

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

KOMUNIKAT DOIPiP we Wrocławiu W SPRAWIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO



Przypominamy, że udział w każdej formie kształcenia podyplomowego musi być potwierdzony w SMK - aby uczestniczyć w kształceniu podyplomowym zgodnie z wymogami prawa, każdy uczestnik musi zapisać się w Systemie Monitorowania Kształcenia.

Ponadto informujemy, że na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023r. w sprawie odwołania w Polsce stanu zagrożenia epidemiologicznego,
KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE NIE MOŻE ODBYWAĆ SIĘ W FORMIE ONLINE
(Dz. U. z 16.06.2023r poz. 1118)



W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY

Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Urszula Olechowska, Danuta Musioł,
Dorota Pietrzak, Jolanta Kolańska, Beata Łabowicz,
Beata Dąbrowska, Sylwia Durlej, Teresa Szerszeń.

Redakcja techniczna, skład, korekta i przygotowanie
do druku – emildruk.pl

*Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca,
w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo
skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistycz-
no-językowych.*

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy
nadsyłać na adres redakcji:

Dolnośląska Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel: 71 373 20 56, e-mail: info@doipip.wroc.pl

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY
W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:

**Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!**

Numer zamknięto 12.10.2023 r.
Do druku przygotowano 12.10.2023 r.

Nakład 2000 egzemplarzy
Druk ABIS

*Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków
Samorządu Pielęgniarek i Położnych.*

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na
stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu

ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, fax 71 373 20 56

e-mail: info@doipip.wroc.pl

www.doipip.wroc.pl

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP

na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Bank PEKAO SA O/Wrocław

Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

GODZINY PRACY BIURA DOIPiP we Wrocławiu

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16

wtorek: 8-17, piątek 8-15

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel. 71 333 57 08

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16

wtorek: 8-17, piątek 8-15

e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław

Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

GODZINY PRACY KASY

poniedziałek, środa: 10-16; wtorek, czwartek: 8-13

piątek: NIECZYNNA

tel. 71 333 57 14

GODZINY PRACY BIBLIOTEKI

poniedziałek: 8-10, czwartek: 13-16, piątek: 9-14

tel. 71 333 57 14

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02

**Informacja o dyżurach pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP**

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

tel. 71 333 57 02

**Informacja o dyżurach pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP**

RADCA PRAWNY – Marcin Dziński

poniedziałek: 12.00-16.00, środa: 12.00-16.00

tel. 785 930 294

e-mail: radcaprawny@doipip.wroc.pl

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4

Nr konta: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**

tel. 71 333 57 02

*Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej moż-
na uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie
lub osobiście. KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.*

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
T: 261 660 207, 608 309 310
E: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl

► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarostawa Iwaskiewicza 5, 59-220 Legnica
T: 76 72 11 401, 661 999 104
E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Uniwersytet Medyczny,
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatrycznego
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 500 141 941
E: iwona.pilarczykwrablewska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO OD 01.10.2022 R.

– Dr n. med. Monika Przeszłaska
Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa
Ginekologiczno-Położniczego
ul. Bartla 5, 50-996 Wrocław
T: 71 784 18 24, 608 509 727
E: mprezszaska.konsultantd@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PRZEWEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
T: 71 722 29 48, 603 852 669
E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

► PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
E: e.garwacka@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

– dr n. o zdr. Jerzy Twardak
Uniwersytet Medyczny
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław
T: 668 193 147
E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. Wiesław Zielonka
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
T: 502 676 039
E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ

– mgr Anna Szachowska
Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.,
ul. Poświęcka 8, 51-128 Wrocław,
T: 793 386 502
E: anna.szachowska@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr Dorota Kaczor
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o.
ul. J.Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra
T: 606 226 655
E: kador@wp.pl

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Sekretariat	71 333 57 02	Kasa	71 333 57 14
Sekretariat (fax)	71 373 20 56	Biblioteka	71 333 57 14
Dyrektor biura	71 333 57 00	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca	71 333 57 03	Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 10	Okręgowy Sąd	
Sekretarz	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Skarbnik	71 333 57 05	Dział Kształcenia	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł. 71 333 57 09/71 333 57 11		Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Praktyki zawodowe	71 333 57 07	Księgowość Działu Kształcenia	71 333 57 14
Księgowość	71 333 57 06	Radca Prawny	785 930 294

Szanowni Państwo,
Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

przypomina swoim członkom o ich **UPRAWNIENIACH** w tym zwłaszcza:

1 Członkowie samorządu mają prawo:

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPIP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych świadczeń Izby i działalności samopomocowej.

2 Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom zgodnie z obowiązującymi regulaminami:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, dokształcające oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno - edukacyjnych,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- **refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,**
- **pomoc finansową w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak: choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,**
- **pomoc finansową na rehabilitację medyczną,**
- **pomoc finansową w związku z urodzeniem (przysposobieniem) dziecka,**
- **podarunek emerytalny w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.**

3 Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom również:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA,
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport.,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położnych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka”,
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby : www.doipip.wroc.pl oraz newsletteru,
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzystania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego form kształcenia podyplomowego (informacje dostępne : na www.doipip.wroc.pl w zakładce pomoc finansowa).

W NUMERZE:

- | | | |
|--|--|--|
| 4 Pismo NIPiP w sprawie norm zatrudnienia | 8 Jubileusz XXX lecia pogotowia ratunkowego w Legnicy | 18 Skrining mammograficzny jako jedna z form walki z rakiem piersi |
| 4 Stanowisko nr 1 prezydium NRPiP | 9 Prezentacja kół PTP | 21 Ruszył nabór wniosków do nowej edycji Marszałkowskiego Programu Stypendialnego dla studentów kierunków medycznych. |
| 4 Pismo NRPiP 21.09.2023r
Studia pomostowe dla obcokrajowców | 10 Opieka pielęgniarska nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu | 22 Żywnienie dzieci w wieku przedszkolnym |
| 5 Stanowisko nr 2 NRPiP | 12 Opieka pielęgniarska nad pacjentem w późnej fazie udaru niedokrwiennego mózgu | 24 Zaczepki etyczne |
| 6 Opinia konsultanta w dziedzinie piel. chirurgicznego i operacyjnego asystowanie do zabiegów | 15 Odwiedzając Muzeum Pielęgniarstwa w Londynie. Wrażenia absolwentki studiów pielęgniarstwa II stopnia | 25 Ogłoszenia |
| 7 Dyżury jednoosobowe | 17 Ministerstwo Zdrowia realizuje program wsparcia psychologicznego kadry medycznej oraz studentów kierunków medycznych | 27 Pamięć i serce |

PISMO NIPIP W SPRAWIE NORM ZATRUDNIENIA

Prezes NRPIP - Mariola Łodzińska

Szanowna Pani Minister,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przesyłam Stanowisko m I Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 29 sierpnia 2023 r. w sprawie obowiązku stosowania przez świadczeniodawców minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz

stanowczego sprzeciwu wobec stosowania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec faktu nierespektowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położ-

nych. Oczekujemy na pilne opracowanie i wdrożenie do realizacji norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nie objętych regulacjami prawnymi, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychiatrycznej.

STANOWISKO NR 1 PREZYDIUM NRPIP Z DNIA 29 SIERPNI 2023 ROKU W SPRAWIE OBOWIĄZKU STOSOWANIA PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW MINIMALNYCH NORM ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ORAZ STANOWCZEGO SPRZECIWU WOBEC ŚTOSOWANIA JEDNOOSOBOWYCH OBSAD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NA DYŻURACH W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Prezes NRPIP - Mariola Łodzińska
Sekretarz NRPIP - Kamilla Gólcz

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec faktu nierespektowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2023 poz. 870 ze zm.) w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej.

Samorząd zawodowy sprawując pieczę nad należytym wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej, w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony stoi na stanowisku, że przestrzeganie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych jest niezbędne aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Stanowi również o bezpiecznym wykonywaniu zawodów pielęgniarki

i położnej. Jednocześnie stanowczo sprzeciwiamy się jednoosobowym obsadom pielęgniarskim. Takie postępowanie narusza przepisy dotyczące ergonomii i czasu pracy, zawarte w Kodeksie Pracy w art. 134 I i 2 prawo do przerwy w pracy.

Odpowiednia liczebność kadr jest jednym z kluczowych czynników, który w ogromnym stopniu wpływa na wynik procesu leczenia. Celem wprowadzenia wskaźnikowych norm zatrudnienia było zapewnienie co najmniej minimalnej liczby pielęgniarek i położnych niezbędnych do prowadzenia tego procesu.

Nieprzestrzeżenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zwiększa ryzyko zdarzeń niepożądanych, w tym wydłużenie hospitalizacji, zwiększenie liczby zakażeń, upadków, powikłań, zgonów pacjentów. To pacjent jest podmiotem

i najważniejszym ogniwem systemu opieki zdrowotnej.

Nadmierne obciążenie pielęgniarki i położnej obowiązkami prowadzi do pogorszenia stanu jej zdrowia.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych to bezpieczeństwo pacjentów i samych pielęgniarek i położnych. Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę i położną przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy.

Oczekujemy jednocześnie na pilne opracowanie i wdrożenie do realizacji norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nie objętych regulacjami prawnymi, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychiatrycznej.

PISMO NRPIP 21.09.2023R STUDIA POMOSTOWE DLA OBCOKRAJOWCÓW

Wiceprezes NRPIP - dr n. med. Andrzej Tytuła

Szanowna Pani Przewodnicząca

W związku z otrzymanym pismem z dnia 14 września 2023 r. (znak: DO-IPiP/3007/09/2023) uprzejmie informuję, iż NRPIP pierwotnie stała na stanowisku, że

studia pomostowe przeznaczone są wyłącznie dla pielęgniarek, które uzyskały dyplom w którymś z rodzajów szkół pielęgniarskich funkcjonujących w Polsce w poprzednim systemie kształcenia (art. 52 ust. 3 pkt 2

ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej -szczegółowo wymienionych w § 1 ust. 1 rozporządzenia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położ-

nych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształtującą w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2012, poz. 770). W konsekwencji NRPiP pierwotnie uważała, iż kwalifikowanie do odbywania studiów pomostowych pielęgniarek, które nie posiadają ukończonej szczególnej szkoły pielęgniarskiej w Polsce wskazanej zarówno w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej i ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia a więc liceum medycznego lub szkoły policealnej albo szkoły pomaturalnej, kształtującej w zawodzie pielęgniarki, było postępowaniem sprzecznym z literalną wykładnią zarówno przepisów ww. ustawy jak i rozporządzenia z dnia 14 czerwca 2012 r. Wadliwość ta wg pierwotnego stanowiska NRPiP nie pozwalała na przyjęcie, że dyplom ukończenia takich studiów został wydany zgodnie z przepisami prawa. W konsekwencji wg pierwotnego stanowiska NRPiP cudzoziemcy, którzy ukończyli takie studia w Polsce nie spełniali kluczowej przesłanki przyznania im jako cudzoziemcom prawa wykonywania zawodu pielęgniarki w postaci legitymowania się stosownym dyplomem. Zdaniem NRPiP nie mógł być za taki uznany dyplom ukończenia tzw. studiów pomostowych wobec nie ukończenia uprzednio przez cudzoziemca jednej z polskich szkół pielęgniarskich funkcjonującej w poprzednim systemie kształcenia, o których mowa w art. 52 ust. 3 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Powyższe stanowisko NRPiP nie-stety zostało jednak zakwestionowane prawomocnymi wyrokami sądów administracyjnych (np. wyrok NSA z dnia 17 lutego 2021 r. (sygn. akt. II OSK 799/20 LEX nr

3144698). Zostały bowiem wydane prawomocne wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego, które skutkują koniecznością przyjęcia, iż organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych nie mają podstaw prawnych, aby kwestionować uzyskany przez cudzoziemca dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo, o których mowa art. 52 ust. 3 pkt 2 ustawy o zawodach (dyplom ukończenia tzw. studiów pomostowych). Organ samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych nie-stety nie mogą również dokonywać oceny prawdziwości przyjęcia ww. osób na studia pielęgniarskie.

Niemniej jednak należy wskazać, iż dla osób posiadających zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej został wprowadzony nowy przepis prawny tj. art. 55a ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2022r. poz. 2702 ze zm.). Przepis ten stanowi, iż studia, o których mowa w art. 52 ust. 2 pkt I i art. 53 ust. 2 pkt I ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, są prowadzone w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej dla pielęgniarki lub położnej posiadającej zgodę, o której mowa w art. 35a, która uzyskała kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej. Ponadto w myśl tego przepisu minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki prowadzenia studiów dla pielęgniarki lub położnej posiadającej zgodę, o której mowa w art. 35a, która uzyskała kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej,

mając na uwadze konieczność zapewnienia wyrównania poziomów kwalifikacyjnych do wymogów unijnych.

Powyższy przepis oznacza, iż pielęgniarka lub położna posiadająca zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej, o której mowa w art. 35a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej będzie mogła odbywać studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej. Warunki prowadzenia tych studiów dla ww. osób zostaną określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z uwzględnieniem zapewnienia wyrównania poziomów kwalifikacyjnych do wymogów unijnych.

Tym samym w ocenie NRPiP należałoby informować osobę ze zgodą MZ na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej, iż będzie mogła w przyszłości podjąć kształcenie na skróconych studiach I stopnia (licencjat) przeznaczonych wyłącznie dla pielęgniarek lub położnych posiadających zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie zawodu. Na ten moment nie jest jeszcze określony przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia program takich studiów i studia te nie są jeszcze prowadzone przez uczelnie wyższe. Zatem aktualnie te osoby nie mogą jeszcze przystąpić do tego skróconego kształcenia, ale w przyszłości (po wejściu w życie rozporządzenia MZ i podjęciu kształcenia przez uczelnie wyższe w tym trybie) będzie to możliwe. Będzie to kształcenie dedykowane wyłącznie dla ww. osób, więc uzasadnione jest ich zachęcanie do podjęcia w przyszłości właśnie takiego kształcenia.

STANOWISKO NR 2 NRPIP

Z DNIA 20 WRZEŚNIA 2023 R.

W SPRAWIE ZMIAN PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH SAMORZĄDÓW ZAWODOWYCH ARCHITEKTÓW I INŻYNIERÓW BUDOWNICTWA, ZAWARTYCH W PROJEKCIE USTAWY O OGRANICZENIU BIUROKRACJI I BARIER PRAWNYCH

Prezes NRPiP - Mariola Łodzińska
Sekretarz NRPiP - Kamilla Gólcz

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża duże zaniepokojenie oraz sprzeciw przeciwko proponowanym zmianom w ustawie z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów oraz inżynierów budownictwa, wprowadzanych przepisami art. 15 projektu ustawy o ograniczeniu biurokracji i barier prawnych (dalej: „ustawa”).

Powyższe normy prawne komisyjnego projektu ustawy zawierają zmiany w zasadach funkcjonowania samorządu

zawodowego architektów oraz samorządu zawodowego inżynierów budownictwa sprowadzające się do możliwości funkcjonowania obok samorządów zawodowych nieokreślonych organizacji zawodowych, które miałyby istnieć równoległe do samorządów zawodowych oraz wykonywać zadania ustawowe powyższych samorządów. Projekt ustawy zakłada, że osoby wykonujące zawody architekta oraz inżyniera budownictwa mogłyby dowolnie wybierać swoją przynależność do samorządu zawo-

dowego lub ww. nieokreślonych organizacji zawodowych, co więcej członkostwa w którejkolwiek formie zrzeszania uprawniałoby do wykonywania zawodu.

Funkcjonowanie samorządów zawodowych zawodów zaufania publicznego stanowi realizację konstytucyjnej zasady powierzenia tym organizacjom sprawowania pieczy nad wykonywaniem powyższych zawodów.

Prawnym i faktycznym celem samorządów zawodowych zawodów zaufania

publicznego jest należyte wykonywanie zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Samorządy te od wielu lat wypracowały i nadal wdrażają najlepszą drogę do realizacji zadań publicznych przekazanych przez administrację państwową. Projektowane ustawą rozwiązanie stworzenia niejako symetrycznych, bliżej nieokreślonych organizacji realizujących te zadania celuje w rozbicie jedności danego samorządu zawodowego zrzeszającego osoby wykonujące dany zawód, co spowoduje brak możliwości sprawnego realizowania zadań przewidzianych ustawą, rozbicie jedności

zawodowej oraz utratę wypracowanych przez lata kierunków działań samorządu.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jako organ samorządu zawodowego zawodów zaufania publicznego mającego ponad trzydziestoletnie doświadczenie w działaniu na rzecz przedstawicieli zawodów pielęgniarstwa i położnictwa z tej perspektywy zadania, które zostały już zrealizowane przez nasz samorząd, ale i kierunki działań, które zostały wypracowane przez nasze środowisko do realizacji w przyszłości, w ramach realizacji obowiązków ustawowych samorządu.

Projektowany podział i rozbicie

zadań samorządowych jest niezrozumiałe a zakładane w uzasadnieniu projektu ustawy argumenty przeczą dobrze rozumianym interesom zawodowym osób zrzeszonych w samorządach zawodowych zaufania publicznego.

Z tego punktu widzenia postrzegamy projektowane ustawą zmiany ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów oraz inżynierów budownictwa jako niecelowe, szkodliwe i zagrażające ustrojowemu charakterowi samorządów zawodowych przewidzianych art. 17 Konstytucji RP.

OPINIA KONSULTANTA W DZIEDZINIE PIEL. CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO ASYSTOWANIE DO ZABIEGÓW

**Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego
dr n. med. Regina Sierżantowicz**

Szanowna Pani Magister

W odpowiedzi na skierowane w piśmie zapytanie (data wpływu 21.08.2023 r.) przekazuję swoją odpowiedź:

Pielęgniarstwo operacyjne to specyficzna dziedzina. Realizowane na tym stanowisku zadania są różnorodne i wymagają posiadania gruntownej wiedzy i umiejętności praktycznych.

Uprawnienia do wykonywania zadań pielęgniarki operacyjnej

Dokonując analizy programów kształcenia na kierunku PIELĘGNIARSTWO, należy stwierdzić, że nie zawierają one treści z obszaru pielęgniarstwa operacyjnego, dlatego do samodzielnego udzielania świadczeń, poza doświadczeniem zawodowym na tym stanowisku, niezbędne staje się ukończenie właściwej formy kształcenia podyplomowego, tj.:

- kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, którego celem jest przygotowanie do samodzielnego wykonywania zadań zawodowych w bloku operacyjnym w zakresie instrumentowania do zabiegów operacyjnych w chirurgii ogólnej, chirurgii jednego dnia, chirurgii noworodka i niemowlęcia, chirurgii ortopedycznej i traumatologicznej z podstawami neurochirurgii oraz w ginekologii operacyjnej i położnictwie (minimum, które powinna posiadać każda pielęgniarka operacyjna)

- szkolenia specjalizacyjnego, przygotowującego do uzyskania specjalistycznych kwalifikacji zawodowych w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, do pełnienia roli lidera i prowadzenia kształcenia zawodowego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz wdrażania do praktyki zawodowej zmian potwierdzonych badaniami naukowymi.



Oczywiście niezbędne jest także nabycie doświadczenia zawodowego w toku adaptacji zawodowej, poprzez przeszkolenie do pracy według wewnątrzszkolnego systemu szkolenia.

Nowi pracownicy bloku operacyjnego, mogą rozpocząć pracę pod okiem opiekuna, mającego wiedzę i doświadczenie z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego (pożądanym opiekunem procesu adaptacji jest pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego), z tym, że nie zwalnia ich to z uzyskania formalnych uprawnień, o których wspominałam powyżej.

„... Nowy pracownik powinien rozpocząć naukę celem zdobycia formalnych uprawnień w terminie do 1 roku od momentu podjęcia pracy w bloku operacyjnym, zaś pracodawca powinien mu umożliwić udział w kursie kwalifikacyjnym/specjalizacji,„

Mając na uwadze powyższe, pielęgniarka bez przygotowania specjalistycznego, czyli nie posiadająca ukończonego co najmniej kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, nie ma uprawnień do samodzielnej asysty pielęgniarstwa do zabiegów operacyjnych, w tym również do cesarskiego cięcia.

DYŻURY JEDNOOSOBOWE

PROSZĘ W IMIENIU REGIONU DOLNOŚLĄSKIEGO OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH O PRZYJĘCIE PONIŻSZYCH INFORMACJI I ZALECIEŃ SCHEMATU POSTĘPOWANIA OPRACOWANEGO PRZY WSPÓŁPRACY Z PRAWNIKIEM.

W imieniu Zarządu Regionu Dolnośląskiego OZZPiP
Przewodnicząca - mgr Anna Staniuk

1. Nie dopuszcza się pełnienia dyżurów jednoosobowych – zagraża to zdrowiu i życiu pacjentów oraz dyżurującej pielęgniarki (w przypadku zastąpienia pielęgniarki czy innej sytuacji nagłej pacjenci pozostają bez opieki). Brak możliwości opuszczenia danego miejsca przez pielęgniarkę przez wiele godzin jest postępowaniem niehumanitarnym (brak możliwości przyjęcia posiłku, napojów, skorzystania z toalety).

W konsekwencji, dyżury jednoosobowe stanowią przejaw naruszenia zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ale co najistotniejsze: zagrażają życiu pacjentów.

2. Raport pielęgniarski stanowi dokumentację medyczną oraz musi zawierać oprócz podstawowych danych także wpis o sytuacjach, które pielęgniarka uzna za istotne, to znaczy między innymi o nieprawidłowej obsadzie dyżuru.

Uwaga!: w razie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności pielęgniarki (karnej, cywilnej, dyscyplinarnej) wszczętego na skutek błędów organizacyjnych, błędów

w sztuce, deliktów, roszczeń czy skarg pacjentów, raport pielęgniarski stanowi dowód w sprawie i może okazać się pomocny w obronie praw i interesów pielęgniarki (w szczególności, jeżeli zawiera właściwe zapisy).

3. W przypadku zorganizowania przez pracodawcę procesu pracy w taki sposób, że dyżury uwzględniają obsadę jednoosobową, przyjmujemy następujący schemat działania:

- a. w treści raportu wpisujemy: *„Oświadczam, że w dniu..... w godzinach..... pełnię dyżur jednoosobowy, co jest niezgodne z moją wolą i przekonaniem – jednakże stanowi element procesu organizacji pracy pracodawcy (a w konsekwencji ja wykonuję obowiązki na jego polecenie). Oświadczam, że o zaistniałej nieprawidłowości poinformuję / poinformowałam bezpośrednio przełożonych”*
- b. jeśli nie wykonano wszystkich zadań lub doszło do zdarzenia niepożądanego również wpisujemy w treść raportu pielęgniarskiego oraz składamy oświadczenie opisując szczegółowo

- c. zaistniałą sytuację wraz z przyczyną, informację niezwłocznie przekazujemy oddziałowej (w miarę możliwości odbieramy pisemne poświadczenie, że informacja została przekazana; może być to sporządzone na osobnej kartce:

„Informuję Panią....., że w dniu..... w godzinach..... pełnię/-łam dyżur jednoosobowy, co jest niezgodne z moją wolą i przekonaniem – jednakże stanowi element procesu organizacji pracy pracodawcy. Uważam, że sytuacja taka może zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów, a także stanowi przejaw naruszenia zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Proszę o przekazanie tej informacji Pielęgniarsce Naczelnej”

-> prosimy, aby oddziałowa podpisała przyjęcie takiego oświadczenia imieniem i nazwiskiem. Uwaga: pozostawiamy sobie kopię lub zdjęcie oświadczenia.

- d. Oddziałowa przekazuje oświadczenie Pielęgniarsce Naczelnej, a Pielęgniarka Naczelna przekazuje informacje do władz jednostki.

4. Każdorazowo osoba, która „przekazuje” oświadczenie powinna zadbać o pokwitowanie jego przyjęcia.

PISMO

SKIEROWANE DO DYREKTORÓW SZPITALI I KADRY KIEROWNICZEJ W SPRAWIE JEDNOOSOBOWYCH DYŻURÓW PIELEŃNIARSKICH I POŁOŻNICZYCH.

Przewodnicząca DORPiP - mgr Anna Szafran

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Wrocławiu, działając stosownie do uprawnień wynikających z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2021 r. Poz. 628), reprezentując osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawując pieczęć nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, a także mając ustawowe uprawnienia do zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, w związku z licznymi sygnałami, iż w wielu placówkach ochrony zdrowia dopuszcza się jednoosobowe dyżury pielęgniarek, wyrażamy zdecydowany sprzeciw przeciw tego typu praktykom.

Niedopuszczalność jednoosobowych dyżurów wynika po pierwsze z tego, iż stanowi to realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Jedna pielęgniarka nie będzie często mogła interweniować w czasie właściwej reakcji na potrzeby pacjenta; nie dotrze do wszystkich potrzebujących w odpowiednim czasie.

Po drugie, pielęgniarka będąca sama na dyżurze działa pod ogromną presją; ryzyko wystąpienia błędu medycznego jest o wiele większe, niż w sytuacji, gdy na dyżurze pielęgniarki pracują w zespołach; brak jest możliwości merytorycznego wsparcia.

Po trzecie, jakość pracy pielęgniarki dyżurującej samodzielnie jest dużo mniejsza, niż pracującej w analogicznym czasie, w zespole. Taka pielęgniarka często

ma problem, żeby znaleźć przerwę na posiłek, chwilę odpocząć, czy najzwyczajniej skorzystać z toalety.

Mając na uwadze powyższe argumenty, wnosimy o zaprzestanie w Państwach jednostkach jednoosobowych dyżurów pielęgniarskich. Informujemy, iż pielęgniarki będą wpisywały w raportach pielęgniarskich krytyczne uwagi dotyczące ich pracy na jednoosobowych dyżurach; braku bezpieczeństwa w tym zakresie.

Konkluzją powyższego stanowiska niech będzie pytanie - retoryczne w swej istocie - kto z Państwa, w razie pobytu w szpitalu, chciałby przebywać w oddziale, gdzie dyżur pełni tylko jedna pielęgniarka?

JUBILEUSZ XXX LECIA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W LEGNICY

dr n.o zdr. Wiesław Zielonka

W dniu 08 września 2023 roku w Legnicy odbyła się uroczystość z okazji Obchodów 30-lecia Pogotowia Ratunkowego w Legnicy. Patronat honorowy nad uroczystością objęli: Minister Zdrowia, Wojewoda Dolnośląski, Marszałek Województwa Dolnośląskiego, Prezydent Miasta Legnicy oraz Starosta Legnicki.

Wśród zaproszonych gości w uroczystości wzięli udział parlamentarzyści, przedstawiciele Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, przedstawiciele samorządów miast, powiatów i gmin na których terenach prowadzi działalność Pogotowia Ratunkowe w Legnicy, pracownicy i emeryci pogotowia, a także przedstawiciele służb mundurowych, przedstawiciele samorządów, zakładów pracy i instytucji

z którymi przez ostanie 30 lat pogotowie współpracowało i którzy wspomagali działalność poprzez wsparcie finansowe, rzeczowe i inne.

Na początku uroczystości Pani Dyrektor Pogotowia Ratunkowego Joanna Bronowicka powitała wszystkich zaproszonych gości. Zostały również odczytane listy gratulacyjne od osób które nie mogły uczestniczyć w uroczystościach tj. od Pani Marszałek Sejmu Elżbiety Witek, Pani Minister Zdrowia Katarzyny Sójki, Senator RP Doroty Chudowskiej. Na ręce Pani Dyrektor wpłynęły również w formie pisemnej gratulacje od różnych instytucji, zakładów pracy (listy te zostały umieszczone na stronie internetowej Pogotowia).

Następnie została przedstawiona działalność pogotowia od chwili jego po-

wotania do dnia, w którym odbywała się uroczystość.

Podniosłą chwilą uroczystości było wręczenie Odznak honorowych „Za zasługi dla ochrony zdrowia”, przyznane przez Pana Ministra Zdrowia dla 16 naszych pracowników. Uroczystego wręczenia dokonali przedstawiciele Dolnośląskiego Urzędu Marszałkowskiego oraz Pani Dyrektor Joanna Bronowicka wraz z z-cą Dyrektora ds. Medycznych lek. Markiem Górczyńskim.

Po wręczeniu odznak głos zabrała Pani Poseł PR Ewa Szymańska jak i przedstawiciele urzędów, samorządów oraz instytucji.

Całą uroczystość uświetnił występ uczniów Zespołu Szkół Muzycznych w Legnicy.



PREZENTACJA KÓŁ PTP

KOŁO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO PRZY MIEDZIOWYM CENTRUM ZDROWIA W LUBINIE

Ewa Wojtaś, Katarzyna Łokaj, Maria Fuławka

Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Miedziowym Centrum Zdrowia (MCZ) w Lubinie powstało w 1976 r. i od 47 lat nieprzerwanie działa nadal. Utworzono je z inicjatywy ówczesnej Pielęgniarki Naczelnej Elżbiety Uciechowskiej-Widuch oraz pielęgniarek: Marii Łuczak, Jadwigi Mandrak, Krystyny Adamczak, Wandy Łuczak, Bogusławy Spychalskiej. Siedzibą Koła stał się Górniczo-Hutniczy Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lubinie. Determinacja założycieli, członków Koła oraz kolejnych Zarządów, ale także pracodawcy, pozwoliły na wspomniane 47 lat działalności. Na przestrzeni tych lat członkinie Koła organizowały różne aktywności i braty udział w wielu inicjatywach: konferencjach, szkoleniach, zjazdach, czy przez kolejne lata w Turnieju Młodych Mistrzów Zawodu o Złoty Czepek Pielęgniarski. Pielęgniarki zrzeszone w Kole PTP w kolejnych latach działalności wybierały Zarządy Koła oraz delegatów do wyboru władz Zarządu Okręgu i Zarządu Głównego w Warszawie i nieprzerwanie pracowały na rzecz zawodu i pielęgniarek.



Od lewej: Ewa Wojtaś, Katarzyna Łokaj, Maria Fuławka

We wrześniu 2017 roku z uwagi na likwidację Koła w Złotoryi, będącego również siedzibą Zarządu Oddziału, Koło w Lubinie uzyskało status Oddziału. W ramach współpracy przyjęto chętnie pielęgniarki ze zlikwidowanych Kół w Złotoryi i Lubińskiego Regionalnego Centrum Zdrowia. Jednak zmiany zachodzące na pielęgniarskim rynku pracy – zmiany w formach zatrudnienia, odpływ pielęgniarek nabywających prawa emerytalne itp. - spowodowały, że 13 grudnia 2018 r. podjęto decyzję o likwidacji Zarządu Oddziału w Lubinie i podjęciu działalności jako Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Miedziowym Centrum Zdrowia S.A w Lubinie. Obecnie Koło liczy 50 członków, a jego działalność jest możliwa dzięki włączeniu go w strukturę Oddziału we Wrocławiu. Jest dla nas bardzo istotne, że koleżanki z Wrocławia przyjęły nas bardzo serdecznie



Pierwszy rząd: pierwsza od prawej Bogusława Spychalska, trzecia od prawej Iwona Pizoń.
Drugi rząd (osoby stojące) od prawej: Urszula Buczek, Alina Bondarenko, Maria Fuławka, Elżbieta Uciechowska-Widuch oraz pierwsza od lewej: Jolanta Markowicz; trzecia od lewej: Bernadeta Bekiszczuk.

i zawsze służą pomocą. W tegorocznych wyborach do Zarządu Oddziału we Wrocławiu koleżanki Maria Fuławka, Ewa Wojtaś i Bożena Lewandowska zostały wybrane w skład Zarządu Oddziału.

Obecny Zarząd Koła przy Miedziowym Centrum Zdrowia w Lubinie funkcjonuje od 17 stycznia 2020 roku, a w jego skład wchodzi:

Przewodnicząca: Maria Fuławka

Skarbnik: Katarzyna Łokaj

Sekretarz: Ewa Wojtaś

Komisja Rewizyjna: Joanna Książek – przewodnicząca oraz Maria Łuczak – członek

Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy MCZ w Lubinie było organizatorem wielu spotkań, których celem było podkreślanie charakteru naukowego organizacji oraz zachęcanie pielęgniarek do działalności szkoleniowej i naukowej. Spotkania uświetniały wykłady dotyczące aspektów prawnych wykonywania zawodu, etyki zawodowej oraz organizacji pracy pielęgniarek, szczególnie w aspekcie nowych form organizacji pracy oraz realizacji usług medycznych. Pielęgniarki braty udział rów-

nież w konferencjach organizowanych przez Zarząd Oddziału. Dnia 4 listopada 2016 r. obchodziliśmy jubileusz 40-lecia Koła. Z inicjatywy Przewodniczącej Marii Fuławki i Naczelnej Pielęgniarki mgr Marzeny Łokietko zorganizowaliśmy Konferencję Szkoleniowo-Naukową pod patronatem Prezesa MCZ S.A. w Lubinie. Impreza została uświetniona wykładami wielu autorytetów w dziedzinie pielęgniarstwa, a program zawierał między innymi kwestie jakości w opiece pielęgniarskiej oraz wpływ jakości na bezpieczeństwo w realizacji usług medycznych.

Obecnie Zarząd Koła ściśle współpracuje z władzami Zarządu Oddziału we Wrocławiu, Przewodnicząca Elżbieta Garwacka-Czachor oraz zastępczyni Teresa Fichtner-Jeruzel zawsze chętnie wspierają nas swoim doświadczeniem i radą. Aktualnie - naszym zdaniem - najważniejszym zadaniem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego jest pozyskanie do współpracy młodszego pokolenia pielęgniarek, które będą kontynuowały prace na rzecz rozwoju naszego zawodu, w szczególności zwrócić uwagę na rozwój badań naukowych w pielęgniarstwie.



Od lewej: Maria Łuczak i Maria Fuławka

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU

lic. piel. Klaudia Gajda - absolwentka kierunku pielęgniarstwo, studia pierwszego stopnia; PWSZ w Głogowie
dr n. med. Edyta Kędra - adiunkt, Instytut Medyczny, PANS w Głogowie

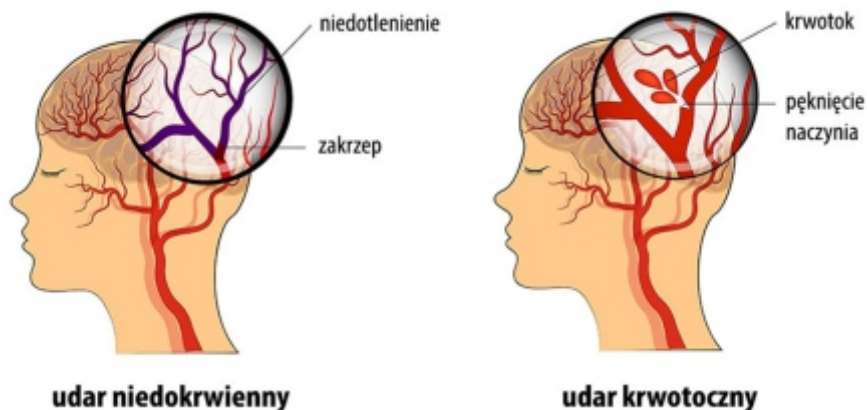
Udar mózgu jest zespołem klinicznym charakteryzującym się nagłym ogniskowym lub globalnym zaburzeniem czynności mózgu. Jego objawy utrzymują się powyżej 24 godzin i mają przyczynę naczyniową. Definicja nie obejmuje epizodu ogniskowego deficytu neurologicznego trwającego krócej niż jedną dobę, który jest określany jako przemijający napad niedokrwienny (TIA).

Wyróżnia się dwa typy udaru mózgu: krwotoczny (stanowiący 10-15% wszystkich zachorowań udarowych) i niedokrwienny (stanowi 85%-90% wszystkich zachorowań udarowych). Ryzyko zachorowania na udar w ciągu całego życia u mężczyzn wynosi 25%, a u kobiet 20%. Zapadalność i chorobowość rosną wraz z wiekiem.

Niedokrwienny udar mózgu spowodowany jest zmniejszeniem lub zamknięciem jednej z tętnic domózgowych lub mózgowych. Natomiast krwotoczny udar mózgu charakteryzuje się pęknięciem ściany naczynia krwionośnego i wynaczieniem się krwi poza jego światło.

Udar mózgu uznawany jest za chorobę społeczną, która stanowi drugą co do częstości występowania przyczynę zgonu na świecie i jest główną przyczyną nabytej niepełnosprawności u osób dorosłych.

Najczęstsze objawy udaru niedokrwiennego mózgu to: niedowład (najczęściej połowiczny, dotyczy kończyny górnej i dolnej po jednej stronie ciała lub ośrodkowego niedowładu mięśni twarzy z niedowładem kończyny górnej - odwrotnie do ogniska uszkodzenia), obustronny niedowład połowiczny (występuje w następstwie pojedynczego udaru w obrębie pnia mózgu), ataksja i oczopląs (ataksja, czyli niezborność ruchowa, wynika z uszkodzenia robaka mózdzku), zaburzenia czucia, zaburzenia widzenia, zaburzenia mowy, afazja (ruchowa - chory wie co chce powiedzieć, zna znaczenia słów, ale ma problemy z ich wypowiedzeniem; czuciowa - chory jest niezorientowany co do przestrzeni, która go otacza, nie ma problemu z wystawieniem się, ale nie rozpoznaje przedmiotów; globalna - pacjent nie spełnia żadnych poleceń, nie wypowiada słów ani dźwięków), zaburzenia wyższych czynności korowych (apraksja ideomotoryczna i wyobrażeniowa, zaniedbywanie połowicze, anozognozja, agnozja wzrokowa, aleksja, nagłe zaburzenia pamięci następcej), zaburzenia



gałkoruchowe (zwrot gałek ocznych w poziomie w stronę ogniska niedokrwiennego; jednostronne uszkodzenie mostowego ośrodka skojarzonego spojrzenia - zwrot gałek ocznych w stronę niedowładnych kończyn), zaburzenia źreniczne, dysfagia, zaburzenia oddechowate i zaburzenia autonomiczne.

Wczesne rozpoznanie udaru mózgu i postępowanie przedszpitalne ma ogromne znaczenie w przebiegu choroby. Po to, aby łatwiej rozpoznać objawy ewentualnego udaru mózgu, został stworzony przez amerykańskich naukowców test F.A.S.T. Skrót FAST to nic innego jak pierwsze litery słów „twarz”, „ramię”, „mowa”, „czas” w języku angielskim. Mają one kluczowe znaczenie w rozpoznawaniu pierwszych symptomów udaru: (F (face drooping) – asymetria twarzy, A (arm weakness) – osłabienie kończyn, S (speech difficultly) – zaburzenia mowy, T (time to call 999) – telefon ratunkowy 999).

Diagnostyka pacjenta z podejrzeniem udaru niedokrwiennego mózgu polega na przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego. Badanie przedmiotowe to przeprowadzenie z pacjentem i/lub jego rodziną wywiadu w celu ustalenia początku choroby i czasu trwania objawów, które mogłyby sugerować udar mózgu. Objawy sugerujące to: osłabienie, odrętwienie mięśni twarzy, nóg, rąk po jednej stronie ciała, nagłe splątanie, problemy z mówieniem, nagłe zaburzenia widzenia, nagłe trudności w chodzeniu, zawroty głowy, zaburzenia równowagi i koordynacji. Objawy mogą występować w różnym stopniu nasilenia.

Udar powinien być leczony w oddziałach udarowych i traktowany jako stan ostry. U wszystkich pacjentów, którzy zgłaszają się do szpitala do 3 godzin od wystąpienia pierwszych objawów udaru niedokrwiennego mózgu, rozważa się dożylnie leczenie trombolityczne, które polega na podaniu leku Actylise, będącym ludzkim aktywatorem plazminogenu i mającym na celu rozpuszczenie skrzepliny w tętnicy mózgowej, która jest przyczyną niedokrwienia mózgu. Rzadziej wykonywana jest trombektomia mechaniczna, która polega na usunięciu skrzepu ze światła naczynia mózgowego. Stosuje się również leki poprawiające krążenie mózgowe - kwas acetylosalicylowy, który ma udowodnioną skuteczność i powinien być stosowany u wszystkich pacjentów z rozpoznaniem udarem niedokrwiennym mózgu jako prewencja wtórna udaru.

Pielęgniarka pełni bardzo ważną rolę w opiece nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu. Wchodzi w skład zespołu terapeutycznego składającego się z lekarza, rehabilitanta, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego. W opiece nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu ważne jest holistyczne podejście do chorego, ponieważ oprócz deficytu fizycznego, pacjenci często uskarżają się również na nie mniej dla nich ważne problemy psychiczne i społeczne wynikające z przebytego udaru..

We wczesnej fazie udaru niedokrwiennego mózgu do zadań pielęgniarki należy monitorowanie czynności życiowych pacjenta, zebranie informacji na temat pacjenta i jego choroby, zarówno od samego pacjenta jak i jego rodziny, analiza występu-

jących objawów i dokumentacji medycznej. Pielęgniarka ocenia świadomość pacjenta wykorzystując skalę oceny świadomości pacjenta – Glasgow, oraz poziom samoopieki chorego za pomocą skali samoobsługi – Barthel, a także ocenia ryzyko odleżyn w skali ryzyka odleżyn – Norton. Do zadań pielęgniarki należy zaspokajanie podstawowych potrzeb chorego, w zakresie których zdiagnozowała ona deficyt, przeprowadzenie badania fizykalnego pacjenta w zakresie posiadanych kompetencji: ocenia stan świadomości pacjenta, może także zbadać czucie głębokie, powierzchowne, czy zborność ruchową chorego. Pielęgniarka ma również swój udział w diagnostyce pacjenta, zakłada wkłucie obwodowe, pobiera materiał do badań, uczestniczy w przygotowaniu pacjenta do zleconych badań.

OBJAWY UDARU MÓZGU



Zapobieganie powikłaniom udaru niedokrwiennego mózgu jest najważniejszym zadaniem pielęgniarki we właściwej fazie choroby. Ponad 50% pacjentów po udarze mózgu ma trudności z przetyka-

niem. Zadaniem pielęgniarki w zapobieganiu powikłaniom u pacjentów z dysfagią jest karmienie chorego, zagęszczanie płynów specjalnymi zagęstnikami, zapewnienie odpowiedniej pozycji pacjenta podczas jedzenia, toaleta jamy ustnej po każdym posiłku oraz oklepywanie chorego i nauka efektywnego odksztuszania zalegającej wydzieliny. Równie ważna jest profilaktyka przeciwodleżynowa, polegająca na regularnej zmianie pozycji chorego, zastosowaniu materaca przeciwodleżynowego, zapewnieniu czystości i natłuszczeniu skóry pacjenta. W profilaktyce przeciwodleżynowej istotną rolę odgrywa odpowiednia ilość białka w diecie pacjenta oraz nawodnienie organizmu chorego.

Pacjenci po udarze mózgu często zmagają się z obrzękami porażonych kończyn, w takim wypadku ważne jest odpowiednie ułożenie obrzękniętej kończyny, na poduszce lub specjalistycznym udogodnieniu na prosto, powyżej tułowia. Na chorej kończynie nie należy zakładać wkłucia obwodowego, ani owijać jej bandażem.

Unieruchomionemu w łóżku pacjentowi po udarze niedokrwiennym mózgu grozi zakrzepowe zapalenie żył. Profilaktyka powinna polegać na obserwacji i właściwym ułożeniu kończyn, stosowaniu pończoch uciskowych, wykonywaniu ćwiczeń biernych i zmianie pozycji ułożeniowej, a także na szybkim uruchamianiu pacjenta i stosowaniu leków przeciwzakrzepowych na zlecenie lekarza.

U pacjentów w ostrym okresie udaru ważne jest regularne opróżnianie pęcherza moczowego, w celu niedopuszczenia do zakażenia układu moczowego. Udar może prowadzić do upośledzenia funkcji pęcherza moczowego, jeżeli zachodzi taka konieczność należy choremu założyć cewnik do pęcherza moczowego. Pielęgniarka ma za zadanie przeprowadzić ćwiczenia pęcherza moczowego polegające na zaciska-

niu cewnika kilka razy na dobę oraz ćwiczeń dna miednicy i tłoczni brzusznej.

Kolejnym zadaniem pielęgniarki jest zapobieganie rozwojowi nadmiernej spastyczności kończyn z niedowładem. Ważne jest by zachować pełny zakres ruchu w stawach porażonych kończyn, w tym celu stosuje się udogodnienia pomagające ułożyć pacjenta w odpowiedniej pozycji. Istotną rolę odgrywają także ćwiczenia bierne i czynne prowadzone w pełnym zakresie ruchu. Pielęgniarka wraz z rehabilitantem bierze udział we wczesnym uruchamianiu i pionizowaniu pacjenta.

Ważną rolą pielęgniarki jest zminimalizowanie i uśmierzanie bólu pacjenta, ocenionego w skali NRS. Następnie ważne jest ustalenie w jakiej sytuacji ból nasila się, a kiedy objawy stają się łagodniejsze. Bardzo ważne jest opanowanie bólu, aby rehabilitacja była możliwa. W tym celu pielęgniarka stosuje okłady chłodzące na porażone kończyny, oraz podaje środki przeciwbólowe na zlecenie lekarza.

W późnej fazie udaru niedokrwiennego mózgu zadaniem pielęgniarki jest udział w rehabilitacji, która obejmuje kinezyterapię, terapię wyższych czynności nerwowych (terapia dysfagii, logopedyczna, zaburzeń emocjonalnych i poznawczych). Rehabilitacja poudarowa ma na celu zminimalizowanie dysfunkcji w zakresie samoobsługi, samodzielności w przemieszczaniu się, kontaktach z otoczeniem i podejmowaniu decyzji.

Edukacja pacjenta i jego rodziny jest istotną metodą prewencji wtórnej udaru mózgu. Pacjent powinien znać czynniki ryzyka, istotę choroby, metody leczenia oraz wykrywanie wczesnych zaburzeń i powikłań. Ważne jest poinformowanie pacjenta i jego rodziny o konieczności zmiany stylu życia, a także konieczności przystosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej.



OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM W PÓŻNEJ FAZIE UDARU NIEDOKRWIENNEGO MÓZGU

lic. piel. Klaudia Gajda - absolwentka kierunku pielęgniarstwo, studia pierwszego stopnia; PWSZ w Głogowie
dr n. med. Edyta Kędra - adiunkt, Instytut Medyczny, PANS w Głogowie

Celem pracy jest przedstawienie specyfiki opieki pielęgniarstwa nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu znajdującym się na oddziale rehabilitacji neurologicznej.

Materiał do badań był pozyskiwany od stycznia do lutego 2023 roku, od pacjentki przebywającej w oddziale rehabilitacji neurologicznej. Pacjentka została poinformowana o prowadzonych badaniach oraz ich celowości i wyraziła na nie zgodę. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej PWSZ w Głogowie (Nr 4/2023 Rok).

Badanie zostało przeprowadzone metodą indywidualnego przypadku. W dniu przyjęcia pacjentki w oddział został przeprowadzony wywiad w oparciu o kwestionariusz wywiadu pielęgniarstwa. W następnych dobach pobytu pacjentki w oddziale skorzystano z wywiadu indywidualnego nieskategoryzowanego, podczas którego zadawane były pytania zamknięte i otwarte.

W trakcie prowadzonego wywiadu oraz przy wykonywaniu czynności pielęgniarstwa przy pacjentce zastosowano również technikę obserwacji. W trakcie prowadzonego wywiadu obserwowano sposób komunikowania się pacjentki, zakres ruchu kończyn z niedowładem, oraz tych zdrowych. Zastosowano również technikę obserwacji podczas posiłków przyjmowanych przez opisywaną pacjentkę, ze względu na występującą u niej dysfagię. Obserwacja była prowadzona również pod kątem ewentualnego zakażenia dróg moczowych, z powodu założonego do pęcherza moczowego cewnika Foleya.

Informacje o pacjentce były czerpane również z dokumentacji procesu pielęgnowania pacjentki oraz historii choroby. W badaniu użyto także techniki pomiaru w celu: pomiaru masy ciała i wzrostu pacjentki, obliczenia indeksu BMI, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała.

Opis przypadku.

Pacjentka w wieku 75 lat, wdowa, od 8 lat mieszka sama. Jej dwupokojowe mieszkanie znajduje się na drugim piętrze w bloku bez windy, jest czyste i jasne. Kobieta ma córkę, która mieszka w bliskim są-

siedztwie, oraz dwie wnuczki, z którymi ma bardzo dobry kontakt. Syn kobiety mieszka w oddalonej o 5 km wiosce i odwiedza matkę raz w tygodniu. Pacjentka jest emerytowaną nauczycielką języka polskiego, posiada wyższe wykształcenie. Przed chorobą kobieta uczęszczała do klubu seniora, interesowała się historią i sztuką, chodziła do kina, teatru i muzeum, często razem z wnuczkami.

Pacjentka od 5 lat choruje na anemię z niedoboru żelaza. Od 4 lat przyjmuje Tardyferon, kontrolując raz do roku morfologię krwi, której wyniki potwierdzają, że zażywane żelazo się wchłania. Ponadto cierpi na otyłość I stopnia, przy wzroście 160 cm waży 82 kg, jej wskaźnik BMI wynosi 32,03. Kobieta jest nałogową palaczką, od około 50 lat wypala od 20 do 30 papierosów dziennie.

Kobieta od 10 lat ma skoki ciśnienia tętniczego skurczowego do 160 mmHg, nie myślała jednak, że to może być niebezpieczne i nie zgłaszała tego lekarzowi rodzinnemu. Na początku grudnia 2022r. kobieta podczas przygotowywania do Świąt Bożego Narodzenia doznała udaru niedokrwiennego mózgu. Najpierw nie mogła ruszyć prawą ręką, na szczęście zdążyła zorientować się co się z nią dzieje i zadzwonić po pogotowie. Pacjentka trafiła na SOR, po czym została przyjęta na dwa tygodnie na oddział neurologiczny, a następnie na oddział rehabilitacji neurologicznej.

Chora w wyniku przebytego udaru mózgu ma niedowład prawostronny, dysfagię i dyzartię.

W dodatku u pacjentki została zdiagnozowana przepuklina rozworu przełykowego z większością żołądka w klatce piersiowej, co wywołuje u niej przykre dolegliwości tj. pieczenie za mostkiem czy zgagę. Podczas całego leczenia szpitalnego u pacjentki zastosowano farmakoterapię: Prazol 20mg, Polocard 75mg, Atoris 40mg, Clexane 0,4, Hydroxyzinum 25mg, Telmizex 40mg, Tardyferon, Lactulosum.

Pierwszy tydzień.

Pacjentka została przyjęta na oddział rehabilitacji neurologicznej. Kobieta jest w ogólnie stanie dobrym, całkiem sprawnie obraca się na boki, nie zgłasza przy tym dolegliwości bólowych. Chora

otrzymała 35 punktów w skali Barthel. Pacjentka ma głęboki niedowład prawej kończyny górnej i niedowład średniego stopnia prawej kończyny dolnej. Chora stabilnie siedzi bez oparcia i przesiada się z łóżka na wózek z pomocą dwóch osób. Towarzyszy jej dysfagia, przez co potrzebuje więcej czasu na zjedzenie, dobrze radzi sobie z zupami i zaczyna też jeść drobne kawałki twardszego pożywienia np. mięsa lub surowych warzyw. Pacjentka ma także afazję ruchową, wszystko rozumie i wie co by chciała powiedzieć, potrafi się przedstawić, składa proste zdania po dłuższym namyśle. Podczas porannej toalety pacjentka potrafi zdrową ręką umyć twarz, zęby, oraz uczesać włosy. Kobieta ma założony cewnik do pęcherza moczowego z powodu upośledzenia funkcji pęcherza moczowego w wyniku udaru niedokrwiennego mózgu. Pacjentka zazwyczaj kontroluje oddawanie stolca i sygnalizuje potrzebę opiekuńce, która zawozi ją na wózek do toalety.

Kobieta nie jest na nic uczulona, jest nałogową palaczką, ale nie pali od dnia przyjęcia do szpitala. Z dniem przyjęcia na oddział rehabilitacji neurologicznej pacjentka rozpoczęła rehabilitację, chętnie wykonuje ćwiczenia na salce gimnastycznej, jest pogodna i optymistycznie nastawiona do nowej sytuacji jaka ją spotkała. U pacjentki farmakoterapia była prowadzona na zgodzie ze zleceniami lekarskimi.

W poniedziałek: RR - 124/87 mmHg, tętno - 77 ud./min., temperatura ciała: 36,5°C. Wtorek: RR - 130/78 mmHg, tętno - 67 ud./min., temperatura ciała: 36,4°C. Środa: RR - 122/68 mmHg, tętno - 71 ud./min., temperatura ciała: 36,2°C. Czwartek: RR - 131/80 mmHg, tętno - 66 ud./min., temperatura ciała: 36,1°C. Piątek: RR - 137/95 mmHg, tętno - 75 ud./min., temperatura ciała: 36,7°C. Sobota: RR - 129/89 mmHg, tętno - 65 ud./min., temperatura ciała: 36,5°C. Niedziela: RR - 132/81 mmHg, tętno - 69 ud./min., temperatura ciała: 36,8°C.

Drugi tydzień.

Pacjentka w ogólnie dobrym stanie, pomaga podczas porannej toalety. Została podjęta próba rozcewnikowania pacjentki, która zakończyła się sukcesem - chora po 3 godzinach oddała mocz. Kobieta korzysta z pieluchomajtek, z powodu

bezwiednego oddawania moczu. Pacjentka zjada wszystkie posiłki nie dławiąc się przy tym. Rozmawia pełnymi zdaniami, czasami pomyli słowa lub zastanawia się jak nazwać dany przedmiot. Denerwuje się, kiedy nie może powiedzieć słowa tak szybko jak by chciała. Pacjentka skarżyła się na ból brzucha i zaparcia- dostaje Lactulose jeden raz dziennie rano, dzięki temu regularnie oddaje stolec. Kobieta nauczyła się przesiadać z łóżka na wózek bez pomocy i zaczęła naukę chodzenia pod okiem rehabilitantów. Pacjentka jest znacznie sprawniejsza ruchowo, jednak ze względu na głęboki niedowład prawej kończyny górnej, nadal potrzebuje pomocy w ubieraniu się. Farmakoterapia prowadzona według zleceń lekarskich.

Chora przez cały tydzień miała wszystkie podstawowe parametry życiowe w normie. Poniedziałek: RR - 131/87 mmHg, tętno - 80 ud/min, temperatura ciała: 36,1°C. Wtorek: RR - 135/79 mmHg, tętno - 77 ud/min, temperatura ciała: 36,4°C. Środa: RR - 137/68 mmHg, tętno - 70 ud/min, temperatura ciała: 36,10°C. Czwartek: RR - 131/84 mmHg, tętno - 64 ud/min, temperatura ciała: 36,6°C. Piątek: RR - 135/91 mmHg, tętno - 69 ud/min, temperatura ciała: 36,5°C. Sobota: RR - 125/67 mmHg, tętno - 78 ud/min, temperatura ciała: 36,5°C. Niedziela: RR - 122/71 mmHg, tętno - 62 ud/min, temperatura ciała: 36,3°C.

Trzeci tydzień.

Pacjentka zaczęła robić postępy w rehabilitacji, chodzi z asystą opiekunki i o kuli do toalety. Chora jest w dobrym stanie. Je posiłki z apetytem. Kobieta jest bardzo komunikatywna pomimo afazji. Oddała stolec, już nie skarży się na zaparcia, tym samym nie przyjmuje Lactulose, Chora nadal potrzebuje pomocy w podstawowych czynnościach higienicznych, jednak w mniejszym stopniu niż na początku. Pacjentka skarży się na zmęczenie- nie może spać w nocy z powodu pacjentki, która leży na tej samej sali i głośno się zachowuje w nocy. Chora w ciągu tygodnia miała skoki ciśnienia tętniczego spowodowane niewyspaniem. Niestety w tym tygodniu nie było możliwości przeniesienia pacjentki na inną salę, ponieważ wszystkie łóżka były zajęte na oddziale. Farmakoterapia prowadzona według zleceń lekarskich.

Podstawowe parametry życiowe w poniedziałek: RR - 133/87 mmHg, tętno - 78 ud/min, temperatura ciała: 36,2°C. Wtorek: RR - 139/90 mmHg, tętno - 72 ud/min, temperatura ciała: 36,4°C. Środa: RR - 145/78 mmHg, tętno - 65 ud/min, temperatura ciała: 36,2°C. Czwartek: RR - 159/85 mmHg, tętno - 64 ud/min, temperatura ciała: 36,6°C. Piątek: RR - 131/89 mmHg, tętno - 61 ud/min, temperatura ciała: 36,8°C. Sobota: RR - 120/67 mmHg, tętno - 75 ud/min, temperatura ciała: 36,3°C. Niedziela: RR - 160/81 mmHg, tętno - 64 ud/min, tem-

peratura ciała: 36,4°C.

Czwarty tydzień.

Pacjentka poczuła się pewnie i próbuje sama wstawać przy łóżku podczas nieobecności personelu w pokoju pacjentki, co stwarza niebezpieczeństwo upadku. Chora myśli o powrocie do domu, martwi się jak da sobie sama radę i czy wróci do życia społecznego. Ogólnie pacjentka jest w dobrym stanie, nie gorączkuje. Chora zjada wszystkie posiłki. Bardzo dużo rozmawia, szczególnie jak poświęci się chwilę czasu na jej wystuchanie. Pacjentka została przeniesiona na inną salę, dzięki czemu śpi spokojnie i ciśnienie tętnicze krwi się unormowało. Chora zrobiła duży postęp w rehabilitacji, chodzi o kuli w obecności personelu medycznego, dobrze radzi sobie w podstawowych czynnościach jedną ręką- niedotkniętą niedowładem. Farmakoterapia prowadzona według zleceń lekarskich. Pacjentka nadal przebywa na oddziale rehabilitacji neurologicznej i będzie tam przez maksymalny okres pobytu - czyli jeszcze osiem tygodni.

Pacjentka przez cały tydzień miała wszystkie podstawowe parametry życiowe w normie. Poniedziałek: RR - 131/87 mmHg, tętno - 80 ud/min, temperatura ciała: 36,1°C. Wtorek: RR - 135/79 mmHg, tętno - 77 ud/min, temperatura ciała: 36,4°C. Środa: RR - 137/68 mmHg, tętno - 70 ud/min, temperatura ciała: 36,1°C. Czwartek: RR - 131/84 mmHg, tętno - 64 ud/min, temperatura ciała: 36,6°C. Piątek: RR - 135/91 mmHg, tętno - 69 ud/min, temperatura ciała: 36,5°C. Sobota: RR - 125/67 mmHg, tętno - 78 ud/min, temperatura ciała: 36,5°C. Niedziela: RR - 122/71 mmHg, tętno - 62 ud/min, temperatura ciała: 36,3°C.

Modele opieki pielęgniarskiej. W czasie opieki nad pacjentką na początku zastosowano model Virginii Henderson, która opracowała teorię pielęgnowania opartą o teorię potrzeb Maslova. Pielęgnowanie według V. Henderson polega na zaspokajaniu podstawowych potrzeb pacjenta w sferze fizycznej, psychicznej, duchowej oraz społecznej, kiedy chory nie ma siły by sam o nie zadbać.

W kolejnych dobach pobytu pacjentki na oddziale sprawowano opiekę według modelu adaptacyjnego Callisty Roy. Model adaptacyjny ma na celu przygotowanie chorego do radzenia sobie z niepełnosprawnością i pogodzenia się z aktualnym stanem zdrowia. Podejście Callisty Roy jest bardzo ważne dla pacjentki, której być może nie wróci całkowita sprawność prawej kończyny górnej, przez co będzie się w dalszym swoim życiu borykała z niepełnosprawnością.

W przygotowaniu pacjentki do wypisu ze szpitala zastosowano model opieki według Dorothe'i Orem, który skupia się na człowieku jako jednostce, na grupach społecznych a także na całym społeczeństwie.

Model ten ma na celu przygotować pacjentkę do samoopieki. U chorej wystąpił deficyt samoopieki, w takim przypadku Orem wyróżniła trzy systemy pielęgnowania: edukacyjno - wspierający, częściowo kompensacyjny oraz przejęcie całkowitej opieki. Ze względu na to, że pacjentka po wyjściu ze szpitala ma mieszkać sama, zastosowano opiekę edukacyjno - wspierającą, by jak najlepiej przygotować pacjentkę do samoopieki.

Proces pielęgnowania.

Diagnoza pielęgniarska 1: Deficyt samoopieki spowodowany niedowładem prawostronnym powstałym w wyniku udaru niedokrwiennego mózgu.

Cel opieki:

Zwiększenie samodzielności i nauka samoopieki pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stopnia deficytu samoopieki za pomocą skali Barthel;
- zaplanowanie opieki, dostosowanie zakresu pomocy w wykonywanych czynnościach do stanu pacjentki;
- motywowanie pacjentki do podejmowania działań i aktywne wdrażanie do codziennych czynności;
- pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych: toaleta całego ciała 1x dziennie, toaleta jamy ustnej po każdym posiłku ze względu na zaburzenia połykania, mycie głowy 2-3 razy w tygodniu, obcinanie paznokci w zależności od potrzeby;
- pomoc w ubieraniu się; wszystkie czynności zaczynając od słabszej strony;
- pomoc w rozbieraniu się zawsze zaczynając od strony niedotkniętej niedowładem;
- zaopatrzenie chorej w sprzęt i nauka korzystania z niego z niego, kiedy stan zdrowia na to pozwoli;
- odnotowanie wykonanych działań w indywidualnej dokumentacji pacjentki.

Ocena podjętych działań:

Pacjentka chętnie współpracuje. Stara się jak najwięcej czynności wykonywać samodzielnie.

Diagnoza pielęgniarska 2:

Ryzyko zachłyśnięcia i zachłystowego zapalenia płuc spowodowane zaburzeniami połykania.

Cel opieki:

Zapobieganie aspiracji śliny i pokarmu do dróg oddechowych. Niedopuszczenie do zachłyśnięcia.

Interwencje pielęgniarskie:

- zapewnienie pacjentce odpowiedniej pozycji siedzącej podczas jedzenia, z głową lekko pochyloną w stronę klatki piersiowej;
- dostosowanie konsystencji pokarmu do możliwości pacjentki np. papkowiasty pokarm, zagęstniki do napoju;

- pilnowanie pacjentki podczas posiłku, pomoc w nakierowaniu łyżki;
- powiedzenie pacjentce aby przeżuwała jedzenie stroną niedotkniętą niedowładem;
- zapewnienie chorej ciszy i spokoju podczas posiłku, nie rozpraszanie dodatkowymi bodźcami, nie zagadywanie pacjentki, aby nie próbowała mówić z pełnymi ustami;
- nie pospieszanie chorej, która powinna brać małe kęsy i kolejny brać dopiero po połknięciu poprzedniego;
- sprawdzenie po posiłku czy nie zostało nic w jamie ustnej, wykonanie toalety jamy ustnej;
- regularne wykonywanie toalety jamy ustnej;
- odnotowanie wykonanych działań w indywidualnej dokumentacji pacjentki.

Ocena podjętych działań:

Pacjentka z dnia na dzień coraz lepiej sobie radzi z jedzeniem. Nie doszło do zachłyśnięcia.

Diagnoza pielęgniarstwa 3:

Ryzyko upadku podczas prób samodzielnego przemieszczania się, spowodowane niedowładem prawostronnym.

Cel opieki:

Zminimalizowanie ryzyka upadku.

Interwencje pielęgniarstwa:

- poinformowanie o konieczności pozostania w łóżku;
- stopniowe usprawnianie pacjentki pod nadzorem rehabilitanta;
- nadzorowanie i asekuracja przy przemieszczaniu się;
- stosowanie sprzętu pomocniczego: wózek inwalidzki, balkonik;
- stosowanie obuwia antypoślizgowego lub skarpetek antypoślizgowych.

Ocena podjętych działań:

Nie doszło do upadku. Pacjentka już nie wstaje podczas nieobecności personelu.

Diagnoza pielęgniarstwa 4:

Ryzyko wystąpienia infekcji dróg moczowych spowodowane obecnością cewnika w pęcherzu moczowym i obniżoną odpornością.

Cel opieki:

Zapobieganie zakażeniu układu moczowego.

Interwencje pielęgniarstwa:

- zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas manipulacji przy końcówce cewnika np. wymiana worka;
- nie podnoszenie worka z moczem powyżej pęcherza moczowego;
- utrzymanie czystości ujścia cewki moczowej;
- prawidłowe nawodnienie pacjentki (2l na dobę);
- obserwowanie pacjentki pod kątem objawów mogących świadczyć o in-

fekcji dróg moczowych (ból podczas oddawania moczu, częstomocz, bóle podbrzusza;

- usunięcie cewnika najszybciej jak to jest możliwe.

Ocena podjętych działań:

Nie doszło do infekcji. Cewnik został usunięty w drugiej dobie.

Diagnoza pielęgniarstwa 5:

Zaparcia spowodowane brakiem ruchu i dysfunkcją neurologiczną.

Cel:

Przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień, zmniejszenie dyskomfortu pacjentki.

Interwencje pielęgniarstwa:

- wzbogacenie diety o produkty z wysoką zawartością błonnika, w celu przyspieszenia perystaltyki jelit, takich jak: warzywa, owoce, pełnoziarniste chleby, kasze, otręby, siemię lniane;
- eliminacja z diety: stłdyczy, białego pieczywa;
- przypilnowanie aby pacjentka piła minimum 1,5l płynów dziennie;
- zwiększenie aktywności fizycznej w ramach możliwości;
- w razie potrzeby podanie syropu Lactulosum lub czopków glicerynowych;
- zapewnienie komfortu pacjentki stosując pieluchomajtki lub wywożenie do toalety jeśli pacjentka opanuje przesiadanie się na wózek.

Ocena podjętych działań:

Pacjentka wypróżniła się po podaniu syropu Lactulosum. W miarę powrotu sprawności pacjentki, normuje się rytm wypróżnień.

Diagnoza pielęgniarstwa 6:

Nadmierne napięcie emocjonalne wynikające z nieumiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Cel opieki:

- zmniejszenie niepokoju,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarstwa:

- wskazanie pacjentce metod radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz z nadmiernym napięciem emocjonalnym;
- zachęcenie chorej do aktywnego spędzania wolnego czasu i podejmowania ćwiczeń relaksujących;
- wyjaśnienie pacjentce konieczności podejmowania próby obiektywnej oceny wydarzeń i wysuwania wniosków;
- zapewnienie wsparcia i pomocy w sytuacjach trudnych dla pacjenta;
- w razie potrzeby umożliwienie choremu kontaktu z psychologiem.

Ocena podjętych działań:

Niepokój u pacjentki zmniejszył się

Diagnoza pielęgniarstwa 7:

Napięcie nerwowe pacjentki spowodowane trudnością w komunikacji i problemem z wystawieniem się.

Cel:

Podtrzymanie kontaktu z chorą z uwzględnieniem rodzaju zaburzeń- afazja ruchowa. Zmniejszenie napięcia nerwowego u pacjentki.

Interwencje pielęgniarstwa:

- nawiązywanie kontaktu z chorą podczas wykonywania codziennych czynności pielęgnacyjnych;
- podtrzymywanie chęci nawiązania kontaktu przez chorą;
- stosowanie pytań na które pacjentka może odpowiedzieć (tak/nie);
- eliminowanie czynników rozpraszających np. hałasu, rozmów z innymi pacjentami;
- cierpliwe wystukiwanie- należy dłużej czekać na słowa i nie podpowiadać tak długo, jak pacjentka się zastanawia;
- nie należy poprawiać nieprawidłowo artykułowanych słów w trakcie wypowiedzi chorej;
- okazywanie zainteresowania problemem pacjentki, cierpliwości serdeczności i zrozumienia;
- zauważanie nawet niewielkiej poprawy mówienia przez pacjentkę.

Ocena podjętych działań:

Pacjentka nie zniechęca się. Mówi coraz lepiej z dnia na dzień. Chora mniej się denerwuje i ma więcej cierpliwości.

Diagnoza pielęgniarstwa 8:

Lęk pacjentki związany z nagłym wystąpieniem choroby, jej następstwami oraz hospitalizacją.

Cel opieki:

Poprawienie nastroju pacjentki. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarstwa:

- wzbudzenie zaufania oraz stworzenie przyjaznej atmosfery;
- informowanie pacjentki o wykonywanych przy niej czynnościach i planie dnia;
- okazywanie empatii i wspieranie pacjentki w trudnych momentach;
- utrzymywanie kontaktu słownego podczas wykonywania czynności pielęgniarstwa;
- zapewnienie kontaktu z rodziną.

Ocena podjętych działań:

Niepokój pacjentki zmniejszył się, jednak problem wymaga kontynuacji działań.

Diagnoza pielęgniarstwa 9:

Ryzyko wystąpienia ponownego udaru mózgu, spowodowane niedostateczną wiedzą pacjentki na temat choroby i czynników ryzyka.

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka ponownego udaru.

Interwencje pielęgniarstwa:

- omówienie z pacjentką i jej rodziną istoty choroby i czynników ryzyka udaru mózgu;
- przeprowadzenie rozmowy dotyczącej stylu życia, odżywiania, aktywności fi-

- zycznej po udarze;
- wskazanie konieczności wyeliminowania czynników szkodliwych: nadwagi, braku aktywności fizycznej, palenia tytoniu, spożywania alkoholu, diety bogatej w tłuszcze;
- nauczanie pacjentki i jej rodziny rozpoznawania objawów mogących świadczyć o wystąpieniu udaru i zwrócenie uwagi na konieczność natychmiastowego wezwania pogotowia w takim wypadku.

Ocena podjętych działań:

Pacjentka i jej rodzina została wyedukowana w zakresie czynników ryzyka wystąpienia udaru oraz sposobu postępowania na wypadek rozpoznania objawów udaru u bliskiej osoby.

Diagnoza pielęgniarska 10:

Niepokój pacjentki, związany z przewidywanymi trudnościami adaptacyjnymi po powrocie do domu.

Cel opieki:

Ułatwienie przystosowania się do życia po przebytych udarze mózgu.

Interwencje pielęgniarskie:

- rozpoznanie potrzeb edukacyjnych pacjentki i jej rodziny;
- uświadomienie chorej i jej rodzinie o konieczności kontynuacji rehabilitacji;
- dostarczenie informacji dotyczących przystosowania środowiska domowego (zakupienie sprzętu pomocniczego: trójnóg, balkonik, uchwyty łazienkowe);
- ułatwienie kontaktu ze stowarzyszeniami, organizacjami samopomocowymi chorych i opiekunów osób po przebytych udarze.

Ocena podjętych działań:

Rodzina dostawała mieszkanie pacjentki do potrzeb osoby z niepełnosprawnością.

Podsumowanie.

Udar niedokrwienny mózgu jest jedną z głównych przyczyn niepełnospraw-

ności osób starszych. Wiele chorych po przebytych udarze zmagają się z trudami życia codziennego, stawiając czoła przeciwności losu, muszą nauczyć się życia z niepełnosprawnością.

Zadaniem pielęgniarki jest rozpoznanie problemów i deficytów chorego, zaplanowanie i sprawowanie zindywidualizowanej opieki uwzględniającej wszystkie sfery funkcjonowania chorego. Trafne rozpoznanie problemów i deficytów pacjenta pozwala podjąć odpowiednie działania, które dokumentowane są w procesie pielęgnowania.

Wsparcie psychiczne okazane przez pielęgniarki i rehabilitantów jest bardzo ważnym czynnikiem w procesie zdrowienia. Dzięki temu chory może mieć pewność, że zespół terapeutyczny działa na jego korzyść i może w pełni zaufać specjalistom w trakcie rehabilitacji.

ODWIEDZAJĄC MUZEUM PIELĘGNIARSTWA W LONDYNIE WRAŻENIA ABSOLWENTKI STUDIÓW PIELĘGNIARSTWA II STOPNIA

**mgr piel. Oliwi Kościk – absolwentka kierunku pielęgniarstwo, studia drugiego stopnia,
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie**

Jako absolwentka studiów pielęgniarstwa, miałam przyjemność niedawno odwiedzić fascynujące Muzeum Pielęgniarstwa w Londynie. To miejsce pełne historii i inspiracji, które przywołuje ducha oddania i poświęcenia pielęgniarek na przestrzeni lat.

Muzeum Pielęgniarstwa mieści się w urokliwym budynku, który już sam w sobie przykuwa uwagę. Już na wejściu zostałam przywitana ekspozycją, która opowiadała o początkach pielęgniarstwa i znaczeniu, jakie to zajęcie miało w społeczeństwie. Dowiedziałam się, że pielęgniarki były często niezauważalnymi bohaterkami, pracującymi w trudnych warunkach, by zapewnić opiekę chorym i rannym.

Następnie miałam okazję zapoznać się z historią znakomitych pielęgniarek, takich jak Florence Nightingale, która odegrała kluczową rolę w reformie pielęgniarstwa i ustanowieniu standardów opieki nad pacjentami. Jej pasja i determinacja były inspirujące, zwłaszcza dla kogoś, kto dopiero rozpoczyna karierę w tym zawodzie.

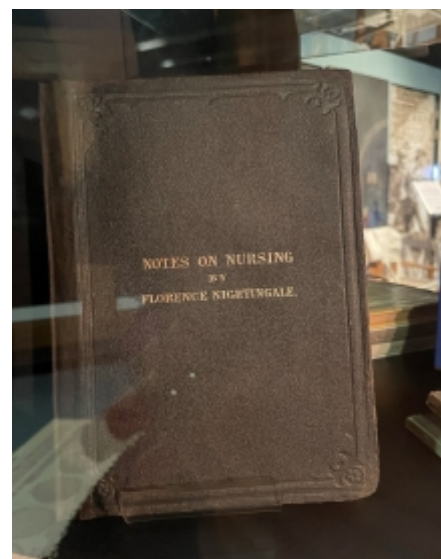
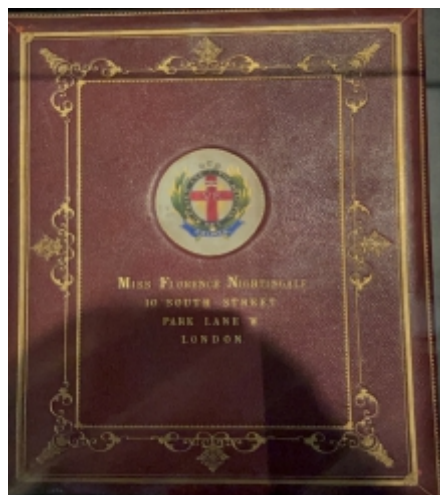
Jednak najważniejszą częścią mojej wizyty było zbliżenie się do współczesnego pielęgniarstwa. W Muzeum Pielęgniarstwa można było zobaczyć, jak współczesne



pielęgniarki radzą sobie z wyzwaniami opieki zdrowotnej, a także poznać innowacje i technologie, które zmieniają sposób świadczonej przez nas opieki.

Wizyta w Muzeum Pielęgniarstwa w Londynie była nie tylko edukacyjnym doświadczeniem, ale także emocjonalnym przypomnieniem o wartości pielęgniarstwa jako zawodu. To miejsce zachęca do refleksji nad tym, jak drogę przeszło pielęgniarstwo, oraz inspirowanie do dalszego rozwoju tej dyscypliny.

Podsumowując, moja wizyta w Muzeum Pielęgniarstwa w Londynie była nie tylko edukacyjnym doświadczeniem, ale także emocjonalnym przypomnieniem o wartości pielęgniarstwa i jego nieustannym wpływie na poprawę zdrowia i jakości życia pacjentów. To miejsce, które polecam każdemu zainteresowanemu tą profesją.



MINISTERSTWO ZDROWIA REALIZUJE PROGRAM WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO KADRY MEDYCZNEJ ORAZ STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH

Nawet 15 000 interwencji kryzysowych i sesji terapeutycznych.

Ministerstwo Zdrowia przekaże środki na bezpośrednią interwencję kryzysową, porady psychologiczne i sesje terapii indywidualnej dla kadry medycznej oraz studentów kierunków medycznych. Program zakłada również długofalową edukację poprzez przygotowanie i dostęp do materiałów dydaktycznych.

Platforma online

Realizacja zadań będzie odbywać się za pośrednictwem platformy online. Narzędzie cyfrowe umożliwi dotarcie do większej liczby osób w sytuacji kryzysowej. Zapewni też poczucie bezpieczeństwa, co jest szczególnie istotne przy eliminacji obaw przed ostracyzmem medyków szukających pomocy.

Forma zdalna zlikwiduje również bariery architektoniczne, które uniemożliwiają lub utrudniają osobom z niepełnosprawnościami dostęp do specjalistycznego wsparcia psychologicznego.

Wyrówna również szanse uzyskania pomocy osobom z mniejszych miejscowości, gdzie zasoby kadry psychologicznej są ograniczone.

W celu pełnej realizacji założeń programu oraz usystematyzowania działań platforma zostanie podzielona na dwa moduły:

- bezpośredniego wsparcia psychologicznego,
- modułu edukacyjnego.

Realizacja zadań bezpośredniej interwencji kryzysowej

Nadrzędnym celem programu jest **doraźna, niezwłoczna pomoc medykom w kryzysie psychicznym** i emocjonalnym wywołanym nagłą, trudną sytuacją, będącym efektem przedłużającego się stresu lub wcześniejszych traumatycznych wydarzeń, a także natężenia negatywnych emocji związanych z pandemią COVID-19.

Zgodnie z danymi zebranymi przez Fundację Nie Widać Po Mnie ponad 50% przedstawicieli zawodów medycznych cierpi na syndrom wypalenia zawodowego. W niektórych grupach wielu myśli o zmianie profesji. Jednocześnie medycy sięgają po fachową pomoc najrządziej i najpóźniej.

Celem programu jest dotarcie głównie do tej grupy.

W ramach inicjatywy kadra medyczna i studenci kierunków medycznych



PROGRAM WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO KADRY MEDYCZNEJ

Skorzystaj ze wsparcia psychologicznego w formie konsultacji stacjonarnej lub zdalnej za pośrednictwem platformy psychologdlamedyka.pl



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

będą mogli skorzystać z **natychmiastowej pomocy psychologów, psychologów klinicznych oraz psychoterapeutów**. Spotkania umawiane będą wyłącznie za pośrednictwem platformy online, gdzie zamieszczony zostanie kalendarz z dostępnością specjalistów.

Taka forma pozwoli na zmniejszenie lęku przed odrzuceniem przez środowisko, bliskich oraz pacjentów. Tymczasem ten strach jest jedną z głównych przyczyn, dla których medycy nie szukają profesjonalnego wsparcia.

Jeśli w trakcie pierwszego spotkania konsultacyjnego psycholog zdiagnozuje potrzebę terapii, medyk będzie mógł z niej skorzystać w ramach programu. Dla każdej takiej osoby przewidziano do **4 bezpłatnych sesji** trwających po ok. 50 minut. Odbędą się one niezwłocznie — w terminach dogodnych dla osoby potrzebującej.

W ramach programu dostępnych będzie ponad **100 psychologów, psychologów klinicznych i psychoterapeutów**. Zapewni to szybką interwencję w sytuacjach kryzysowych i zapobiegnie dalszej eskalacji problemu.

Spotkania zdalne odbywać się będą za pośrednictwem platformy, której zaplecze techniczne pozwoli na uniknięcie przeciążenia charakterystycznego dla popularnych komunikatorów.

Konsultacje i sesje terapeutyczne w trybie stacjonarnym prowadzone będą we wszystkich miastach wojewódzkich.

Program przewiduje realizację 15 000 bezpośrednich interwencji kryzysowych.

Psychoedukacja przedstawicieli zawodów medycznych

Poza szybką, bezpośrednią pomocą psychologiczną środki finansowe przeznaczone zostaną na działania długofalowe zakładające psychoedukację medyków i studentów kierunków medycznych w zakresie:

- zdrowia psychicznego,
- stanów emocjonalnych związanych z charakterem wykonywanej pracy,
- objawów najczęstszych zaburzeń psychicznych,
- technik relaksacyjnych.

Większa wiedza i samoświadomość

domość to przede wszystkim szansa na baczniejsze obserwowanie swoich stanów emocjonalnych, ich dogłębna analiza i **możliwość wcześniejszego rozpoznania alarmujących symptomów**. Tymczasem szybka pomoc i właściwa diagnoza minimalizują ryzyko pogłębiania się zaburzenia, ułatwiają i skracają proces leczenia.

Jest to też szansa na zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przyszłości lub minimalizowanie ich skutków. W dłuższej perspektywie czasu doprowadzi to do wzmocnienia kadry medycznej.

W ramach programu powstaną:

- poradniki,
- webinary prowadzone przez psychologów i psychologów klinicznych,
- materiały dydaktyczne z zakresu technik relaksacyjnych.

Materiały edukacyjne będą miały formę cyfrową i dopasowane zostaną do odbioru także przez osoby z ograniczeniami wzrokowymi i słuchowymi. Dostępne będą na platformie online w module edukacyj-

nym.

Platforma będzie także **miejszem wymiany doświadczeń, poglądów i problemów** przedstawicieli kadry medycznej i studentów. Utworzone zostanie bowiem forum dyskusyjne, a możliwość tworzenia grup tematycznych usprawni komunikację.

Kto może skorzystać z programu?

Przedsięwzięcie skierowane jest do szeroko rozumianej kadry medycznej. Do platformy będą mieli więc dostęp między innymi:

- lekarze / lekarki
- pielęgniarki / pielęgniarze
- położne
- ratownicy i ratowniczki medyczne
- fizjoterapeuci / fizjoterapeutki
- diagnostki laboratoryjni
- farmaceuci / farmaceutki

Odbiorcami będą również studenci kierunków medycznych, którzy już w toku nauki mierzą się z przeciążeniem, stresem, presją i ciągłym niepokojem,

Dodatkowe informacje o programie

Głównym realizatorem zadań programu jest Falck Medycyna. Jest to największe, wiodące prywatne przedsiębiorstwo w zakresie dostarczania usług medycznych, wyspecjalizowane w zakresie specjalistycznego transportu medycznego. Wsparciem merytorycznym i organizacyjnym służyć będzie Fundacja Nie Widać Po Mnie, której misja skupia się na szeroko pojętej psychoedukacji społeczeństwa w zakresie zdrowia psychicznego.

„Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej” finansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w ramach Działania 7.1 Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.

Realizacja zadań zakończy się 30 listopada 2023, natomiast dostęp do materiałów edukacyjnych będzie zapewniony użytkownikom platformy do 30 czerwca 2024 r.

SKRINING MAMMOGRAFICZNY JAKO JEDNA Z FORM WALKI Z RAKIEM PIERSI

dr n. med. mgr piel. Elżbieta Garwacka-Czachor

Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Kierunek Pielęgniarstwo

Definicja skringingu

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje skringing (ang. screening – przesiewanie, klasyfikowane) jako działania interwencyjne o charakterze profilaktyki wtórnej, prowadzone w celu zwalczania istotnych medycznie i społecznie chorób, poprzez wykrywanie zmian chorobowych w populacji bezobjawowej, w jak najwcześniejszym okresie rozwoju. Z kolei Europejski Kodeks Walki z Rakiem definiuje skringing jako: „okresowe, zorganizowane badania diagnostyczne osób bez objawów określonej choroby w celu wykrycia choroby we wczesnym stadium rozwoju, umożliwiające skuteczne jej leczenie i w konsekwencji zmniejszenie umieralności”.

Organizacja badań przesiewowych

Programy badań przesiewowych dzielą się na oportunistyczne, czyli okazjonalne, oraz organizowane, czyli aktywne. Cechą charakterystyczną tych pierwszych jest brak rozdzielania działań przesiewowych od diagnostycznych, bez ściśle sprecyzowanych zaleceń i zazwyczaj przy okazji innych działań ochrony zdrowia. Natomiast programy aktywne są zaplanowane, zorganizowane i wdrożone do realizacji. Badania przesiewowe zawsze dotyczą osób bez ob-

jawów choroby, a użyte testy diagnostyczne powinny być proste, tanie, powtarzalne i powszechnie akceptowalne.

Niezwykle istotną kwestią jest zapewnienie należytej jakości badań przesiewowych i ich właściwej organizacji. Podstawowe kryteria dobrze zorganizowanego programu skringingowego to: jego populacyjny charakter, strategia dostosowana do wieku badanych, optymalny dobór interwału (odstępu czasu) pomiędzy kolejnymi badaniami, odpowiednie warunki kadrowe i techniczne, właściwy schemat postępowania w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania przesiewowego, monitorowanie losów kobiet objętych badaniem, system informatyczny do gromadzenia danych programu, ciągły nadzór i kontrola efektywności.

Zasadniczym celem skringingu mammograficznego jest wyodrębnienie wśród badanych dwóch grup:

1. pacjentek, które prawdopodobnie mają raka piersi (wynik dodatni badania),
2. kobiet, u których choroba ta prawdopodobnie nie występuje (wynik ujemny).

Podziału tego dokonuje się w oparciu o wyniki mammografii. W przy-

padku kobiet „prawdopodobnie chorych” podejmowane są dalsze działania diagnostyczne mające na celu ostateczne potwierdzenie lub wykluczenie obecności nowotworu i ewentualne wdrożenie leczenia.

Test diagnostyczny wykorzystywany w badaniach skringingowych powinien cechować się wysoką czułością i swoistością. Pod pojęciem czułości testu diagnostycznego (ang. test sensitivity) rozumie się zdolność do wykrycia choroby w sytuacji, gdy ona rzeczywiście występuje. Jest to stosunek liczby obserwacji prawdziwie dodatnich (PD) do sumy liczb obserwacji prawdziwie dodatnich (PD) i obserwacji fałszywie ujemnych (FU), zgodnie ze wzorem:

$$\text{CZUŁOŚĆ} = \text{PD} / (\text{PD} + \text{FU})$$

Czułość testu na poziomie 90% oznacza, że chorobę wykrywa się u 9 na 10 faktycznie chorych osób, a u pozostałych 10% chorych test daje wynik fałszywie ujemny. Swoistość testu diagnostycznego (ang. test specificity) to zdolność do wykluczenia choroby w sytuacji, gdy jej rzeczywiście nie ma. Jest to stosunek liczby obserwacji prawdziwie ujemnych (PU) do sumy liczb obserwacji prawdziwie ujemnych (PU) i obserwacji fałszywie dodatnich (FD), zgodnie ze wzorem:

$$\text{SWOISTOŚĆ} = \text{PU} / (\text{PU} + \text{FD})$$

Swoistość testu na poziomie 90% oznacza, że choroby nie wykrywa się u 9 na 10 osób zdrowych, a test daje 10% wyników fałszywie dodatnich.

Mammografia rentgenowska jest badaniem przesiewowym o udowodnionej wartości diagnostycznej; wykazano, że czułość i swoistość badania mammograficznego wzrastają wraz z wiekiem pacjentek. Czułość mammografii ocenia się na 86,6%, natomiast jej specyficzność (swoistość) na 96,8%. W związku z powyższym mammografia jest najlepszą metodą wykrywania raka piersi we wczesnych stopniach zaawansowania, stosowaną z powodzeniem w populacyjnych badaniach przesiewowych prowadzonych w wielu krajach.

Skrining raka piersi w Polsce jest prowadzony od 2006 roku, czyli wraz z wejściem w życie – tj. 17 sierpnia 2005 r. - Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” na lata 2006-2015. Ten akt prawny stał się podstawą do wdrożenia w Polsce populacyjnych programów wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych, m.in. raka piersi. Program koordynowany był przez Centralny Ośrodek Koordynujący, którym było Centrum Onkologii – Instytut M. Curie-Skłodowskiej w Warszawie oraz 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących. Przesiew ma charakter populacyjny – dotyczy populacji najbardziej narażonej na zachorowanie,

czyli kobiet w wieku od 50 do 69 lat, a także zorganizowany i aktywny. Do 2015 roku kobiety z grupy ryzyka otrzymywały imienne zaproszenia na badania mammograficzne, od 2016 roku wysyłanie zaproszeń zostało wstrzymane, ponieważ okazało się, że przez dziesięć lat NFZ wysyłał zaproszenia niezgodnie z prawem. Resort zdrowia uznał, że fundusz nie miał prawa korzystać z danych zgromadzonych w bazie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Okazało się bowiem, że korzystanie z bazy SIMP w celu innym niż rozliczanie świadczeń zdrowotnych, jest nielegalne.

Warunkiem skuteczności skryningu jest jego masowość i długoterminowość. Efektem prawidłowo zaplanowanego i prowadzonego programu badań przesiewowych, mających na celu wczesne wykrywanie raka piersi, powinno być obniżenie wskaźników umieralności z powodu tego nowotworu. Taki efekt (29% spadek umieralności w grupie kobiet w wieku 50-69 lat) osiągnięto na przykład w Szwecji. Warunkiem powodzenia skryningu jest objęcie nim minimum 70% populacji docelowej kobiet, zachowanie właściwych standardów kontroli jakości badań i rozpoznawania raka oraz stała współpraca z rejestrem nowotworów.

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Działania profilaktyczne mające

na celu wczesne wykrycie raka piersi dają dobre rezultaty tylko wtedy, gdy są realizowane na szeroką skalę. Skryning musi być dobrze zorganizowany, prowadzony regularnie i adresowany do określonej populacji (grupy najwyższego ryzyka).

Na podstawie wieloletnich badań klinicznych oraz bogatych doświadczeń ośrodków skryningowych na świecie (Stany Zjednoczone, Szwecja, Kanada, Skandynawia, Wielka Brytania) ujednoczono organizację i prowadzenie badań przesiewowych. I choć programy badań przesiewowych różnią się pod względem standardów postępowania skryningowego, ich cele są zawsze te same: obniżenie umieralności z powodu raka piersi, zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków tego nowotworu, zwiększenie udziału operacji oszczędzających, zwiększenie odsetka całkowitych wyleczeń i obniżenie kosztów leczenia.

Pierwszym, skutecznym programem badań przesiewowych, który zaowocował obniżeniem umieralności z powodu raka piersi – szczególnie u kobiet po 50. roku życia – był program wdrożony w stanie Nowy Jork (USA). Do wykrywania raka piersi wykorzystano mammografię w połączeniu z badaniem klinicznym. Dane na temat wdrażania skryningu raka piersi w kolejnych krajach zestawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Pierwsze programy skryningowe na świecie

Obszar	Okres	Metoda	N*	Wiek	Częstotliwość badania
Nowy Jork (USA)	1963-1969	mammografia w 2 projekcjach + badanie palpacyjne	62.000	40 - 64	12 mies
Kopparberg i Ostergottand (Szwecja)	od 1977	mammografia w 1 projekcji	135.000	40 - 74	24 - 33 mies.
Malmo (Szwecja)	od 1976	mammografia w 2 projekcjach	42.000	45 - 69	18 - 24 mies.
Sztokholm (Szwecja)	od 1981	mammografia w 1 projekcji	60.000	40 - 64	28 mies.
Goeteborg (Szwecja)	od 1979	mammografia w 2 projekcjach	52.000	40 - 59	18 mies.
Edynburg (Szkocja)	od 1979	mammografia w 2 projekcjach + badanie palpacyjne	34.000	45 - 64	mammografia co 24 mies. badanie palpacyjne co 12 mies.
Kanada	1980 -1985	mammografia w 2 projekcjach + badanie palpacyjne	50.000	40 - 49	12 mies.
Kanada	1980 -1985	mammografia w 2 projekcjach + badanie palpacyjne	40.000	50 - 59	12 mies.

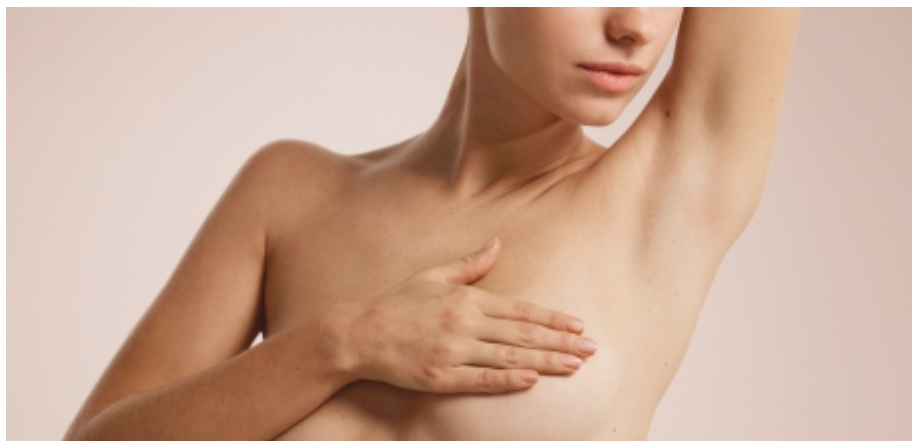
N* - liczba kobiet biorących udział w programie przesiewowym

Źródło: Wronkowski Z.: Program modelowego skryningu raka piersi i raka szyjki macicy w Polsce.

Pierwszy polski program badań przesiewowych, znany pod nazwą „Pierwszy Program Walki z Rakiem”, powstał w 1924 roku z inicjatywy Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka. Szczególny nacisk położono wtedy na oświatę zdrowotną i rozwój sieci placówek onkologicznych, w tym otwartego w 1932 r. Instytutu Radowego w Warszawie. W 1926 roku rozpoczęła funkcjonowanie pierwszy w Polsce onkologiczny „telefon zaufania”. Kolejny, „Drugi Program Walki z Rakiem” wdrożono w 1952 r.; wśród celów Programu znalazły się budowa sieci onkologicznej oraz wczesne wykrywanie nowotworów. Lata 1976-1990 to czas realizacji „Trzeciego Programu Zwalczenia Nowotworów”, w tym wdrożenia pilotażowych programów badań przesiewowych, m.in. w kierunku raka piersi. Był to pierwszy w Polsce, populacyjny i aktywny skrining mammograficzny realizowany przy współpracy z rejestrem nowotworów. Jego celem było rozpowszechnienie rutynowych badań przesiewowych. Program stworzył podwaliny do wdrożenia w 1989 r. nowoczesnego modelu mammograficznego skriningu populacyjnego. Kolejnym krajowym programem profilaktycznym był Program Banku Światowego pod nazwą „Program Modelowego Skryningu Raka Piersi i Raka Szyjki Macicy w Polsce, 1999-2000” (faktycznie realizowany od 15 listopada 2000 r. do 15 marca 2002 r.). Projekt ten był pierwszym etapem „Narodowego Programu Skryningu Raka Piersi i Raka Szyjki Macicy” w Polsce. Kryteria zapewniające prawidłową realizację tego Programu spełniło sześć modelowych ośrodków skriningowych: w Kielcach, Bydgoszczy, Stalowej Woli, Mielcu i Warszawie (2 placówki).

Istotny wpływ na aktywizację polskiego społeczeństwa do dalszych działań na rzecz ograniczenia zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych miał również Europejski Kodeks Walki z Rakiem, którego trzecia edycja ukazała się w 2003 r. Polska wersja Kodeksu ukazała się dopiero w 2007 r., a wdrażanie jego zasad rozpoczęto wraz z powołaniem Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, którego częścią jest Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi realizowany w Polsce od 2006 r.

Grupę docelową Programu stanowią kobiety, które nie chorowały w przeszłości, nie leczą się obecnie z powodu raka piersi i nie miały wykonanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat. W przypadku kobiet obciążonych czynnikami ryzyka raka piersi, takimi jak mutacja w obrębie genów BRCA1/BRCA2 oraz występowanie tego nowotworu u matki, siostry lub córki, badania wykonuje się co 12 miesięcy. Program podzielony jest na dwa etapy: podstawowy oraz pogłębionej diagnostyki. Tryb realizacji świadczenia w obu etapach jest ambulatoryjny. Badaniem świadczonym w ramach profilaktyki raka piersi jest mammografia.



1. Etap podstawowy składa się z:
 - przeprowadzenia wywiadu i wypełnienia ankiety
 - badania mammograficznego: 2 x 2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem
 - rejestracji w ogólnopolskim programie internetowym SIMP
 - decyzji dotyczącej dalszego postępowania w zależności od wyniku badania
2. Etap pogłębionej diagnostyki, w skład którego wchodzi:
 - porada lekarska: badanie piersi przez lekarza, skierowanie na niezbędne badania, ocena wyników przeprowadzonych badań i rozpoznanie
 - dodatkowe badania: mammografia uzupełniająca i/lub USG piersi, biopsja pod kontrolą technik obrazowych z badaniem cytologicznym/histopatologicznym

Jeżeli w trakcie badań dodatkowych zostanie wykryty rak piersi pacjentka kierowana jest do dalszego leczenia.

Realizacja programu badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi odbywa się na podstawie umów podpisanych przez NFZ ze świadczeniodawcami stacjonarnymi i mammobusami, które stanowią mobilną wersję ośrodka diagnostycznego. Rolą tych drugich jest dostarczenie do terenów wiejskich i małych miast, w przypadku których dostęp kobiet do stacjonarnych pracowni mammograficznych może być utrudniony.

Zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe

Warunkiem skutecznego skriningu populacyjnego jest wysoka zgłaszalność osób z grupy docelowej. Problemem prowadzonych w naszym kraju programów badań przesiewowych (w tym skriningu cytologicznego) jest niewielka frekwencja osób uprawnionych. Pomimo, że w grupie wiekowej 50-69 lat badania mammograficzne są bezpłatne, ich popularność jest wciąż zbyt mała. Od początku istnienia Programu podejmowano centralne i regionalne działania mające na celu poprawę zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe. W tym celu prowadzono m.in. różnego rodzaju kam-

panie informacyjno-edukacyjne, podejmowano współpracę z lokalnymi władzami, środowiskiem medycznym, edukowano lekarzy i pielęgniarki POZ, itp. W Ministerstwie Zdrowia podjęto nawet próbę zmuszenia kobiet do udziału w badaniach profilaktycznych na drodze administracyjnej, poprzez wprowadzenie cytologii i mammografii jako obowiązkowych elementów pracowniczych badań okresowych. Jednak ze względu na opór środowisk feministycznych oraz wątpliwości Ministerstwa Pracy, działania w tym zakresie zostały wstrzymane.

W Polsce uprawnionych do badań skriningowych raka piersi jest 5 433 690 kobiet w wieku 50-69 lat. Na dzień 1 września 2023 roku zgłaszalność polskich kobiet na przesiewowe badania mammograficzne kształtowała się na poziomie 36,31%. Wartości te są zbyt niskie, by umożliwić osiągnięcie wymiernych rezultatów skriningu w postaci zmniejszenia umieralności z powodu raka piersi. Niezbędne są dalsze działania edukacyjne i promocyjno-reklamowe, ale także być może większe zaangażowanie w profilaktykę lekarzy pierwszego kontaktu, także pielęgniarek i położnych oraz społeczności lokalnych. Duże znaczenie mają również działania organizacji pacjenckich – kluby Amazonek, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych i inne.

Projekt zmian w badaniach profilaktycznych

Na zakończenie warto dodać, że czekają nas spore zmiany m.in. w profilaktyce raka piersi, ponieważ we wrześniu 2023 roku pojawił się projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Zgodnie z tym projektem z dniem 1 listopada 2023 roku z bezpłatnej mammografii będą mogły korzystać kobiety w wieku od 45 do 74 roku życia, a więc poszerzono kryterium wieku. Ponadto, ponownie objęte skriningiem będą kobiety, które zakończyły etap leczenia oraz 5-letni okres monitorowania po zakończonym leczeniu raka piersi. Wprowadzony będzie również obowiązek stosowania po 30 września 2025 r. tylko mammografów cyfrowych.

RUSZYŁ NABÓR WNIOSKÓW DO NOWEJ EDYCJI MARSZAŁKOWSKIEGO PROGRAMU STYPENDIALNEGO DLA STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH.

Z początkiem października rozpoczął się nabór wniosków o przyznanie stypendiów dla studentów III roku studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne. **Termin składania wniosków trwa od 5 października do 30 października 2023r.**

Stypendium w wysokości 1 500 zł miesięcznie jest przyznawane na okres jednego roku akademickiego czyli od 1 października 2023 r. do 30 czerwca 2024 r.

Pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni odgrywają bardzo ważną rolę w procesie opieki nad pacjentami. Do wykonywania zawodów medycznych oprócz szerokiej wiedzy, potrzebne jest również powołanie. Jest to praca wykonywana w szczytnym celu, jakim jest ratowanie ludzkiego życia i zdrowia. Zależy mi na tym, aby zachęcić młodych ludzi do wyboru medycznej ścieżki kształcenia. Naszym celem jest wspieranie zawodów medycznych, których tak bardzo potrzebujemy na rynku pracy. Ze studentami podpisujemy umowy, że po zakończeniu studiów będą przez co najmniej 3 lata pracować w dolnośląskich szpitalach – mówi Wicemarszałek Województwa Dolnośląskiego Marcin Krzyżanowski.

Program stypendialny zakłada przyznanie stypendium studentowi III roku, który:

- nie powtarza roku, na który ubiega się o przyznanie stypendium;
- nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów w okresie, na który ubiega się o przyznanie stypendium;
- uzyskał średnią ocen na poziomie co najmniej 4,0;
- podejmie pracę w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Dolnośląskie, przez okres co najmniej 3 lat.

Samorząd Województwa realizuje program stypendialny dla studentów kierunków medycznych od 2019 roku. Program z każdą kolejną edycją był rozwijany. Pierwsza edycja była skierowana do studentów pielęgniarstwa, w kolejnych edycjach program został rozszerzony o kierunki położnictwo i ratownictwo medyczne. Zwiększyła się również wysokość stypendium z 1000 zł do 1500 zł miesięcznie. Z programu stypendialnego w poprzedniej edycji skorzystało 70 studentów.

Program stypendialny UMWD

dla studentów 3-go roku studiów I stopnia

- PIELĘGNIARSTWA • POŁOŻNICTWA •
- RATOWNICTWA MEDYCZNEGO •

zyskaj!
1500 zł
miesięcznie

Termin składania wniosków
5.10.- 30.10.2023 r.

Regulamin
i wnioski dostępne na:

www.umwd.dolnyślask.pl/zdrowie/aktualnosci
www.bip.dolnyślask.pl (ogłoszenie)

**Nie zwlekaj!
Złóż wniosek!**

MAM 25 LAT

Projekt realizowany przez
Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego

Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego od trzech lat prowadzi kampanię społeczną promującą zawody medyczne. Grupą odbiorców są młodzi ludzie, a w szczególności maturzyści stojący przed wyborem studiów. To kolejny przykład działań podejmowanych przez Samorząd Województwa zachęcający młodzież do wyboru kierunków medycznych jako ścieżki kariery zawodowej. Kampanię można zobaczyć na facebookowym profilu Dolnośląskie Zdrowie.

Program stypendialny dla zawodów medycznych na Dolnym Śląsku zwłaszcza dla pielęgniarek i położnych ma ogromne znaczenie. Obecnie obserwujemy brak zastępstwa pokoleniowego w tych zawodach - dziś dolnośląska pielęgniarka i położna ma średnio 55 lat co jest bardzo niepokojącą daną statystycz-

ną. Bezwzględny obowiązką społecznym jest podjęcie działań, aby odbudować młode, kolejne pokolenie pielęgniarek i położnych. Program Stypendialny niewątpliwie przyczyni się do uatrakcyjnienia wyboru tych kierunków studiów – **mówi Anna Szafran Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.**

Zachęcamy studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne do składania wniosków o przyznanie stypendium w roku akademickim 2023/2024. Wszystkie potrzebne informacje o naborze wniosków można znaleźć na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego <https://umwd.dolnyślask.pl/zdrowie/program-stypendialny-dla-kadry-medycznej/>

ŻYWIENIE DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

dr n. med. Anna Felińczak



Wiek przedszkolny to okres pomiędzy 3 a 6 rokiem życia. U dzieci w tym czasie zachodzą istotne typowe dla tej fazy zmiany rozwojowe, takie jak wolniejsze tempo wzrastania dziecka w porównaniu z okresem niemowlęcym i poniemowlęcym, a roczne przyrosty wysokości i masy ciała dziecka wynoszą przeciętnie odpowiednio ok. 5–7 cm i ok. 2–3 kg. Wiek przedszkolny jest taką fazą rozwojową, w której zabawa należy do podstawowych form aktywności dziecka. W stosunku do rozwoju fizycznego rozwój psychiczny postępuje w znacznie szybszym tempie i obejmuje sferę poznawczą, emocjonalną, społeczną oraz ruchową. W tym wieku bardzo ważną rolę w rozwoju dziecka odgrywa naśladowanie innych osób. Zaobserwowane i zapamiętane z tego okresu życia informacje, dotyczące między innymi sposobu żywienia, są bardzo istotne z punktu widzenia kształtowania się prawidłowych i nieprawidłowych nawyków żywieniowych.

Odpowiednie żywienie dziecka w wieku przedszkolnym ma na celu dostarczenie wszystkich składników odżywczych, które niezbędne są do jego prawidłowego rozwoju jak również wpływają na aktywność dziecka – zarówno fizyczną, jak i psychiczną – oraz zwiększają odporność na oddziaływanie szkodliwych czynników środowiska. Spożywanie zarówno zbyt dużej, jak i zbyt małej w stosunku do potrzeb ilości składników odżywczych jest dla dziecka niekorzystne. Prowadzi do nadmiaru masy ciała bądź niedożywienia, a to z kolei skutkować może upośledzeniem wielu funkcji organizmu, w tym zaburzeń rozwoju, oraz predysponuje do rozwoju chorób dietozależnych w przyszłości.

Wartość energetyczna całodiennej diety dziecka w wieku 4–6 lat powinna wynosić ok. 1400 kcal. Energia dostarczana z pożywieniem jest niezbędna do prawidłowego przebiegu wszystkich procesów zachodzących w organizmie. Zapotrzebowanie na białko w tej grupie wiekowej stanowi od 10–20% energii z białka w całodiennej zalecanej puli energetycznej, przy czym ilość białka nie powinna być niższa niż 1 g/kg masy ciała dziecka. Podstawowymi źródłami białka i witamin z grupy B są: mięso drobiowe i czerwone, ryby, jaja, nabiał, rośliny strączkowe. Tłuszcze stanowią doskonały materiał energetyczny ale również są źródłem niezbędnych kwasów tłuszczowych stąd ich zawartość w diecie dzieci powinna być na poziomie około 30%

całkowitej energii tak, aby pokryć wydatek energetyczny dziecka i jego wzrost. Bardzo ważna jest podaż odpowiedniej jakości tłuszczu, w tym kwasów zwłaszcza długocząściowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Dlatego oleje roślinne i orzechy to dobre źródła jedno- i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz witaminy E i w przypadku orzechów składników mineralnych takich jak: wapń, potas, fosfor, magnez, żelazo. Dodatkowo zawarte w orzechach sterole roślinne korzystnie wpływają na funkcjonowanie układu sercowo naczyniowego, a regularne spożywanie orzechów wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka sercowo naczyniowego w okresie dorosłości.

Udział energii z węglowodanów w ogólnej puli energetycznej powinien wynosić 50–70%. Należy ograniczyć tzw. cukry dodane (czyli cukry stosowane w produkcji żywności i przygotowywaniu potraw) do poniżej 10% energii. Zaleca się podawać produkty, które są źródłem węglowodanów złożonych, takie jak pełnoziarniste pieczywo, kasze, makarony i produkty z mąki z pełnego przemiału. Wyżej wymienione produkty to również źródło błonnika pokarmowego, składników mineralnych (żelazo niehemowe, miedź, magnez) i witamin z grupy B. Podstawą zdrowego żywienia dzieci jest taki dobór produktów z różnych grup, aby można było skomponować pełnowartościowe posiłki. Produkty polecane w żywieniu dzieci powinny charakteryzować się wysoką wartością odżywczą i jakością zdrowotną. Polecana jest żywność naturalna, świeża, pełnowartościowa, mało przetworzona.

W całodiennej diecie przedszkolaka należy uwzględnić mleko i jego przetwory, jaja, chude mięso, wysokogatunkowe wędliny, produkty zbożowe z pełnego przemiału ziarna, tłuszcz (masło, oleje) oraz świeże warzywa i owoce.

Dziecko w tym wieku powinno spożywać 4–5 posiłków w ciągu dnia, w tym 3 posiłki podstawowe: śniadanie, obiad i kolację oraz 1–2 mniejsze posiłki dodatkowo: drugie śniadanie i/lub podwieczorek. Liczbę posiłków spożywanych w ciągu dnia przez dziecko, które uczęszcza do przedszkola, należy skorelować z posiłkami podawanymi w domu. W przedszkolu dzieci spożywają najczęściej 2–3 posiłki, a pozostałe posiłki (1–3) w domu. Placówki przedszkolne, w których dzieci przebywają 8–10 godzin, realizują około 70–75% cał-

dziennego zapotrzebowania na energię.

Śniadanie powinno być spożywane w pierwszych dwóch godzinach od przebudzenia dziecka, dlatego jeśli placówka mieści się daleko od domu, warto podać dziecku małą kanapkę z chleba pełnoziarnistego lub niewielki posiłek mleczny. Po powrocie z przedszkola powinniśmy zadbać o lekkostrawną kolację. Zbyt obfity posiłek wieczorny w formie np. obiadokolacji może powodować dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, a także prowadzić do rozwoju otyłości.

Śniadanie to pierwszy posiłek spożywany w ciągu dnia. Dla dzieci podstawą posiłku śniadaniowego powinno być mleko i jego przetwory – ser twarogowy, kefir lub jogurt z dodatkiem owoców, ciepłe napoje mleczne – kawa zbożowa, kakao. Część dzieci jest zwolennikami tradycyjnych zup mlecznych, inne odmawiają ich spożywania. Na rynku dostępny jest duży asortyment płatów (owsiane, jaglane, żytnie), które mogą być podstawą ciekawych posiłków na bazie produktów mlecznych, stwarzając wiele możliwości komponowania z nich nie tylko tradycyjnych owsianek. W zestawie śniadaniowym dziecka należy uwzględnić także różne produkty białkowe – jaja, pasty mięsno-warzywne, sałatki warzywne z serem lub wysokiej jakości wędlinami, przygotowywane tuż przed podaniem. Istotną jest kompozycja śniadań. Dzieciom poleca się urozmaicony asortyment pieczywa – pszenne, mieszane żytnio-pszenne, razowe, cienko krojone w małe kromeczki. Kanapki mogą być dekorowane cząstkami warzyw i owoców (np. krążkami pomidorów, plasterkami owoców kiwi, jabłka, sałata, szczy-piorkiem, krążkami rzodkiewki itp.). Obiad powinien być głównym pod względem wartości odżywczej i energetycznej posiłkiem w ciągu dnia. Posiłek obiadowy może składać się z zupy przygotowanej na bazie warzyw i drugiego dania. Drugie danie należy przygotować z mięsa, drobiu, ryby lub jaj z dodatkiem ziemniaków, kaszy lub makaronu i warzyw w postaci jarzynki, surówki. Niekiedy zupę jarzynową można zastąpić sokiem warzywnym lub warzywno-owocowym, bogatym między innymi w witaminę C. Podstawową technologią przygotowania potraw powinno być gotowanie. Jeśli dziecko jest tzw. niejadkiem, posiłek zaczynamy od potrawy mięsno-jarzynowej. Nie będzie również błędem, jeżeli zupę dziecko spożyje w ramach tzw. II śniadania a klasyczne II danie na obiad. Wszystko zależy od tego jak

rozdzielimy wielkość i wartość odżywczą poszczególnych posiłków. Posiłek kolacyjny powinien być lekkostrawny. Potrawy gotowane mogą urozmaicić standardowe zestawy z kanapkami. W jadłospisach kolacyjnych dzieci należy uwzględnić wysokowartościowe produkty spożywcze, które są źródłem białka, witamin i składników mineralnych – chude mięso, mleko i jego przetwory, a wśród nich mleczne napoje fermentowane – kefir, jogurt, maślanka. Wartość odżywcza posiłku kolacyjnego dzieci przełożona na jadłospis to np. 1/2 szklanki herbatki owocowej, kanapka z chleba razowego z masłem, chudą szynką i plastrem pomidora, deser owocowy z jogurtem albo kefir lub jogurt naturalny, 1–2 łyżki kaszy gryczanej z jajem sadzonym, cząstki gotowanego kalafiora lub brokuły. Posiłek kolacyjny bogaty w węglowodany, witaminy i składniki mineralne działa uspokajająco i może być korzystny dla dzieci nadaktywnych. Podobnie może działać szklanka ciepłego mleka wypita przed snem. Drugie śniadanie i/lub podwieczorek powinny sta-

nowić uzupełnienie puli energetycznej całodziennego dziecka. Mogą być one posiłkami przygotowywanymi na bazie mleka lub jogurtu. Polecane są także świeże owoce podawane w formie kolorowych, odpowiednio dobranych smakowo kompozycji, także soki, przeciery owocowe i potrawy zaliczane do deserów, stanowiące połączenie owoców z kleikiem, kaszką lub biskopciem. Wiele smacznych potraw przygotować można z białego sera, homogenizowanych twarożków, z jaj lub z dodatkiem jaj – omelety, naleśniki. W potrawach o słodkim smaku polecane przyprawy to cukier waniliowy, wanilia, cynamon, goździki. Inne dodatki to miód, kakao, a także bakalie, które podwyższają wartość energetyczną i odżywczą potraw. Migdały, orzechy mogą stanowić dobre źródło mikroelementów – pierwiastków śladowych, takich jak cynk, mangan, molibden, miedź. Należy pamiętać jednak o odpowiednim stopniu rozdrobnienia orzechów i migdałów w potrawach dla dzieci. Dzieciom młodszym można podawać porcję budyniu lub kisiel mleczny

z owocami, dzieciom starszym – porcją ciasta z napojami mlecznymi lub koktajl mleczno-owocowe. Nie poleca się w żywieniu dzieci tych potraw i deserów, które zawierają dużo tłuszczu, zwłaszcza tłuszczu cukierniczego, i cukru. Do zalecanych płynów w diecie dzieci zaliczamy wodę w ilości około 1,5 litra dziennie. Można przygotować wodę z plasterkami cytryny lub innych owoców. Porcję warzyw lub 0,5-1 porcji owoców można zastąpić porcją świeżo wyciskanego lub przecierowego soku warzywnego lub warzywno-owocowego. Ale tak przygotowane soki zawsze należy traktować jako element posiłku a nie napój uzupełniający wodę w organizmie człowieka. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi u dzieci w wieku 4-6 lat należy ograniczyć spożycie soków do 120-180 ml na dobę, pamiętając że świeże warzywa i owoce stanowią znacznie korzystniejszą zdrowotnie alternatywę niż przygotowane z nich soki. Nie zaleca się gotowych napojów i nektarów ze względu na mniejszą ich wartość odżywczą oraz często dodatek soli i/ lub cukrów prostych.



ZACZEPEK ETYCZNY

O BŁĘDNYCH INFORMACJACH W NAUCE

dr hab. Jarosław Barański - etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Rozpropagowany przez WHO termin „infodemia” wzbudza niekiedy wątpliwości, szczególnie wtedy, gdy rozsnuwa wokół siebie metaforyczne znaczenia. Ci zaś, którzy podążają myślą i emocją tropami metaforyzacji, ulegają pokusie kryminalizacji błędnych informacji, a nawet medykalizacji postaw tych, którzy je podzielają, aby uzasadnić konieczność zwalczania tych informacji. Rozciągając epidemiologię na przekaz cyfrowy traktują te informacje jako przejaw swoistego wirusa, a osoby je powielające jako nosiciele. A przecież ludzie zmieniają swoje poglądy, nierzadko z błędnego poglądu.



Wielu naukowców, pisze I. Freiling i jej zespół, miało pokusę „wzywania do interwencji na dużą skalę w celu powstrzymania rozprzestrzeniania się i przyjmowania błędnych informacji na temat nauki i zdrowia”. Domaganie się takich interwencji brało się z nieuświadomionego pragnienia, „by raczej kształtować politykę publiczną, niż informować o niej, i zmieniać sposób, w jaki społeczeństwo konsumuje informacje dotyczące zdrowia publicznego”. Być może jest to również konsekwencja kolejnej pokusy w postaci pragnienia ograniczenia wolności słowa. Uznanie bowiem wirusa – rzeczywistego lub informacyjnego – jako wrogiemu przeciwnika legitymizuje formy autorytarne rządów A przecież – powtórzę – ludzie zmieniają swoje poglądy, nierzadko z błędnego poglądu. A nadto, piszą F. Simon i C. Camargo, „rozpowszechnianie informacji często wiąże się z niezależnymi źródłami, niejasnym pochodzeniem poglądów i informacji, zróżnicowaną jakością treści, niejasnymi granicami i wieloma interpretacjami zależnymi od kontekstu”, także kulturowego i historycznego.

Nie posiadamy i posiadać nie będziemy bezdyskusyjnego kryterium oceny informacji. Wiemy natomiast, gdzie rodzi się błędna informacja lub dezinformacja medyczna. G. Eysenbach w 2002 r. określił to miejsce jako przedmiot infodemiologii: identyfikuje ona „obszary, w których istnieje luka w tłumaczeniu wiedzy między najlepszymi dowodami (co wiedzą niektórzy eksperci) a praktyką (co robi lub w co wierzy większość ludzi)”. Należy tę lukę pomniejszać poprzez monitorowanie informacji na temat treści nauk medycznych, a szczególnie w Internecie jak i budować zdolności poznawcze w zakresie e-zdrowia i nauk.

Należy, postuluje Eysenbach, zachęcać „do doskonalenia wiedzy i procesów poprawy jakości, takich jak sprawdzanie faktów i recenzowanie”, a nade wszystko tłumaczyć wiedzę, „minimalizując czynniki zniekształcające takie, jak wpływy polityczne lub komercyjne”.

Przeczuwamy więc, że tę lukę wytwarzają również teksty naukowe, gdy zawierają błędne interpretacje badań i takie wnioski. Warto dostrzec ów problem, bo nie unikniemy tych błędów wtedy, gdy zalewają nas publikacje naukowe, nierzadko wymuszone pośpiechem ze względu na dynamicznie zmieniające się życie społeczne: w latach 2020-2021 ukazało się 870 000 artykułów naukowych na temat COVID-19 (A. Capodici i in.). Bywa więc tak, że tzw. drapieżnie czasopisma akceptują publikacje w celu uzyskania korzyści finansowych. Według B. Swire-Thompson i D. Lazer, przedstawiciele nauki: dostarczają naukowo brzmiących informacji, które są niedokładne, a nawet niezgodne z naukową metodą; dokonują oszustw naukowych albo „postrzegają dezinformację jako szansę na osiągnięcie zysku finansowego” lub „wykorzystują ją jako polityczną okazję do polaryzacji społeczeństwa”.

To co niepokoi, twierdzą J. West

i C. Bergstrom, to stroniczość publikacji (np. podobny temat badawczy, odwołanie się do tych samych badań, te same hipotezy badawcze itp.), która jest związana z nadmiernym poleganiem na wskaźnikach efektywności. Przywołują oni prawo Goodharta: „kiedy środek staje się celem, przestaje być dobrym środkiem”, a zatem: jeśli naukowcy są oceniani ze względu na określone wskaźniki, dostosują swoje działania, aby osiągać jedynie te wskaźniki. Dodajmy nadto niepokojący trend, polegający na dynamicznym wzroście publikacji naukowych wytwarzanych dzięki sztucznej inteligencji.

Pojawia się wiele nieporozumień, w tym błędnego tłumaczenia wiedzy naukowej, w komunikacji naukowej ze strony mediów, także cyfrowych, skierowanych do laików. Póki co, nie posiadamy innych narzędzi przekazu treści naukowych – naukowego konsensusu, postępów w nauce, w tym również dotyczących zdrowia. Dlatego wzrasta rola autorytetów zawodów medycznych: jeśli pacjenci ufają w charakter pielęgniarki i położnej, łatwiej zawierzą im w kompetencje medyczne, łatwiej przyswoją niezbędną dla swojego zdrowia wiedzę medyczną, która będzie im tłumaczona w sposób konsekwentny i cierpliwy.



Z okazji przejścia na emeryturę

PODZIĘKOWANIA

PIELĘGNIARCE DOROCIE SITARZ



za wszystkie lata współpracy,
wszelkie rady, dobre serce, mądrość, wsparcie.
Życzymy Ci aby nowy rozdział życia, który rozpoczęłaś był pełen zdrowia, spełnienia
i dobrych chwil.

Koleżanki
z Zamiejscowego Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej II



Podziękowania

Składam serdeczne podziękowania

Pani Dorocie Pikul

pielęgniарce oddziałowej oddziału
kardiologii oraz wszystkim pielęgniarkom, pielęgniарzom
i pracownikom oddziału kardiologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Kamieńskiego 73a
za opiekę, profesjonalizm
i poczucie bezpieczeństwa jakim zostałem otoczony
w trakcie mojego pobytu

wdzięczny pacjent - Piotr Pietrzak.



Stowarzyszenie Świętego Celestyna
 Mikoszków 27, 57-100 Strzelin
 tel.: +48 71 39 58 101, fax: +48 71 39 58 102
 sekretariat@celestyn.pl
 NIP: 914 12 75 815, REGON 931003526, KRS 0000090529



Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii Celestyn w Mikoszowie
 uczestniczy w Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego
 i organizuje nowoczesne Centrum Zdrowia Psychicznego dla pacjentów ich rodzin,
 wymagających wsparcia, diagnostyki i terapii.

Dbamy o to by nasi pacjenci czuli się bezpiecznie, otoczeni troskliwą i profesjonalną opieką.
 Szczególnie zależy nam Rodzinie Pracowników,
 by wspólnie tworzyć miejsce przyjazne satysfakcjonującej pracy, dla każdego z nas.

Centrum Celestyn zaprasza do podjęcia pracy w zgranym zespole, miłej atmosferze w powstającym Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych:

Pielęgniarki:

Pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego
 albo
 Pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym z psychiatrii
 albo
 Pielęgniarki w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z psychiatrii
 albo
 Pielęgniarki z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy na oddziałach
 psychiatrycznych albo w poradnia zdrowia psychicznego
 albo
 Pielęgniarki, które chcą rozwijać się w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

Zapraszamy do współpracy i do kształtowania wspólnie z nami nowoczesnej psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej dla pacjentów i ich bliskich, w środowisku domowym i blisko domu.

Oferujemy:

- elastyczne godziny pracy, dostosowywane do indywidualnych możliwości i potrzeb pracownika
- rodzaj umowy do uzgodnienia
- satysfakcjonujące wynagrodzenie
- dyżury konsultacyjne w punkcie zgłoszeniowo/koordynacyjnym, atrakcyjnie płatne stacjonarne ewentualnie pod telefonem
- możliwość szkoleń i rozwoju w placówce z wieloletnim doświadczeniem w opiece nad pacjentami wymagającymi opieki psychiatrycznej i psychologicznej w każdym wieku *doświadczenie w pracy z osobami ze spektrum autyzmu
- estetyczne, miłe dobrze wyposażone miejsce pracy

Zapraszamy do kontaktu z Centrum Św. Celestyna w Mikoszowie. Przyjdź, zobacz, poznaj, oswój, zostań.

Zainteresowane osoby prosimy o składanie aplikacji (CV) w sekretariacie
 Stowarzyszenia Świętego Celestyna, Mikoszków 27,57-100 Strzelin, Tel./Fax +48 71 39-58-134, adres mailowy księgowość@celestyn.pl

Prosimy o umieszczenie klauzuli:

"Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97R.o ochronie danych osobowych 133,poz.883 ze zm.)."

*"Na odejście bliskich nie można się przygotować.
Śmierć zawsze jest nie na miejscu i zawsze
nie w porę - za szybko, za rano, za nagle....
Nie pyta, nie uprzedza, nie dyskutuje.
Przychodzi i zostawia ból.
Ból, który ukoić mogą tylko wspomnienia".*

Trudno żegnać kogoś, kto mógł żyć dalej z nami.

Wyrazy szczerego współczucia i wsparcia

ANI ŁUCZKIEWICZ

Z powodu śmierci MĘŻA

Składają współpracownicy
z Oddziału Urologii i Urologii Onkologicznej.
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
ul. Kamieńskiego we Wrocławiu

„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią im się płaci”

W. Szymborska

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy
o śmierci naszych koleżanek emerytowanych położnych

ś.p. MARII BURDY I. 94

oraz

ś.p. JOLANTY GOLICZ I. 75

Wyrazy współczucia dla rodziny składa:
Zespół Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych
przy DORPiP we Wrocławiu

Ci, których kochamy nie umierają nigdy, bo miłość to nieśmiertelność.

Ks. Twardowski

Wyrazy głębokiego współczucia, otuchy i wsparcia
z powodu śmierci męża

p. KRYSZYŃCIE WIECZOREK

kierownikowi NZOZ-"PROFIL-MED"

składają koleżanki z firmy.

*„Spocznij jedynie w Bogu, duszo moja,
bo od Niego pochodzi moja nadzieja”. (ps.62,6)*

Z głębokim żalem zawiadamiamy o śmierci

ś.p. BARBARY WALCZAK-CHOCIEJ

wieloletniej Przewodniczącej
Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania
i Wychowania działającego przy DORPiP we Wrocławiu

Wyrazy współczucia dla rodziny składają:
Przewodnicząca
wraz z członkami Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych oraz pracownicy biura Izby

*„Życie to czas, w którym szukamy Boga.
Śmierć to czas, w którym Go znajdujemy.
Wieczność to czas, w którym Go posiadamy.”*
św. Franciszek Salezy

Naszej Koleżance

DANUSI NOWICKIEJ-KASPRZYSZAK

składamy wyrazy szczerego współczucia,
wsparcia i otuchy po śmierci Taty.

Koleżanki i Koledzy z DCM Dolmed SA

„Są chwile i ludzie, których się nie zapomina”

Z głębokim żalem i smutkiem informujemy,
że w dniu 15.06.2023 r. odeszła

PANI JOLANTA WROTNA

emerytowana Pielęgniarka, do 2006 r. Przełożona Pielęgniarek
i Położnych w Przychodni Rejonowej w Chojnowie.

Pani Jola pozostanie w naszej pamięci i sercach
jako osoba powszechnie szanowana, lubiana,
serdeczna, życzliwa, kochająca ludzi i życie.

Długotrwała choroba spowodowała,
że odeszła od nas na „wieczny dyżur”.

Rodzinie głębokie wyrazy współczucia składają:
Kierownictwo, Pielęgniarki, Położne
i współpracownicy Przychodni Rejonowej w Chojnowie.

*"Zamknęły się ukochane oczy, spoczęły spracowane ręce,
przestało bić kochane serce."*

Naszej Koleżance

MARZENIE PĘKALSKIEJ

i jej bliskim wyrazy najgłębszego współczucia i żalu
oraz słowa otuchy z powodu śmierci MAMY

składają koleżanki i koledzy z DCM Dolmed SA

BEZPŁATNY

Program **Wsparcia** **Psychologicznego** **Kadry Medycznej**

Co zyskujesz?



SZYBKĄ DORAŻNĄ POMOC

konsultacje i terapie online lub stacjonarnie ze specjalistami



SZEROKĄ WIEDZĘ

e-booki, poradniki, podcasty na temat zdrowia psychicznego i emocji



SKUTECZNE NARZĘDZIA

techniki relaksacyjne i metody radzenia sobie ze stresem i emocjami



Zadbaj o siebie, by móc skutecznie pomagać innym!

Sprawdź naszą platformę i dowiedz się więcej!
psychologdlamedyka.pl

