane, a zaniedbanie karane (Jard, wadżib),
- obowiązki zalecane, lecz nieistotne, których wypełnienie jest nagradzane, ale zaniedbanie nie jest karane (mandub),
- czynności prawnie i moralnie obojętne (dża-iz, mubah),
- czyny ganione, lecz nie zakazane (makruh),
- czyny zabronione i karalne (haram).

Za największą zbrodnię w islamie uznaje się odstępstwo od wiary (kufr), a następnie: morderstwo, nierząd, sodomitę, picie wina, kradzież, fałszywe świadectwo, oszczerstwo, odmowę jałmużny. Do zasad moralnych islamu zalicza się przede wszystkim przestrzeganie obowiązków tej religii.

Każdego wyznawcę islamu obowiązują:

- szahada (wyznanie wiary),
- sałat (modlitwa),
- zakat (jałmużna),
- saum (post),
- hadżdż (pielgrzymka do Ka'by).

Obowiązki te nazywa się w teologii muzułmańskiej pięcioma filarami islamu. Szerzenie ich, zalecane przez Koran za pomocą oręża, czyli przez świętą wojnę, określane jest dżihadem. Wyznawcy islamu odmawiają modlitwę: o świcie, po południu, o zachodzie słońca i gdy zapadnie noc. Podczas modlitwy muzułmanin musi być w stanie nakazanej czystości, tj. musi umyć ręce, twarz i nogi, stać w miejscu czystym (najczęściej na specjalnym dywaniku), być odwróconym w kierunku Mekki. Modlić powinien się tylko w języku proroka, tj. arabskim. Szczególnie ważna jest modlitwa piątkowa, która ma charakter publiczny, jest obowiązkowa dla wszystkich dorosłych mężczyzn i odbywa się w południe. Saum (post) obowiązuje raz w roku w miesiącu ramadan i polega na powstrzymaniu się od spożywania wszelkich pokarmów i picia od świtu do zachodu słońca. Terminem hadżdż określane jest pielgrzymka do Mekki, którą raz w życiu musi odbyć każdy wyznawca islamu.

Kobieta w islamie postrzegana jest jako potencjalna matka. Od jej płodności zależy szczęście rodzinne. Kobiety bezpłodne są odrzucane przez społeczeństwo, ponieważ nie mogą spełnić podstawowego obowiązku. Według muzułmanów są one ukarane przez Boga. Islam zabrania współżycia z kobietą będącą w ciąży, która trwa więcej niż szesnaście tygodni. Nieprzestrzeganie tej zasady traktuje się na równi z dzieciobójstwem. Do czterdziestu dni od porodu położnica uważana jest za nieczystą. To czas, w którym kobieta skupia się na sobie, spędza czas w domu, regeneruje siły. Okres połogu kończy się tzw. rytuałem oczyszczenia.

Do czynności, których kobieta nie może wykonywać podczas menstruacji i w okresie połogu, zalicza się:

- modlitwę,
- okrażenie Ka'by,
- post,
- przebywanie w sali modlitewnej w meczecie lub miejscu, gdzie odbywają się modlitwy świąteczne,
- stosunek płciowy.

Koran nakazuje, by kobieta po zakończeniu miesiączki wzięła kąpiel. Zgodnie z tradycją islamu pierwszym słowem, które powinno usłyszeć dziecko, jest „Allah”, czyli bóg. Po porodzie noworodkowi szepcze się do prawego ucha wezwanie do modlitwy, a do lewego - wyznanie wiary. Pierwszy smak, który poznaje, musi być słodki, dlatego wkrótce po porodzie podaje się mu odrobinę rozartego daktyla. Odstawienie dziecka od piersi kobieta musi przedyskutować z mężem, gdyż wg muzułmanów karmić piersią należy przez dwa lata. W części środowisk muzułmańskich położnica nie może zajmować się dzieckiem, wyręcza ją w tym mamka. Lekarz, który bada kobietę, powinien być muzułmaninem. Warunkiem koniecznym podczas wizyty jest obecność innej kobiety. Dla muzułmanów narodziny dziecka to wielkie wydarzenie. Wkrótce po urodzeniu dziecka, w szpitalu lub w domu pojawia się cała rodzina, by je obejrzeć. Następnego dnia przychodzą sąsiedzi i znajomi.

Położna sprawująca opiekę nad pacjentką powinna informować ją o planowanym postępowaniu medycznym w obecności męża, ojca lub matki. W trakcie badania przedmiotowego kobiecie musi towarzyszyć ktoś bliski z rodziny. Poród powinien być przyjmowany przez położnicę i lekarkę, trzeba ograniczyć do minimum kontakt pacjentki z obcymi mężczyznami. Należy umożliwić kobiecie umycie rąk, kroczka, odbytu po porodzie i każdej wizycie w toalecie. Mąż pacjentki powinien być informowany na bieżąco o stanie jej zdrowia.

Islam nakazuje kobietom skromność, dlatego też nie muszą przestrzegać nakazu noszenia w szpitalach ubrań z krótkimi rękawami. W Wielkiej

Brytanii resort zdrowia zgodził się, aby zasada ta obejmowała także personel medyczny.

Pracownicy sektora medycznego powinni z szacunkiem odnosić się do tradycji i rytuałów przyjętych przez muzułmanów.

### Opieka nad pacjentką wyznającą hinduizm

Hinduizm jest mieszkanką religii Arjów i religii miejscowych, które były praktykowane na terenie dzisiejszych In-

dii 3000 lat temu. Szacuje się, że liczba hindusów na całym świecie wynosi ponad 400 milionów. Wszyscy wyznawcy hinduizmu wierzą w Brahmana, duszę wszechświata oraz reinkarnację - ideę, według której dusza w chwili śmierci za każdym razem wciela się w inną formę życia. Hindusi akceptują surowy podział społeczeństwa na kasty. Według tej zasady ludzie muszą pogodzić się z tym, że pozycja społeczna jest określana w momencie narodzin i nie można jej zmienić w obecnym życiu. Jednakże hindusi wierzą też, że zasada karmy, czyli „suma uczynków” może odmienić ich przeznaczenie w następnym wcieleniu.

Istnieje wiele odmian hinduizmu, trudno zatem mówić o jednolitej doktrynie. Można natomiast szukać elementów dominujących i wspólnych dla jednej wielkiej religii. Obok uznanego autorytetu Wed należą do nich między innymi: system stanów społecznych, doktryna o czterech stadiach życia, nauka o reinkarnacji i trzech sposobach wyzwolenia, zmienny i niezwykle bogaty panteon bogów oraz kult domowy.

Dla hinduistów duże znaczenie ma drahma. Jest to wieczny porządek lub wieczne prawo ogarniające całą sferę moralności oraz obrządków religijnych, których wypełnienie prowadzi do zbawienia. Drahma, będąc cnotą albo też zacnością, wyznacza hinduście drogę życia i myślenia. Łączy się z warnaaśrama drahma, czyli drahma stanów społecznych (warna), oraz stadiami życia (aśrama), czyli ze szczegółowymi regułami życia obowiązującymi w danym stanie społecznym i wieku.

Ważne

Najważniejszą wartością w hinduizmie jest rodzina. Małżeństwo i macierzyństwo mają wymiar sakralny. W przypadku, gdy partnerzy nie mogą mieć dzieci, ich związek traci świętość.

W Indiach rytuały związane z porodem noszą nazwę džatakarma. Po urodzeniu dziecka uroczyste przecina się pępowinę, jednocześnie wypowiadając noworodkowi do ucha słowa specjalnej mantry. Następnie ojciec oficjalnie akceptuje pojawienie się potomka, dotykając jego czoła. Podaje się dziecku odrobinę mieszaniny miodu i maśła bawolego, aby zapewnić mu szczęśliwe życie. Położ-

na po porodzie obdarowuje młodą mamę ryżem, aby zagwarantować jej oraz małuchowi szczęście.

W Indiach do dzisiaj urodzenie córki uważane jest za pechowe, dlatego też lekarze, którzy robią USG kobietom w ciąży, nie podają płci dziecka. Odnotowano liczne przypadki późnej aborcji spowodowanej płcią płodu. W odpowiedzi na te dane rząd Indii powołał organizację, która monitoruje nadużycie technik selekcji na podstawie płci i aborcji płodów żeńskich. Jedynie zmiana podejścia społeczeństwa do traktowania kobiet może zagwarantować prawdziwy postęp. Ograniczenie liczby zgonów związanej z zejściem w ciążę jest obecnie jednym z priorytetów rządu. Żyjące w biedzie ciężarne mieszkanki Indii mają zapewnioną darmową opiekę zdrowotną. Kobiety dostają od rządu dodatek, jeśli rodzą w szpitalu, a nie w domu.

W przeszłości wierzono w działanie sił nadprzyrodzonych, które mogłoby przyspieszyć akcję porodową. Hinduski chętnie zachodzą w ciążę, ponieważ z tym stanem wiąże się zwolnienie z pracy. Zaleca się, aby podczas porodu rodzącej towarzyszył mąż. W Indiach wiele kobiet nie dożywa wieku dorosłego, ponieważ często umierają w połogu. Brakuje lekarzy i odpowiednich warunków higienicznych w przychodniach. Wiele kobiet nie może opuszczać domu bez zgody męża czyżn, ponadto większość lekarzy to właśnie mężczyźni, co jest kolejną barierą (również psychiczną) w dostępie do opieki medycznej.

Zgodnie z założeniami hinduizmu kobiety, które mają menstruację, powinny przebywać w odosobnieniu, ponieważ są w tych dniach nieczyste. W ciągu pierwszych czterech dni cyklu nie mogą także uczestniczyć w uroczystościach religijnych. Wyznawcy hinduizmu stosują specjalną dietę dla miesiączkujących kobiet. Zaleca się, by w tych dniach jadły tylko suche pożywienie, przede wszystkim ryż i sól. W trakcie menstruacji nie mogą się kąpać i przykrywać w nocy ciepłymi nakryciami.

Ważne

Personel medyczny powinien zapewnić kobiecie ciężarnej i jej rodzinie możliwość wykonywania w szpitalu tradycyjnych rytuałów związanych z ochroną płodu oraz ułatwieniem akcji porodowej.

Posiłki powinny być podawane pacjentce lewą ręką.

### **Opieka położnicza nad pacjentką wyznającą buddyzm**

Buddyzm jest ścieżką praktyki i rozwoju duchowego umożliwiającą wyznawcom wgląd w istotę życia. Brak Boga stwórcy w buddyzmie sprawia, iż często nie uważa się go za religię w utartym w naszym kręgu kulturowym znaczeniu tego słowa. Wyznawcy buddyzmu wierzą, iż jego podstawy są łatwe do zrozumienia i zastosowania: nic na świecie nie jest stałe lub niezmienne; nasze działania pociągają za sobą skutki; w każdej sytuacji możliwa jest zmiana.

Buddyzm jako religia zwraca się ku wszystkim ludziom, niezależnie od rasy, narodowości czy płci. Obowiązkiem wyznawców jest medytacja. Wierzą oni, że dzięki niej mogą wziąć odpowiedzialność za własne życie, zmienić się na lepsze, rozwinąć w sobie świadomość, współczucie oraz mądrość. Szacuje się, że na świecie jest około 350 milionów buddystów. Rośnie ich liczba w krajach, które nie są tradycyjnie krajami buddyjskimi (np. w Europie i Ameryce). Istnieją różne formy buddyzmu. Wszystkie tradycje łączy nieuciekanie się do przemocy, wolność od dogmatów, tolerancja oraz - w większości przypadków - medytacja.

Buddyści są przekonani, że posiadanie potomstwa jest głównym źródłem szczęścia rodzinnego. Wyznawcy buddyzmu wierzą, że ciężarne powinny dbać zarówno o sferę psychiczną, jak i fizyczną. Szczególne znaczenie dla powodzenia ciąży ma odbywanie praktyk religijnych, ponieważ pozytywne myślenie o dziecku gwarantuje wynagrodzenie w przyszłości. Zaleca się, by od siódmego tygodnia ciąży pacjentka ograniczyła pracę. Okres ciąży powinna poświęcić na odpoczynek, koncentrowanie się na dziecku, dbanie o stan zdrowia, a przede wszystkim - odbywanie praktyk religijnych. Każdego dnia ciąży kobieta odmawia specjalną modlitwę, która ma chronić ją i dziecko.

Według tradycyjnej medycyny chińskiej przygotowania do poczęcia należy rozpocząć z wyprzedzeniem, nawet do dwóch lat wcześniej. W tradycji buddyzmu rodzice przekazują dziecku część swej istoty i sił życiowych. Samo poczę-



cie może nastąpić, gdy krew i energia Qi (energia życiowa) przepływają przez organizm bez przeszkód. Siła życiowa według tradycyjnej medycyny chińskiej gromadzi się w nerkach. Energia Qi nerek jest odpowiedzialna za konstrukcję psychofizyczną dziecka oraz długość jego życia. Według tego starego systemu przyszli rodzice są częściowo współodpowiedzialni za energię przedurodzeniową dzieci.

Człowiek jest wolny i może żyć zgodnie z własnymi zasadami. W buddyzmie etyka oparta jest na rozumie i znajomości natury człowieka. Buddyści darzą pełną przeciwną wielkim szacunkiem.

Opieka medyczna nad wyznawcami buddyzmu nie wymaga przestrzegania szczególnych zasad. W przypadku, gdy pacjentami są mnich lub mniszka buddyjska, opiekować się nimi musi personel tej samej płci co oni. Nie istnieją specjalne wymagania dietetyczne i higieniczne. Znaczna większość buddystów to wegetarianie. Badania naukowe nie potwierdzają, że ta dieta negatywnie wpływa na płodność. Dobrze zbilansowana, prowadzona pod kontrolą lekarza i dietetyka, dostarcza organizmowi tyle samo substancji odżywczych i mineralnych co dieta zawierająca mięso. Menu weganki planującej zajść w ciążę powinno być bogate w świeże warzywa i owoce, soki owocowe, pełnoziarniste pieczywo, brązowy ryż, zarodki pszenicy, kiełki, orzechy, pestki dyni i słonecznika, ziarno sezamowe, orzeszki pistacjowe i migdały, drożdże piwne, warzywa strączkowe, soję i jej przetwory, serek tofu, suszone owoce oraz oleje roślinne.

### **Opieka położnicza nad pacjentką pochodzenia romskiego**

Romowie wierzą, że posiadanie dzieci wiąże się ze szczęściem i bogactwem. Bezdzielnosc jest postrzegana jako kara za popełnione grzechy. W przeszłości ciąża traktowana była jako stan wstydlivy. Wśród Romów nie rozmawia się na tematy związane z seksualnością. Uważają, że kobieta w czasie ciąży i porodu jest nieczysta i łatwiej podlega działaniom złych mocy. W związku z tym członkowie romskiej wspólnoty za wszelką cenę unikają porodów domowych. Wierzą też, że może to przynieść

wielkie nieszczęście pozostałym domownikom. Po porodzie niszczone jest wszystko to, czego dotknęła rodzająca.

Ciężarne mają zakaz przebywania w pomieszczeniach z ludźmi starszymi, mężczyznami, osobami spoza rodziny. Nie mogą także wykonywać niektórych czynności, które mogłyby wpłynąć negatywnie na przebieg ciąży i porodu. Kobiety poddaje się szczególnym ograniczeniom i izoluje w okresach: dojrzewania, miesiączki, ciąży i porodu. Muszą one wtedy uważać, czego dotykają, nie mogą przygotowywać jedzenia i podawać go mężczyznom. Przed okresem dojrzewania oraz po menopauzie ograniczeń jest mniej: stare kobiety mogą bez skrępowania przebywać w męskim towarzystwie, a dziewczynkom wolno nosić krótsze spódniczki. Skalenie nie dotyczy starszych kobiet i dziewczynek przed okresem dojrzewania. Za nieczystą uważana jest kobieta w czasie porodu i w okresie porodu, nieczystości są także nie-Romowie, którzy mają styczność z kobietą w czasie porodu. Zasady te dowodzą niskiego prestiżu kobiety romskiej, należy jednak pamiętać, że skalania dają jej potężną broń, którą często wykorzystuje.

Cyganki preferują opiekę medyczną sprawowaną przez kobiety. Rodzącej nie może towarzyszyć mąż, ponieważ mógłby ulec skalaniu. W kulturze romskiej położnice są izolowane, nie wolno im wypełniać obowiązków domowych. Młode matki nie mogą używać tych samych rzeczy co inni członkowie rodziny. Romowie wierzą, że noworodki mają zdolności kalające, dlatego też w początkowych miesiącach życia kontakt ojca z dzieckiem jest bardzo ograniczony.

Personel medyczny powinien zadbać o to, by pacjentka miała zapewnioną intymność. Jej badanie powinno odbywać się w obecności drugiej kobiety. Zaleca się, aby podczas porodu na sali nie przebywali mężczyźni. Dla Romów bardzo ważne jest używanie sprzętu jednorazowego użytku, segregacja brudne-czyste. Informacje dotyczące pielęgnacji oraz diety podczas porodu powinny być przekazane i omówione podczas rozmowy z pacjentką i towarzyszącą jej kobietą o największym autorytecie w rodzinie.

### **Opieka medyczna nad pacjentką będącą Świadkiem Jehowy**

Świadkowie Jehowy wierzą w jedynego Boga i przekonani są o zbliżającym się Armagedonie. Są zaliczani do tzw. nurtu badackiego (należącego do wyznań millenarystycznych). Ruch ten został zapoczątkowany przez Charlesa T. Russella w 1872 r. w Pensylwanii (USA). Obecnie liczy ponad 7,6 miliona aktywnych członków (głosicieli) na całym świecie. Świadkowie Jehowy są przekonani, że wyłącznie Biblia jest Słowem Bożym. Wierzą w jednoosobowego Boga, Jehowę, i oddają cześć tylko jemu jako jedynemu prawdziwemu Bogu. Zdaniem Świadków Jehowy prawdziwa religia kładzie nacisk na przestrzeganie Bożych przykazań i miłość bliźniego.

Według Świadków Jehowy życie rozpoczyna się od momentu poczęcia. Zagrożenia zdrowia matki, ujawnione wady genetyczne płodu nie uzasadniają aborcji. Ciążę nie należy przerywać także wtedy, gdy jest ona skutkiem gwałtu lub kazirodztwa. Wyznawcy uważają, że wybór metody antykoncepcji jest sprawą osobistą, jednak nie mogą przyjmować środków, które powodują śmierć rozwijającego się płodu.

Nie istnieją szczegółowe wytyczne dotyczące opieki nad położnicą będącą Świadkiem Jehowy. W przypadku, gdy jest przygotowywana do cięcia cesarskiego, należy przestrzegać zaleceń dotyczących podawania preparatów krwi i środków krwiozastępczych. Świadkowie Jehowy nie zgadzają się na przetaczanie pełnej krwi ani podawanie jej składników: krwinek czerwonych, krwinek białych, osocza i płytek krwi. Należy umożliwić pacjentce przestrzeganie zaleceń dietetycznych związanych z wymogami wiary. Świadkowie Jehowy nie jedzą pokarmów zawierających krew zwierzęcą.

### **PODSUMOWANIE**

Opieka położnicza staje wobec konsekwencji różnicowania kulturowego. Pielęgnowanie pacjentki zakłada traktowanie jej jak partnera w sprawowanej opiece medycznej. Wiąże się to z akceptacją przez personel medyczny wszystkich praw podopiecznej i zagwarantowaniem jej możliwości wyboru oraz aktywnego udziału w procesie pielęgnowania. W pracy położnych konieczne

jest samokształcenie i dokształcanie się, a przede wszystkim rozwijanie umiejętności nawiązywania kontaktów z przedstawicielami innych kultur.

*mgr poł. Magdalena Korzyńska*  
*Nauczyciel akademicki w Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (2011 r.); interesuje się zagadnieniami wielokulturowości w medycynie oraz organizacją opieki położniczo-ginekologicznej w Polsce i Europie*

*dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus*  
*Adiunkt, kierownik w Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych, Wojewódzki Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego województwa lubelskiego; interesuje się ustawodawstwem i statusem zawodowym położnych, transformacją systemu kształcenia położnych oraz organizacją i profesjonalizacją opieki położniczej*

*mgr poł. Ewa Golonka*  
*Asystent w Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; główne zainteresowania naukowe: optymalizacja opieki ginekologiczno-położniczej, filozofia i teoria opieki położniczej*

## BIBLIOGRAFIA

- Baszak E., Kontakty między płciami w świecie muzułmańskim, „Seksuologia Polska” 2(2)/2004, s. 71-74.
- Campinha-Bacote J., Cultural Desire: ‚Caught’ or ‚Taught’? Contemporary Nurse, „Advances in Contemporary Transcultural Nursing 2nd edition” 28/2008, s. 141-148.
- Cang-Wong C, Murphy S., Adelman T., Nursing Responses to Transcultural Encounters: What Nurses Draw on When Faced with a Patient from Another Culture, „The Permanente Journal” 13(3)/2009, s. 31-37.
- Cianciara D., Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i leczenie w kontekście wielu kultur -wskazówki z innych krajów, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 93(1)/2012 s. 160-167.
- Free C, Transcultural communication and ethnic comparisons in the experience of services, „The British Journal of General Practice” 55(514)/2005, s. 339-340.
- Janus B., Istota pielęgniarstwa transkulturowego M. Leininger, [w:] Górajek-Jóźwik (red.), Filozofia i teoria pielęgniarstwa, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, s. 359-370.
- Kózka M., Kulturowe uwarunkowania opieki pielęgniarstwa i kształcenie pielęgniarek, [w:] Krajewska-Kułać E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K., Problemy wielokulturowości w medycynie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Krymska B., Religijne uwarunkowania opieki nad pacjentem, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 1(2)/2007, s. 42.
- Leininger M.M., McFarland M.R., Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2002.
- Le Var R., Improving educational preparation for transcultural health care, „Nurse Education Today” 18/1998, s. S19-S33.
- Majda A., Pielęgniarstwo transkulturowe, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010. Majda A., Zalewska-Puchała J., Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwa, „Problemy Pielęgniarstwa” 19(2)/2011, s. 253-258.
- Mazurek F.J., Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka, Wydawnictwo KUL, 2001.
- Olczak E., Różnice kulturowe w funkcjonowaniu człowieka, [w:] Paszkowska-Rogacz A., Olczak E., Kownacka E., Cieślakowska D., Doradztwo zawodowe a wyzwania międzykulturowe, KOWE-ZiU, Warszawa 2006.
- Pruszyński J., Putz J., Uwarunkowania kulturowe potrzeb buddystów w trakcie choroby i ostatnim okresie życia, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 93(1)/2012, s. 183-188.
- Szreder B., Kurowska K., Muzułmanka w szpitalu, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 10/2011, s. 40-41.
- Zalewska-Puchała J., Majda A., Pielęgniarstwo transkulturowe, „Ad vocem” 103/2012, s. 9-12.

## Prawdziwa medycyna

W polsce jest prawie 15 tysięcy pielęgniarek „rodzinnych”. To one znają z imienia i nazwiska swoich pacjentów. Wiedzą, co im dolega. Dla nich najważniejsze jest to, by pacjent nie pozostał anonimowy. Tak powinna wyglądać prawdziwa medycyna.

Pielęgniarki rodzinne to podstawa służby zdrowia - mówi Ewa Taranta i podkreśla, że określenie „rodzinne” w tym przypadku jest bardzo ważne. Jej zdaniem w pełni oddaje ono zakres pracy pielęgniarek.

- Niektórych pacjentów znamy nawet od 30 lat. Leczymy ich dzieci i wnuki. Te rodziny są nam po prostu znane - mówi.  
 - To prawdziwa medycyna, w której pacjent nie jest anonimowy - zaznacza.

Teresa Kuziara, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wymienia wszystkie obowiązki pielęgniarek rodzinnych: świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne. A Ewa Taranta dodaje: - Zajmujemy się pacjentem od drugiego miesiąca życia do późnej starości. Pomagamy bez względu na wiek, płeć i stan zdrowia. Nasza opieka

jest wielozakresowa - opisuje. Mówiący wprost - pielęgniarki rodzinne realizują cały pakiet usług medycznych, począwszy od podawania zastrzyków, przez zakładanie opatrunków na rany, odleżyny i oparzenia czy zdejmowanie szwów, na ustalaniu diety w żywieniu przewlekłych chorych i ćwiczeniach ogólnousprawniających skończywszy.

Zdaniem Teresy Kruczkowskiej, przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgni-

rek i Położnych w Poznaniu, dzień pracy pielęgniarek rodzinnych jest uzależniony od wielu czynników, m.in. tego, jak duże jest miasto i gdzie mieszka pacjent. Równie ważne jest to, czy na przykład pielęgniarka posiada własny samochód czy też musi dojeżdżać do chorego komunikacją publiczną. Od tego zależy czas dotarcia do pacjenta oraz czas jej powrotu do gabinetu. Nie wspominając już o tym, że na przykład krew pobraną pacjentowi do laboratorium powinna przewozić samochodem z ampularium i specjalnym zabezpieczeniem, bo często jest to materiał zakaźny. Swoją pracę planują zgodnie z harmonogramem pracy przyjętym przez oddział NFW, w którym wyszczególniony jest czas pracy w domu pacjenta oraz w gabinecie.

### **OBOWIĄZKI ROSNĄ, PŁACE STOJĄ W MIEJSCU**

Od marca 2011 r. stawka za jednego pacjenta nie wzrosła, w przeciwieństwie do zakresu obowiązków - skarży się Teresa Kruczkowska.

- Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z października 2005 r. spowodowało przerzucanie zadań pielęgniarki z gabinetu zabiegowego lekarza rodzinnego na pielęgniarkę rodzinną, udzielającą świadczeń w domu pacjenta. Niekorzystne - zmiany dotyczą głównie zapisów w aktach prawnych. Zmiana zapisu „pobieranie materiału do badań wykonywane na podstawie testów diagnostycznych” na „pobieranie materiału do badań zgodnie z odrębnymi przepisami” spowodowała, iż usługi wykonywane wcześniej przez laboratoria diagnostyczne zostały przerzucone na pielęgniarkę rodzinną. Nowe obowiązki nie są dodatkowo wynagradzane. Do 2005 r. obowiązywały jako zadania realizowane i finansowane w oparciu o stawkę kapitulacyjną lekarza rodzinnego. Kolejną niekorzystną dla pielęgniarek zmianę wprowadziło rozporządzenie z sierpnia 2009 r. Świadczenia leżące w obowiązkach pielęgniarek, a obejmujące badania przesiewowe dzieci, do tego czasu były wykonywane w gabinecie lekarza rodzinnego - pediatry w terminach szczepień oraz bilansu dziecka. Brak rozdziału zadań na pielęgniarkę pracującą w gabinecie lekarza i pielęgniarkę rodzinną spowodował wymóg wykonywania testów przesie-

wowych przez te ostatnie. Koniecznością stało się dwukrotne przychodzenie na test przesiewowy do gabinetu pielęgniarki rodzinnej, a następnie do lekarza na szczepienie bądź bilans. W konsekwencji czas pracy przeznaczony na świadczenia w domu musiał ulec zredukowaniu na rzecz dodatkowych zadań. To duży kłopot, zwłaszcza że rośnie liczba osób w podeszłym wieku, a czas pobytu pacjenta w szpitalu uległ znacznemu skróceniu. Przerzucenie zadań w związku z wypisywaniem recept przez pielęgniarki, które miałyby spowodować zmniejszenie kolejek do lekarzy, będzie generować kolejne opóźnienia. Samo środowisko pielęgniarek rodzinnych walczy więc o powrót do starego nazewnictwa oraz do rozdziału zadań na pielęgniarkę rodzinną i pielęgniarkę gabinetu zabiegowego. - Nie da się wszystkiego załatwić jedną osobą. Wystarczy, że ma 6-8 zastrzyków dziennie, 2 odleżyny, odległość pomiędzy wizytami 20-30 km - tłumaczy Beata Ostrzycka, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. - Nikt nie jest w stanie sprostać takim wymaganiom - uważa.

### **TA, KTÓRA PRZEKRACZA BARIERY**

W Polsce jedna pielęgniarka opiekuje się średnio dwoma tysiącami osób w skali roku. Ustawa zaleca, by liczba ta nie przekraczała 2,5 tys. Jeśli każda z nich chciałaby dotrzeć do pacjenta i zareagować na czas, okaże się, że 365 dni roku to stanowczo za mało. **Największym problemem jest zakres obowiązków w przełożeniu na wysoką liczbę podopiecznych.**

- Chciałybyśmy opiekować się mniejszą liczbą pacjentów - żali się Teresa Kruczkowska. - Dzięki temu mogłybyśmy jeszcze bardziej poprawić jakość naszej pracy - dodaje. Dokładanie zadań nie przekłada się zresztą na zwiększenie stawki. Niestety, w tym przypadku ekonomia jest nieubłagana. Zdaniem pielęgniarek, już od 2009 r. nic nie zmienia się na plus. Pielęgniarka dostaje około 26,50 zł za jednego pacjenta, a jej średnia pensja to 1875 zł. Najlepiej zarabiają pielęgniarki rodzinne w kujawsko-pomorskim, zachodniopomorskim i łódzkim. Najgorzej - w lubelskim, podlaskim i podkarpackim. Autorzy pracy „The Family Nur-

se” przetłumaczonej na polski i wydanej przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek piszą: „Pielęgniarka rodzinna, która przekracza istniejące bariery i uprzedzenia, aktywnie słucha, koncentruje się na szukaniu rozwiązań możliwych do zastosowania w konkretnych warunkach i odpowiadających oczekiwaniom rodziny - jest tym właśnie przedstawicielem opieki zdrowotnej, którego rodzina poszukuje”. Jak mówi Ewa Taranta - owszem, ale pod warunkiem, że państwo wykaże większe zaangażowanie w dziedzinę Podstawowej Opieki Medycznej. Pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach umowy o pracę, stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej lub w ramach praktyk zawodowych, a także prowadzić przychodnię. Najwięcej indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarstkich funkcjonuje w Polsce południowo-wschodniej, w pozostałej części kraju dominują podmioty lecznicze. W połowie zeszłego roku w kraju zarejestrowanych było przeszło 13 tys. indywidualnych praktyk pielęgniarstkich wszystkich rodzajów oraz blisko 1300 praktyk grupowych. Powszecne jest również to, że pomoc, którą świadczą pielęgniarki rodzinne, odbywa się głównie w domach pacjentów. Bardzo istotny jest tu aspekt psychologiczny. - Starsi pacjenci zdecydowanie lepiej czują się w domu. Wizyta w szpitalu kojarzy im się źle. Gdy są u siebie, ich stan psychiczny jest lepszy, a co za tym idzie, wzrasta szansa na szybszy powrót do zdrowia - tłumaczy Ewa Taranta. Gdzie leży problem? - Zawsze chodzi o pieniądze - kwituje. Nawet jeśli jesteśmy dobrymi menedżerami i potrafimy odpowiednio dysponować pieniędzmi, ponosimy duże straty finansowe. Trzeba kupić niezbędny sprzęt, opłacić czynsz, dojazdy i utylizację medycznych odpadków - wylicza. Jedyne pieniądze, które dostaje, to te od NFZ-u. Nie trzeba być ekonomistą, by mieć świadomość, że to za mało. Jej zdaniem większe zaangażowanie państwa w pomoc pielęgniarkom rodzinnym mogłoby postawić na nogi całą służbę zdrowia. - Mogłybyśmy tworzyć podporę. Prawdziwą, filar podstawowej opieki zdrowotnej. Na pewno nie jesteśmy zadowolone z tego, jak to funkcjonuje w tej chwili - przyznaje.



**MŁODSZE JUŻ NIE BĘDZIEMY**

Brak młodych pielęgniarek i wysoka średnia wieku wśród obecnych to kolejny duży problem. Najwięcej pielęgniarek to te w przedziale wiekowym 51-60 lat, a więc blisko 45 proc. całej grupy zawodowej. Zmiana definicji pielęgniarki rodzinnej, a wraz z nią listy jej obowiązków nie ułatwia im zadania. - Moje koleżanki oczekują powrotu do odrębnych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej oraz wprowadzenia produktów dodatkowo finansowanych przez NFZ takich jak leczenie ran czy profilaktyka otyłości - mówi Teresa Kuziara. Zdaniem Beaty Ostrzyckiej to, że w Polsce kompletnie zanika opieka pielęgniarek środowiskowych, to błędne koło, bo jest ona tańsza, a przede wszystkim skuteczna. - U nas chorego wypycha się na oddział szpitalny, a kiedy lekarz ze szpitala po kilku dniach go wypisze, bo nie dysponuje oddziałem geriatrycznym, pacjent po krótkim czasie i tak wraca do szpitala. To jakiś obłęd - mówi Sylwia Wądrzyk z Narodowego

Funduszu Zdrowia tłumaczy, że praca pielęgniarki musi obejmować kompleksową opiekę nad osobą, rodziną i społecznością z uwzględnieniem ich miejsca zamieszkania. - Są to świadczenia profilaktyczne, wizyty patronażowe, testy przesiewowe, świadczenia lecznicze, diagnostyczne, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, w szczególności dla osób, u których występuje ograniczenie sprawności w wyniku choroby - wylicza. Jak mówi, do świadczeń pielęgniarki rodzinnej ma prawo każdy ubezpieczony, który złożył deklarację wyboru pielęgniarki tak zwanej podstawowej opieki zdrowotnej. Nie chce jednak mówić na temat ewentualnych zmian w warunkach ich pracy i wynagrodzeniach. - W kwestiach dotyczących płac czy organizacji pracy proszę zwrócić się do właściwych instytucji - ucina. To newralgiczny temat, bo jak wylicza Beata Ostrzycka, pielęgniarska pensja na samodzielnej indywidualnej praktyce to około 5000 zł brutto. Z tego 1000 zł to koszty ZUS-u, 400 zł opłata za wynajem pomieszczenia, 500 zł po-

datku, 300 zł na zakup sprzętu jednorazowego w sklepie medycznym, 65 zł na utylizację, 200 zł na doposażenie torby pielęgniarskiej i 600 zł na paliwo (w zależności od obszaru, na jakim się pracuje). - Netto zostaje od około 2100 do 2500 zł, oczywiście o ile nie zepsuje się jakaś część w samochodzie i ten nie będzie stał w naprawie - ironizuje Ostrzycka. Ewa Taranta mówi wprost: - Pielęgniarki rodzinne to panie od wszystkiego, ale nie do niczego. Jest rozżalona, ale nadal ma nadzieję na zmiany. - Gdybym jej nie miała, już dawno przestałabym wykonywać ten zawód - przyznaje.

Krystian Lurka

*Dziennikarz i reporter „Głosu Wielkopolskiego”. W 2013 roku laureat nagrody „Debiut Roku”. Zajmuje się tematami medycznymi, demaskując zwłaszcza problemy społeczne w tej dziedzinie  
Przedruk ze Służby Zdrowia, Nr 34-42,  
15 maja 2014*

## Kolejna informacja dla absolwentek liceów medycznych w aspekcie zmienionej dyrektywy 2005/36/WE

Pielęgniarka posiadająca dyplom liceum medycznego, która chciałaby podjąć pracę w państwie Unii Europejskiej po 1 stycznia 2014 r. (czyli po wejściu w życie unowocześnionej dyrektywy 2005/36/WE), powinna przede wszystkim zgłosić się do organu rejestrującego w danym kraju by uzyskać informacje na temat warunków uzyskania rejestracji. W poszczególnych krajach często funkcjonują wewnętrzne przepisy korporacyjne regulujące tę kwestię w różny sposób.

Pielęgniarka, absolwentka liceum medycznego, przed wyjazdem powinna przetłumaczyć dyplom u tłumacza przysięgłego (niektóre kraje wymagają dodatkowego poświadczenia go w MSZ, MZ lub ambasadzie danego kraju - dla tego ważne jest aby wcześniej poznać

wymagania danego organu rejestrującego). Niezbędne jest też uzyskanie zaświadczenia z okręgowej izby pielęgniarek i położnych, wydawanego osobom chcącym podjąć pracę na terenie UE. Zaświadczenie takie ważne jest 3 miesiące i zawiera informacje m. inn. na temat posiadanego wykształcenia (dyplomu), stażu pracy czy braku prowadzonych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Należy pamiętać, że zmiany dotyczące uznawania dyplomów liceum pielęgniarskiego nie oznaczają ich automatycznego i bezwarunkowego uznania w innych krajach UE, bez konieczności spełnienia warunków wynikających z przepisów dyrektywy oraz krajowych uregulowań. Ważna u wyjeżdżających absolwentów liceów medycznych powinna być świadomość konieczności spełnienia podstawowego warunku umożliwiającego podjęcie pracy, jakim jest posiadanie co najmniej 3 letniego stażu (pracy) w zawodzie pielęgniarki w ostatnich 5 latach.

W związku z tym absolwentki liceów, które dawno temu wyjechały do innych krajów i podjęły pracę poza zawodem pielęgniarki (np. opiekuna, asystenta itp.) i w związku z tym nie spełniają powyższego warunku aktualnego wykonywania pracy w zawodzie (3/5), nie będą mogły skorzystać z nowych uregulowań dyrektywy.

**W dniu 25 lutego 2014 r. Pani Wiceprezes NRPiP złożyła zapytanie do Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne, to jest, czy pielęgniarki, które ukończyły liceum medyczne mogą**

**mieć już uznane kwalifikacje na zasadzie praw nabytych (według art. 23 dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych), a więc czy wystarczające będzie wykazanie przez pielęgniarkę wykonywania zawodu przez co najmniej 3 lata w okresie ostatnich 5 lat czy też należy nadal stosować**

**wobec nich ogólny system uznawania kwalifikacji.**

**W dniu 20 marca 2014 r. Pani Wiceprezes otrzymała odpowiedź na ww. zapytanie.**

**W załączeniu zapytanie Pani Wiceprezes NRPiP, odpowiedź Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.**

Warszawa, 25 lutego 2014 r.

### **Pani Beata Cholewka**

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia

#### **Szanowna Pani Dyrektor**

W związku wejściem w życie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMr)

i otrzymywanymi zapytaniem w sprawie zasad uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne, zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytanie czy pielęgniarki, które ukończyły liceum medyczne mogą mieć już uznane kwalifikacje na zasadzie praw nabytych (według art. 23 Dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych) a więc wystarczające będzie

wykazanie przez pielęgniarkę wykonywania zawodu przez co najmniej 3 lata w okresie ostatnich 5 lat czy też należy nadal stosować wobec nich ogólny system uznawania kwalifikacji?

Uprzejmie prosimy o potraktowanie sprawy jako pilnej.

*Z poważaniem*  
*Teresa Kuziara*  
*Wiceprezes NRPiP*

#### **MINISTERSTWO ZDROWIA**

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 28 lutego 2014 r.

### **Sz. P. Teresa Kuziara**

**Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Odpowiadając na pismo z dnia 25 lutego br., znak: NIPIP-NRPiP-DM.0025,57.2014, dotyczące kwestii uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek po wejściu w życie przepisów dyrektywy 2013/55/UE zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych poniżej przedstawiam stanowisko Departamentu Pielęgniarek i Położnych w przedmiotowej sprawie.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym została opublikowana w dniu 28 grudnia 2013 r. (Dz. Urz. UE L 354, str. 132). Zgodnie z art. 4 dyrektywa ta weszła w ży-

cie dwudziestego dnia po publikacji. Nie oznacza to jednak, że jej przepisy są natychmiast stosowane we wszystkich państwach członkowskich, ponieważ zgodnie z art. 3 ust. 1 dyrektywy 2013/55/UE państwa członkowskie są zobowiązane do jej wdrożenia do 18 stycznia 2016 r.

Zatem, do czasu wdrożenia przepisów dyrektywy 2013/55/UE, państwa członkowskie stosują obecnie obowiązujące regulacje prawne w zakresie uznawania kwalifikacji. Nowe regulacje będą obowiązywały od momentu wdrożenia ich do porządku prawa krajowego. Dopiero jeżeli państwo członkowskie nie dokona implementacji, obywatel ma prawo powoływać się bezpośrednio na dyrektywę wobec wszelkich przepisów prawa krajowego niezgodnych z dyrektywą. Bezpośredni skutek dyrektywy jest uzależniony od tego, czy brzmienie przepisu jest bezwarunkowe i wystarczająco precyzyjne.

W związku z powyższym stosowanie zasad uznawania kwalifikacji na podstawie praw nabytych (art. 23 dyrektywy 2005/36/WE) w odniesieniu do pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne oraz faktycznie i zgodnie z prawem wykonywały zawód nieprzerwanie przez co najmniej 3 lata w okresie ostatnich 5 lat będzie możliwe od dnia wdrożenia przepisów dyrektywy 2013/55/UE do prawa krajowego poszczególnych państw lub od dnia upływu terminu wdrożenia przepisów, jeżeli przepisy dyrektywy nie zostały implementowane do krajowego porządku prawnego w terminie. Do tego czasu obowiązują przepisy wynikające z implementacji dyrektywy 2005/36/WE, a zatem stosowany jest ogólny system uznawania kwalifikacji.

*Z poważaniem*  
*Dyrektor Departamentu*  
*Pielęgniarek i Położnych*  
*Beata Cholewka*

# Kobieta medycyny 2014

## Drogie Koleżanki i Koledzy,

Z ogromną przyjemnością informuję, że nasza przedstawicielka, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk została nominowana do tytułu KOBIEITA MEDYCYNĄ 2014. Znalazła się w gronie 30 wybitnych przedstawicielek zawodów medycznych lub w inny sposób związanych z systemem opieki zdrowotnej.

Nominacja Prezes NRPiP to docenienie tego, co my wszystkie -jako samorząd zawodowy - robimy na rzecz „utrzymania rangi zawodu pielęgniarki

ki i położnej oraz ich miejsca w polskim systemie ochrony zdrowia”, jak napisano w uzasadnieniu wyboru. Kapituła wybierająca kandydatki do tytułu KOBIEITA MEDYCYNĄ 2014 dostrzegła nasz wysiłek, pisząc: „Twarde stanowisko NRPiP niejednokrotnie -choćby w sprawie finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na rok 2014 i lata następne - wpłynęło na kształt całego systemu ochrony zdrowia”.

Jestem przekonana, że to docenienie rangi zawodu pielęgniarki przez skiero-

wany do środowiska medycznego portal internetowy przyczyni się do tego, że nasz głos w ważnych sprawach dla pacjentów i naszego środowiska, będzie coraz lepiej słyszalny.

Więcej o samym plebiscytcie, a także sylwetki wszystkich kandydatek i zasady głosowania oraz termin ogłoszenia wyników plebiscytu znajdziecie Państwo na stronie <http://kobiety-medycyny.pl/>

Pozdrawiam serdecznie

Teresa Kuziara  
Wiceprezes NRPiP



NRPiP-P.OI 1.98.2013.MM

## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 12 listopada 2013 r.

#### Szanowna Pani Przewodnicząca, Szanowny Panie Przewodniczący

Miło mi poinformować, że Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszej grupy zawodowej, od kwietnia br. wydaje Newsletter.

Newsletter NIPiP to zaawansowane narzędzie do szybkiej i łatwej komunikacji z pielęgniarkami i położnymi. Dążymy do tego, aby był nośnikiem informacji dotyczących całego środowiska zawodowego.

W związku z powyższym, zapraszam Państwa do współtworzenia kolejnych newsletterów. Zachęcam do przesyłania artykułów i informacji związanych z naszymi zawodami (o konferencjach, wydarzeniach, spotkaniach, itp.), które chcielibyście Państwo, aby znalazły się w Newsletterze NIPiP. W tym celu stwo-

rzyliśmy nowy dział tematyczny: Współpraca z okręgowymi izbami pielęgniarek i położnych.

Jestem przekonana, że Newsletter NIPiP to doskonale narzędzie do promowania naszych zawodów a przez to budowania pozytywnego wizerunku samorządu pielęgniarek i położnych. Realizując zadania samorządu upowszechniamy w Newsletterze zasady etyki zawodowej, informujemy o kierunkach rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, przedstawiamy zajmowane stanowiska w sprawach dotyczących stanu zdrowia społeczeństwa i polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia.

W Newsletterze znajdą Państwo informacje o tym, jak przebiega współpraca samorządu zawodowego pielęgnia-

rek i położnych z organami administracji publicznej, szkołami wyższymi, samorządami innych zawodów medycznych oraz organizacjami pielęgniarek i położnych w innych krajach, a także wiele innych bieżących spraw dotyczących pielęgniarstwa i położnictwa.

Zapraszam do odwiedzenia Fanpage NIPiP oraz strony internetowej, gdzie można zobaczyć wydane do tej pory Newslettery NIPiP.

Zapraszam serdecznie do współtworzenia Newslettera NIPiP.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP  
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

#### Informacja nr 6/2014

z działalności Akredytowanego przez ICN Centrum Badania i Rozwoju  
Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®)  
przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

#### Szanowni Państwo!

Rok 2014 to rok wyzwania, wyzwania, jakie niesie informatyzacja ochrony zdro-

wia i pokazanie pracy pielęgniarki w systemie. W Polsce podejmowanych jest coraz więcej inicjatyw, które mają na

celu wdrożenie Klasyfikacji do praktyki. Centrum podpisuje umowy dotyczące pilotażu Klasyfikacji w podmiotach



leczniczych. Zakończono także pracę na książką, która przybliży Czytelnikom ideę wprowadzenia Klasyfikacji i weszła przez dydaktyków w nauczaniu.

Coraz większe zainteresowanie środowiska Klasyfikacją i dostrzeżenie wagi tego projektu dla pielęgniarstwa cieszy, ale także stwarza wyzwania. Do współpracy z Centrum włączają się kolejne uczelnie, izby pielęgniarzek i położnych oraz podmioty lecznicze. Także firmy komputerowe zgłaszają się do ICN celem zakupu licencji. Świadczy to o tym, że mówienie jednym głosem w tej sprawie przynosi konkretne rezultaty.

W 2013 r. praca członków Centrum i współpracujących z ACBiR uczelniami kształcącymi pielęgniarki zaowocowała wieloma ważnymi osiągnięciami. Najważniejszym z nich jest na pewno przedstawienie wzoru architektury dokumentacji pielęgniarstwa, praca z Katalogami ICNP® z wykorzystaniem narzędzi przygotowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych, przeszkolenie kilkuset pielęgniarzek w Polsce z zakresu tworzenia planów opieki, katalogów ICNP®. Najważniejsze jednak przed nami. Zwłaszcza w zakresie zmian w prawie umożliwiających pełne korzystanie z Klasyfikacji w warunkach polskich.

ACBiR ICNP® podpisało kolejne umowy na pilotaż Klasyfikacji w podmiotach leczniczych:

14.01.2014 Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie porozumienie nr 1/11/2014

15.01.2014 Szpital Eskulap Centrum Leczenia Chorób Sercag i Naczyń w Bydgoszczy porozumienie nr 3/11/2013

Podmioty otrzymują, do pilotażu, wersję Klasyfikacji 2013, która będzie przetłumaczona w kwietniu 2014 r. w ramach projektu TELENRSCARE, prowadzonego przez Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie w UM w Łodzi. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek potwierdziła, że podmioty lecznicze mogą otrzymać Klasyfikację poprzez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

22 stycznia 2014 r. Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek wydała zgodę na tłumaczenie Katalogów

„Nursing Outcome Indicators” i „Community Nursing”, które będą wydane w wersji elektronicznej po zakończeniu projektu TELENRSCARE.

Styczeń - kwiecień Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi prowadzi konsultacje dotyczące powstania Krajowego Rejestru Wskaźników jakości Opieki Pielęgniarskiej w CSIOZ. Wskazano także przedstawiciela Centrum i Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie do prac nad rejestrem odleżyn.

5 lutego 2014 r. Warmińsko-Mazurska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie i Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi.

Przeszkolono 42 pielęgniarki i położne w zakresie struktury i zasad korzystania z Klasyfikacji ICNP, budowania planów opieki

7 lutego 2014 r., Wrocław Rada Pielęgniarek przy Grupie Szpitali EMC i Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi.

Przeprowadzono warsztaty dla 20 pielęgniarzek zarządzających podmiotami wchodzącymi w skład grupy EMC (11) z zakresu wprowadzania Klasyfikacji do pilotażu w podmiotach zarządzanych przez EMC.

10 lutego 2014 r. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie/ Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi.

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie otrzymał dofinansowanie z Funduszy Norweskich na projekt „TeleNRsCare-Sieć Telepielęgniarstwa dla zintegrowania opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi”, którego celem jest wsparcie budowy sieci wymiany wiedzy, technologii, doświadczeń i najlepszych praktyk, dążącej do utworzenia ośrodka referencyjnego dla potrzeb telepielęgniarstwa ponad granicami, we współpracy z instytucją z Islandii, w celu poprawy jakości opieki i zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgniarstwa dla osób starszych i przewlekle chorych. Czas trwania projektu marzec - kwiecień 2014 r.

### Cele szczegółowe projektu to:

1. Podniesienie świadomości pielęgniarzek z zakresu wykorzystania narzędzi IT do opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi;

2. Współpraca z Islandią w celu:

- wymiany doświadczeń, wiedzy, technologii, umiejętności i dobrych praktyk w zakresie telepielęgniarstwa,

- stworzenia podstaw utworzenia sieci Telepielęgniarstwa w celu późniejszego utworzenia ośrodka referencyjnego zgodnie z Dyr. 24/2011/UE.

3. Przygotowanie projektów planów opieki i przewodników w zakresie opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi z wykorzystaniem słownika Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

W ramach projektu planuje się zorganizować następujące działania:

A. Konferencja dot. teleopieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi zorganizowana w Uniwersytecie Medycznym (UM) w Łodzi.

B. Szkolenia z zakresu opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi dla polskich liderów pielęgniarstwa.

C. Warsztaty dla pielęgniarzek w Polsce w celu budowy planów opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi na bazie słownika ICNP®.

Warsztaty będą realizowane w zakresie:

- walidacji słownika, katalogów diagnoz i interwencji pielęgniarstwa - ICNP®;

- dostosowanie planów opieki do specjalności pielęgniarstwa.

12-13 lutego 2014 r. Kalisz, organizatorzy: Koło PTP w Kaliszu, OIPiP w Kaliszu i ACBiRUM w Łodzi

Przeszkolono 44 pielęgniarki i położne z zakresu struktury i korzystania z Klasyfikacji oraz tworzenia planów opieki z wykorzystaniem ICNP®.

18 lutego 2014 r. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) i Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi podpisały umowę na tłumaczenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej, wersji 2013 dla potrzeb projektu TELENRSCARE.

19 lutego 2014 r. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Pl. Hallera 1 odbyło się pierwsze w tym roku posiedzenie

Rady e-zdrowie w Pielęgniarstwie przy CSIOZ. W spotkaniu udział wzięli przedstawiciele Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia : dr Kajetan Wojsyk, z-ca Dyrektora CSIOZ oraz P. Joanna Mikołajczyk, a także członkowie Rady, którzy przyjechali do Łodzi z Bydgoszczy, Gdańska, Częstochowy, Opola, Włocławka.

Ustalono kolejne działania na 2014 r. Pracujemy nad planami opieki dla pielęgniarek i jest to kolejny etap prac, który jest niezbędny dla dokumentowania z wykorzystaniem narzędzi informatycznych.

19 lutego 2014 r. Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi, odbyły się warsztaty dla zainteresowanych Klasyfikacją ICNP na UM w Łodzi.

20 lutego 2014 r. w Łodzi Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi zorganizowało seminarium dotyczące wprowadzenia Klasyfikacji ICNP do programów nauczania na studiach pierwszego stopnia, zgodnie ze standardem Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

W seminarium dotyczącym przygotowania prac kazuistycznych, z wykorzystaniem Klasyfikacji ICNP(R), udział wzięło 89 uczestników, pielęgniarek i położnych z 23 szkół kształcących pielęgniarki i położne w 20 miastach w Polsce.

Uczestnicy wysłuchali wykładów i dyskutowali o możliwościach wykorzystania Klasyfikacji dla prowadzenia prac badawczych w przyszłości.

27-28 marca 2014 r. Reykjavik, Islandia. Projekt TELENRSCARE

Odbyły się szkolenia z zakresu opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi dla polskich liderów pielęgniarstwa.

Marzec 2014 r. ukazała się książka napisana przez zespół autorów, członków ACBiR ICNP®

#### DODATKOWE INFORMACJE:

Strona internetowa Centrum <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=akt> Informacje o ICNP na stronie www Międzynarodowej Rady Pielęgniarek

<http://www.icn.ch/pillarsproqrams/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>

Prezentacje o ICNP w j. angielskim <http://www.icn.ch/pillarsproqrams/icnpr-conference-presentations/>

Kongres ICN Melbourne - więcej <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=tresc-icnp&txt=3246>

Prezentacje z konferencji dotyczące Telepielęgniarstwa

<http://www.icn.ch/networks/telenursing-conference-presentations/>

Publikacja ICN (w j. angielskim) „Poradnik technicznej implementacji Klasyfikacji ICNP (R)”

Spotkanie Konsorcjum akredytowanych przez ICN centrów badania i rozwoju ICNP®

<http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=tresc-icnp&txt=3246>

Osoby zainteresowane szkoleniem z zakresu ICNP® proszone są o zgłoszenia za pomocą formularza

<https://docs.google.com/forms/d/1PL-plP-3lravTef-tlqCnIDGPIa9WskUI5iLdil5M/viewform>. po podaniu danych kontaktowych, będziemy kontaktować się indywidualnie.

#### WAŻNE

Uprzejmie informujemy instytucje zainteresowane badaniem i rozwojem Klasyfikacji (uczelnie, podmioty lecznicze), że istnieje możliwość podpisania umowy o współpracy w zakresie rozwijania, badania i nauczania czy też prowadzenia pilotażu Klasyfikacji ICNP®.

ACBiR ICNP® Łódź, 6 kwietnia 2014 r.

*Katedra Nauczania Pielęgniarstwa,  
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydziału Nauk o Zdrowiu  
ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58  
90-136 Łódź, Tel. 42 678 87 53,  
fax. 42 678 03 67  
email: dorota.kilanska@umed.lodz.pl*

Warszawa, 15 kwietnia 2014 r.

#### Szanowni Państwo,

Miło mi poinformować, że z dniem 7 kwietnia 2014 r. rozpoczęła się wspierana merytorycznie przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Polskie Towarzystwo Położnych - kampania społeczna „POŁOŻNA NA MEDAL”. Celem Kampanii jest wzrost świadomości położnych nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej i podniesienie standardów pracy w zgodzie z przyjętymi wymaganiami środowiska i oczekiwaniami pacjentów. Cel społeczny: uświadomienie roli położnej, jej kom-

petencji i odpowiedzialności w oparciu o przyjęte standardy pracy jaką na co dzień wykonuje. Oczekiwany wynik: pozytywny wpływ na jakość opieki nad pacjentem i postrzeganie roli położnej przez pacjenta. Czas trwania kampanii - jest spójny z okresem ciąży - 9 miesięcy od 7 kwietnia 2014 r. W tym czasie pacjenci będą mogli zgłasować na wybraną przez siebie położną - każdorazowo uzasadniając swój wybór - zgodnie z przyjętym regulaminem. Kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje Konsultanta

Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położnictwa. 3 najlepsze położne otrzymają medale oraz wartościowe nagrody rzeczowe.

*Z poważaniem  
Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Prezes Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych*

**edukacja**  
pacjenta.pl



**NACZELNA RADA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**Szanowna Pani/Szanowny Panie!**

Położnictwo na przestrzeni ostatnich lat zmieniło swoje oblicze, a wraz z nim zmieniło się społeczne widzenie porodu i opieki okołoporodowej. Odradzająca się idea traktowania ciąży i porodu jako fizjologicznego procesu - wchodząca w program prokreacji ekologicznej - spowodowała konieczność wprowadzenia zmian w systemie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem z uwzględnieniem standardów opieki okołoporodowej. **Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 roku** w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100) nakłada na położną realizację określonych zadań podczas sprawowania opieki nad ciężarną, w tym edukację przedporodową uwzględniającą praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, karmienia piersią, pielęgnowania noworodka i rodzicielstwa.

**Stosowanie standardów przez położną w okresie porodu fizjologicznego obejmuje m.in.:** monitorowanie stanu rodzącej, wsparcie kobiety w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych, niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, pozycji, które uznaje za najwygodniejsze. Umożliwienie dziecku - bezpośrednio po porodzie - nieprzerwany i co najmniej dwugodzinny kontakt z matką „skóra do skóry”. W kolejnych godzinach pomoc

i edukacja w zakresie prawidłowego karmienia piersią oraz tworzenie warunków do prawidłowej laktacji. Takie postępowanie powoduje, że rodząca staje się ważną, a przede wszystkim świadomą całego procesu osobą. W wyniku dokonujących się zmian w opiece okołoporodowej oraz przemiany kulturowej w postzeganiu narodzin, które z wydarzenia medycznego stają się także wydarzeniem rodzinnym, niezbędnym jest zachęcanie rodzących do korzystania podczas porodu ze wsparcia wybranej przez nią bliskiej osoby.

**W opiece nad matką i dzieckiem w środowisku domowym,** położna rodzinna obejmuje opieką i edukacją kobietę pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży i prowadzi edukację do czasu porodu. Po porodzie realizuje nie mniej niż cztery wizyty, podczas których diagnozuje i monitoruje stan zdrowia matki i dziecka wg ustalonych kryteriów, ocenia relacje w rodzinie, wspiera w sytuacjach trudnych. Promuje karmienie piersią i rozwiązuje problemy laktacyjne oraz umacnianie w rodzicielstwie.

**Położna w swojej praktyce** traktuje kobietę oraz jej rodzinę z szacunkiem i na zasadach partnerskich, stara się poznać jej preferencje i potrzeby w zakresie sprawowanej opieki oraz uzyskuje każdorazowo zgodę na wykonanie realizowanych świadczeń medycznych.

Dla uzyskania dobrych relacji z kobietą niezbędna jest **otwartość na współpracę i współdziałanie, empatia, cierpliwość i wyrozumiałość,** które powinny stać się **wyznacznikami przyjaznego położnictwa.** Spokojna i wzbudzająca zaufanie postawa

położnej z pewnością pomoże kobiecie złagodzić lęk i stres związany z ciążą, porodem i położeniem i spowoduje, że narodziny dziecka staną się najważniejszym a zarazem najpiękniejszym wydarzeniem rodzinnym.

Chcielibyśmy podziękować Pani/Panu za **kreowanie nowego wizerunku położnej, za profesjonalną opiekę** i oddanie w tych najważniejszych chwilach życia dla Pani/Pana pacjentów i zaprosić do udziału w Kampanii społecznej Położna na Medal, a dzięki nominacjom Pani/Pana pacjentów, którzy oddadzą swoje głosy na najlepszą ich zdaniem położną - wybierzemy w Konkursie najlepszą położną w Polsce - Położną na medal! **Kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.**

Więcej informacji na stronie:

- [www.pozoznanamedal.pl](http://www.pozoznanamedal.pl)
- [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl)
- [www.akademia-ama.pl](http://www.akademia-ama.pl)

Z poważaniem,  
Bartłomiej Grzywna  
[BDM serwisu edukacja pacjenta.pl](http://BDM.serwisu.edukacja.pacjenta.pl)

Dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus  
Prezes PTPol

Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Prezes NRPIP



W biurze nad niszczarką dokumentów stoi szef i myśli. Obok przechodzi sekretarka-blondynka i pyta:

- Może w czymś pomóc dyrektorze?  
- Owszem. Mam tu ważne dokumenty, ale nie wiem, jak ta maszyna działa.  
- To bardzo proste - mówi blondynka. Włącza niszczarkę i przepuszcza przez nią dokumenty.

- Dziękuję! - cieszy się szef. Proszę zrobić od razu dwie kopie...

\*\*\*

Przychodzi Szkot do sklepu, długo się zastanawia, przelicza drobne, wreszcie, ciężko wzdychając, decyduje się i kupuje czerwone wino. Chowa je za pazuchę i wychodzi. Potyka się i upada, uderzając się prosto w klatkę piersiową. Kiedy wkłada rękę za pazuchę, czuje wilgoć. W myślach:

- O Boże, spraw, żeby to była krew...

\*\*\*

Baca stanął przed sądem.

Sędzia pyta:

- Czy to wy zabiliście swojego sąsiada?  
- Tak  
- A czym zabiliście?  
- Gazetą  
- A co było w tej gazecie?  
- Nie wiem nie czytałem.

\*\*\*

W sklepie zoologicznym klientka pyta:

- Mają państwo sweterki dla psów?  
- Tak, oczywiście mamy  
- To poproszę czerwony  
- Dobrze, ale proszę przyprowadzić psa na przymiarke  
- Nie mogę... to ma być niespodzianka

Okręt podwodny. Młody kuk przychodzi do kapitana:

- Panie kapitanie, musimy się pilnie wynurzyć.  
- O co chodzi?  
- Dziś na obiad pierogi...  
- No i co?  
- Na opakowaniu jest napisane: 'Po wypłynięciu gotować przez 5-7 minut'

\*\*\*

Student zdaje egzamin z elektrotechniki, lecz odpowiedzi studenta są poniżej krytyki. W końcu profesor zły, mówi:

- Dam panu trójkę, jeżeli powie pan ile jest żarówek w tej sali.  
Student zaskoczony szybko policzył i odpowiada:  
- Trzydzieści.  
- Nieprawda - mówi profesor, po czym wyciąga z kieszeni żarówkę.

\*\*\*

Za rok ten sam student podszedł do egzaminu i sytuacja się powtórzyła. Na pytanie profesora o ilość żarówek odpowiedział:

- Trzydzieści jeden.  
Na co profesor z uśmiechem:  
- Nieprawda. Nie mam w kieszeni żarówki.  
- Ale ja mam.

\*\*\*

Mały Jasio wybrał się na mecz. Siedzący obok mężczyzna pyta go:

- Jak tu wszedłeś, synku?  
- Miałem bilet.  
- Sam go kupiłeś?  
- Nie, tata kupił.  
- A gdzie jest tata?  
- W domu, szuka biletu.

Wchodzi facet do gabinetu lekarskiego z rybką i mówi:

- Kicha.  
- Jaka kicha? - pyta lekarz  
- Rybka kicha - odpowiada facet.  
- Ale ja nie zajmuję się zwierzętami.  
Na to facet:  
- Jak to nie? Kolega mówił, że mu pan raka wyleczył.

\*\*\*

Pracownik często spóźniał się do pracy, bo zasypiał. Kierownik zagrozili chłopu zwolnieniem i biedak kupił sobie kilka budzików. Któregoś dnia budzi się rano 8:15 (do pracy na 8). Budziki nawet nie gdaknęły. Przerażony leci do sąsiada - dentysty i mówi:

- Rwij pan 4 zęby z przodu i pomóż pan mi twarz krwią, powiem, że miałem wypadek.

Po zabiegu, pyta dentysty ile się należy, ten mówi 400zł. Gość zdziwiony mówi, że normalnie jest 40zł od sztuki, dentysta na to:

- Tak, ale dzisiaj jest niedziela...

\*\*\*

Poszedłem do kina, a w przednim rzędzie siedział starszy facet z psem. To był rodzaj komedio - dramatu. W miejscach smutnych, pies ocierał oczy z łez, a w wesołych partiach śmiał się do rozpuku. Tak się działo przez cały film. Kiedy seans się skończył, zdecydowałem się podejść i porozmawiać z facetem.

- To najbardziej zdumiewająca rzecz jaką widziałem! - powiedziałem - Wyglądało na to, że pies naprawdę wczuł się w film.

Facet na to:

- No faktycznie. A książka mu się nie podobała.

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

www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.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: Drukarnia Z. Jaskulski, Krosno. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 11 VI 2014 roku.

# 13 maja 2014 roku – Święto w Zakładzie Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigionia w Krośnie

Po raz kolejny spotykaliśmy się w naszej krośnieńskiej Uczelni na uroczystości poświęconej „Symbolice zawodu pielęgniarki” i wręczeniu dyplomów licencjata pielęgniarstwa absolwentom studiów stacjonarnych i niestacjonarnych.

Czas szybko płynie, było to już nasze dwunaste uroczyste świętowanie, które niegdyś zapoczątkowała pani prof. Danuta Zarzycka, pierwszy Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa.

Dzień ten w kalendarzu wydarzeń Uczelni wybrany został nieprzypadkowo, ponieważ 12 maja obchodzony jest Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek. Jest to znamienna data dla wszystkich przedstawicieli tego zawodu, okazja do pochylenia się nad wagą, misją i specyfiką tej pięknej i potrzebnej profesji.

Uroczystość uświetnili swoją obecnością: pan Prezydent Miasta Krosna – Piotr Przytocki, pan Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigionia w Krośnie – prof. dr hab. Grzegorz Przebinda, pani Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie mgr Barbara Błażejowska-Kopiczak, pan Kanclerz mgr Franciszek Tereszkiwicz.

Wśród zaproszonych gości obecni byli: prof. nadz. Danuta Zarzycka, wieloletni Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa naszej Uczelni, Dyrektor Instytutu Gospodarki i Polityki Społecznej pani dr Hanna Kachaniuk, Dyrektor Instytutu Politechnicznego pan dr Dominik Wróbel, Dyrektor Instytutu Humanistycznego pan dr Władysław Chłopiński.

Na uroczystość przybyli również: Prezes Stowarzyszenia „Czyń dobro mimo wszystko” pani Kamila Bogacka, przedstawiciele władz Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II pan Dyrektor dr inż. Piotr Lenik i pani Pielęgniarka Naczelną mgr Dorota Kostrzewa, oraz przedstawicielki środowiska pielęgniarstwa ziem krośnieńskiej i liczne grono wykładowców.

Gościem specjalnym była pani dr n. przyr., mgr pielęgniarstwa Jolanta Górajek-Jóźwik – wieloletni dydaktyk Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Z okazji uroczystości ciepłe słowa skierowali do studentów i absolwentów Prezydent Miasta Krosno Piotr Przytocki, Rektor PWSZ Prof. Grzegorz Przebinda, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek mgr Barbara Błażejowska-Kopiczak, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. Jana Pawła II w Krośnie dr inż. Piotr Lenik.

W czasie uroczystości odbyło się wręczenie dyplomów licencjata pielęgniarstwa absolwentom studiów stacjonarnych i niestacjonarnych poziom C.

Uroczystość wręczenia dyplomów jest uwieńczeniem kilku lat rzetelnej pracy studentów. Wśród absolwentów znalazły się trzy osoby, które ukończyły studia z bardzo dobrym wynikiem i uzyskały dyplom z wyróżnieniem oraz nagrody książkowe.

Zostały przyznane również trzy nagrody za wyróżnioną pracę licencjacką. Fundatorem nagród książkowych była Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz nasza Uczelnia.

Z pośród studentów studiów niestacjonarnych pomostowych – poziom C, także wyłoniono osoby, które otrzymały nagrodę za najlepsze wyniki w nauce.

Zwyczaj uroczystego wręczenia emblematu czepek jest już piękną tradycją w naszej Uczelni, sama zaś tradycja zawodowa jest rozumiana jako wartość godna kultuwowania i stanowi istotną rolę w procesie kształtowania osobowości zawodowej przyszłej pielęgniarki. Symbole pielęgniarstwa ułatwiają komunikowanie się w grupie zawodowej pielęgniarek, a także z innymi grupami zawodowymi i całym społeczeństwem.

Nazwa „czepekowanie” pochodzi od symbolu zawodu pielęgniarki – białego czepek. Symbolami zawodu są także lampka Florencji Nightingale, mundur pielęgniarstwa oraz hymn pielęgniarstwa. Czepek pielęgniarstwa, otrzymany przez studentów jest oznaką przynależności do grupy zawodowej i zobowiązuje do godnego reprezentowania zawodu. Pamiętać należy, że czepek pielęgniarstwa jest także symbolem filozofii pielęgniarstwa, co dobre, ludzkie, piękne i szlachetne.

Studenci II roku kierunku Pielęgniarstwo otrzymali symbole czepek białego z umieszczonym jednym paskiem pionowo na wyłogu, który ma znaczenie informacyjne oraz stanowi stopień wtajemniczenia zawodowego. Po zakończeniu kształcenia i złożeniu egzaminu dyplomowego absolwenci otrzymają zgodnie z tradycją zawodową symbol czepek z jednym poziomym czarnym paskiem na wyłogu.



## Absolwenci kierunku Pielęgniarstwo Uroczystość wręczenia Dyplomu Licencjata Pielęgniarstwa Krosno 13 maj 2014

Studenci złożyli uroczyste przyrzeczenie i odśpiewali hymn pielęgniarski.

Formą wyróżnienia za bardzo dobre wyniki w nauce było wręczenie symbolu czepek w pierwszej kolejności dwunastu najlepszym studentom czego dokonały pani prof. Danuta Zarzycka i pani Dyrektor Instytutu Gospodarki Polityki Społecznej dr Hanna Kachaniuk.

W części historyczno – refleksyjnej uroczystości studentka III roku kierunku pielęgniarstwa pani Katarzyna Bielawska przedstawiła sylwetkę Darii Lawrientiewnej Michajłowej, która w czasie wojny krymskiej na ziemiach wschodnich z wielką ofiarnością i trudem sprawowała opiekę nad rannymi żołnierzami. Obecnie w Rosji zasłużone pielęgniarki otrzymują jako formę wyróżnienia medal Darii Michajłowej.

Zgodnie z przyjętą tradycją w tej części uroczystości przedstawiono także postać prominentnej sylwetki pielęgniarstwa polskiego panią dr n. przyr., mgr pielęgniarstwa Jolanta Górajek-Jóźwik.

Pani dr Jolanta Górajek-Jóźwik jest znana w przestrzeni pielęgniarstwa polskiego jako:

- propagator procesu pielęgnowania jako metody pracy z pacjentem,
- inicjatorka prac nad ICNP – Międzynarodowej Klasyfikacji Pielęgniarskiej w Polsce,
- kierownik Ośrodka Referencyjnego WHO do spraw pielęgniarstwa,
- autorka haseł istotnych dla symboliki zawodu: pielęgniarski czepek, pielęgniarski hymn, pielęgniarski mundur. Symbole pielęgniarstwa zamieszczone są w Przewodniku Encyklopedycznym dla Pielęgniarek,
- wieloletni Kierownik Zakładu Teorii Pielęgnowania (AM Lublin),
- postać autentycznie zaangażowana w rozwój pielęgniarstwa polskiego, uczestnicząca w wielu kursach przygotowujących pielęgniarki do realizacji zadań zawodowych.

Zaproszony gość wygłosił wykład pt. „Moje (niedzisiejsze) zauroczenie pie-

lęgniarsstwem”, który spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem zarówno wśród studentów jak i młodych adeptów pielęgniarstwa. W czasie wystąpienia pani dr Jolanta Górajek-Jóźwik nie kryjąc wzruszenia panującą podniosłą atmosferą w czasie uroczystości, przekazała jako wyraz kontynuacji idei pielęgniarstwa symboliczną broszkę pani Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa dr Renacie Rabiasz, na której znajduje się napis „No Nurse No future”.

Symboliczne gesty wdzięczności i uznania za wkład poczyniony dla pielęgniarstwa polskiego na ręce zacnego gościa złożyły także pani prof. Danuta Zarzycka oraz pani dr Hanna Kachaniuk.

Uroczystość była prowadzona przez panią Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa dr Renatę Rabiasz.

Na zakończenie były kwiaty, podziękowania i pamiątkowe zdjęcia.

*dr Renata Rabiasz  
mgr Agnieszka Kijowska*





**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Pigońa  
Zaproszeni goście i kadra Zakładu Pielęgniarstwa  
Krosno 13 maj 2014**



**Studenci II roku kierunku Pielęgniarstwo  
Uroczystość Symboliki Zawodu Pielęgniarki  
Krosno 13 maj 2014**



**Dr n. przyr. mgr pielęgniarstwa Jolanta Górajek - Jóźwik**