

Pracownik czy samozatrudniający się? Umowa o pracę czy umowa kontraktowa?

Każda z form wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej – w ramach umowy o pracę czy też umowy kontraktowej – ma zalety i wady. Artykuł przedstawia

To wyróżnienie dla zawodu

Przedstawiamy Joannę Gąsiorowską, laureatkę konkursu na najlepsze rozprawy doktorskie, prace magisterskie i dyplomowe tematycznie związane z województwem łódzkim lub promujące region

Łóżko szpitalne podstawą pielęgnowania pacjentów

Na łóżkach szpitalnych egzystują osoby ciężko chore, osoby niepełnosprawne. Wówczas łóżko jest sypialnią, jadalnią, łazienką, toaletą, czytelną, świetlicą, miejscem wykonywania zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacji przyłóżkowej i zabiegów pielęgnacyjnych.

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo Przewodniczącej
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- 3 **Serwis informacyjny**
- 4 Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych
- 6 **Konferencje, szkolenia**
- 9 Konkurs
- 10 Projekty unijne organizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- Wkładka**
Pracownik czy samozatrudniający się?
Umowa o pracę czy umowa kontraktowa?
- 13 To wyróżnienie dla zawodu
- Okiem psychologa**
15 Czy WZA zawsze prowadzi do choroby wieńcowej serca?
- Koło Naukowe PTP**
18 Łóżko szpitalne podstawą pielęgnowania pacjentów
- 21 Diety lecznicze – klasyfikacja i charakterystyka
- 23 **Podziękowania**
- 24 Kącik biblioteczny

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Fot. na okładce: J. Pietruski

SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

„Spraw, aby każdy dzień
miał szansę stać się
najpiękniejszym dniem
Twojego życia”

Mark Twain



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Żyjemy w takich ciekawych czasach pod względem przemian zarówno w naszym życiu rodzinnym, społecznym ale i zawodowym. Na każdym kroku oczekuje się od nas zaświadczeń, potwierdzeń, certyfikatów. Dotyczy to również naszej pracy zawodowej. Narodowy Fundusz Zdrowia w warunkach do zawarcia kontraktu określa jakie kwalifikacje mają mieć pielęgniarki/położne. W ślad za nim takie same oczekiwania ma pracodawca.

My chcąc sprostać tym oczekiwaniom zdobywamy coraz lepsze i wyższe kwalifikacje.

Bardzo często robimy to z chęci znalezienia dodatkowego zatrudnienia. To dobrze, że jest w nas taka chęć do podnoszenia kwalifikacji, do zdobywania wiedzy. Może przez to osiągniemy coś, co będzie dawało nam wiele zadowolenia.

Zastanawiam się tylko, czy zawsze ta wiedza, umiejętności przekładają się na jakość sprawowanej opieki? Czy w tym

zabieganiu, zagonieniu mamy jeszcze czas na pielęgnowanie naszych podopiecznych? Szanowni Państwo, przed nami bardzo ciekawy i trudny rok. Za chwilę rozpoczynamy wybory delegatów na VI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, w kwietniu odbędą się obchody XX-lecia samorządu zawodowego, w maju Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i organizacja z tej okazji, międzynarodowej konferencji „Łódzkie Dni Pielęgniarstwa”. O tym wszystkim będziemy informować w naszym Biuletynie. Życząc Państwu optymizmu i wiary w lepsze jutro w imieniu całego samorządu serdecznie zapraszam do współpracy.

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
mgr *Zofia Komorowska*

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podjęte podczas ORPiP w dniu 14 grudnia 2010 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 2 pielęgniarki i 1 położną.
- Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarki.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarki.
- Skreślono z rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 3 pielęgniarki i 1 położną.
- Podjęto 5 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- Podjęto decyzję o skróceniu 4 pielęgniarkom przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu.
- Przyjęto protokół Okręgowej Komisji Rewizyjnej z kontroli pracy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi za okres czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień i październik 2010 roku.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – Centrum Edukacji Erudio, kurs specjalistyczny w zakresie Wykonywanie i ocena testów skórnych, program dla pielęgniarek.
- Podjęto uchwałę w sprawie prenumeraty dla rejonów wyborczych na rok 2011 „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”.
- Podjęto uchwały w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej kursów prowadzonych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- 8 osobom przyznano pomoc finansową i zapomogi bezzwrotne w kwotach od 750 zł do 1500 zł.
- Przyjęto rezygnację pani Iwony Sychalskiej z pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do składów Rady Społecznej:
 - Szpital Powiatowy w Radomsku,
 - SPZOZ w Radomsku (POZ),
 - SPZOZ Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi,
 - SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. N. Barlickiego,
 - SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny WAM,
 - SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4, im. M. Konopnickiej,
 - SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 6,
- Przyznano dofinansowania udziału w:
 - kursach kwalifikacyjnych 14 członkom samorządu,
 - kursach specjalistycznych 5 członkom samorządu,
 - konferencjach, zjazdach 9 członkom samorządu,
 - studiach podyplomowych 4 członkom samorządu.
- Po przedstawieniu brakującej dokumentacji rozpatrzono pozytywnie odwołanie od decyzji odmownej przyznania dofinansowania do szkolenia specjalizacyjnego.
 - 5 członkom samorządu przyznano nagrodę finansową w wysokości 1500 zł po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie.
 - Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 12/2010 – 7 autorom.
 - Wytypowano przedstawicieli OIPiP w Łodzi do udziału w komisjach egzaminacyjnych. ■

HARMONOGRAM SPOTKAŃ PEŁNOMOCNIKÓW W ROKU 2011

15 lutego, 22 marca, 19 kwietnia, 17 maja, 21 czerwca, 13 września, 18 października

HARMONOGRAM SPOTKAŃ KADRY KIEROWNICZEJ W ROKU 2011

16 lutego, 20 kwietnia, 22 czerwca, 14 września

oprac. mgr *Anna Manes* – sekretarz ORPiP



Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie przedstawia swoje stanowcze „nie” dla propozycji MZ 1:20. Zobacz merytoryczne stanowisko Towarzystwa. Zobacz propozycję poziomu obsad pielęgniarskich na: oddziałach zabiegowych, zachowawczych, intensywnej terapii, dziecięcych.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że nie do przyjęcia jest zapis z projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – zmieniający §4, który określa „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 tj. z późn. zm.), z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany.”

Kształtowanie norm zatrudnienia powinno:

- opierać się na wynikach badań naukowych, które jednoznacznie określą wpływ obsad pielęgniarskich na bezpieczeństwo pacjenta, jakość opieki i satysfakcję pacjentów, pielęgniarek;
- zapobiegać odchodzeniu od zawodu i zachęcać do wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza.

Normy zatrudnienia to także niezbędny element dla zapewnienia pielęgniarkom bezpiecznego środowiska pracy, środowiska, które spowoduje zatrzymanie personelu w pracy i wpłynie na promocję tego zawodu jako bezpiecznego i atrakcyjnego dla przyszłych jego adeptów.

Świadczenia pielęgniarskie powinny być realizowane dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom z uwzględnieniem realizacji potrzeb wyrażonych i niewyrażonych, niezbędnych dla prawidłowego procesu terapeutycznego – zapewniającego skrócenie okresu leczenia i zapewnienia możliwości realizacji procesu edukacji i przygotowania do

samoopieki – dla zwiększenia potencjału pacjenta w realizacji codziennych zadań związanych z pełnieniem ról społecznych, w tym pracą i nauką. Uważamy, że polityka zdrowotna powinna opierać się na ocenie kosztów nie tylko związanych z zatrudnianiem dodatkowego personelu, ale przede wszystkim ocenie kosztów wynikających z niezatrudniania tego personelu w odpowiedniej liczbie, co m.in. prowadzi do zwiększenia szeroko rozumianych zjawisk – błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych.

Uważamy, że liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w lecznictwie stacjonarnym w Polsce powinna być ustalana w oparciu o badania naukowe i uwzględniać zatrudnienie personelu pomocniczego tzn. opiekunów medycznych.

Jako Towarzystwo stoimy na stanowisku, że nie można arbitralnie podawać liczby pacjentów w oddziale szpitalnym podlegających opiece jednej pielęgniarki w ciągu zmiany bez uwzględnienia specyfiki tego oddziału i stanu pacjentów, którzy w nim przebywają. Biorąc jednocześnie pod uwagę analizy dotychczas przeprowadzonych badań w oparciu o wiarygodną metodykę badawczą proponujemy poziom obsad pielęgniarskich, który zgodnie z wynikami badań może kształtować się następująco:

Oddziały zabiegowe: 1 pielęgniarka na 4 pacjentów lub 1 pielęgniarka na 8 pacjentów + 2 osoby personelu pomocniczego (opiekun medyczny). Docelowo 1 pielęgniarka na 4 pacjentów.

Oddziały zachowawcze: 1 pielęgniarką na 6 pacjentów + 1 opiekun medyczny, lub w zależności od stopnia intensywności opieki, tj.: w przypadku pacjentów niesamodzielnych w ocenie skali ADL do 2 pkt. – 1 pielęgniarka na 2 pacjentów + 1 opiekun medyczny; między 2 a 4 pkt Skali ADL 1 pielęgniarka na 4 pacjentów + 2 opiekunów medycznych; w przypadku punktacji od 4 do 5 pkt 2

pielęgniarki na 8 pacjentów + 2 opiekunów medycznych; w przypadku pkt. powyżej 6 pkt – 1 pielęgniarka na 15 – 20 pacjentów + 2 opiekunów medycznych. Docelowo 1 pielęgniarka na 5 pacjentów.

Oddziały intensywnej terapii: 1 pielęgniarka na 1,2 pacjenta, natomiast odcinki intensywnego nadzoru – 1 pielęgniarka na 2 pacjentów.

Oddziały dziecięce: liczba pielęgniarek uzależniona jest od stopnia intensywności opieki pielęgniarskiej, tj.: opieka standardowa – 1 pielęgniarka na 4 dzieci, przy wzmożonej opiece 1 pielęgniarka na 2 dzieci, w intensywnej terapii 1 pielęgniarka na 1 dziecko. Dodatkowo należy pamiętać, iż w każdym oddziale musi być zatrudniona pielęgniarska kadra kierownicza – pielęgniarka oddziałowa i zastępca pielęgniarki oddziałowej.

Przyjęcie stanowiska Towarzystwa w przedmiotowej sprawie skutkuje zwiększeniem oszczędności w ochronie zdrowia wynikających ze zmniejszenia wydatków na leczenie zdarzeń niepożądanych wynikających z nieodpowiedniej obsady pielęgniarskiej w zakładach opieki zdrowotnej wskazanych w literaturze naukowej.

Jednocześnie zgadzamy się, że zaproponowana przez A. Ksykiewicz-Dorotę metoda planowania obsad pielęgniarskich bazująca na kategoryzacji pacjentów w 3 kategorie opieki, nie wymaga w praktyce żmudnych wyliczeń i może być istotną pomocą dla praktyków (A. Ksykiewicz-Dorota, 2001). Stąd zawarty w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej wzór planowania obsad pielęgniarskich był poprawny matematycznie i możliwy do zastosowania w praktyce, przy poprawnym postępowaniu metodologicznym.

Tło

Badania naukowe dowodzą występowania istotnych zależności pomiędzy obsadą pielęgniarek a:

1. Bezpieczeństwem pacjenta. Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych m.in. takich jak: zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakończone niepowodzeniem akcje reanimacyjne, zapalenie żył, czy też zakażenia ran pooperacyjnych (Canadian Federation of Nurses Union, 2005). Nieodpowiednia obsada pielęgniarska to większa śmiertelność i zachorowalność pacjentów, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych, włączając w to infekcje dróg moczowych, stanowiących 40 proc. wszystkich zakażeń szpitalnych (Hampton, 2004). Każdy dodatkowy pacjent, powyżej 4, na jedną pielęgniarkę w oddziałach chirurgicznych powoduje 7-proc. wzrost prawdopodobieństwa zgonu w ciągu 30 dni od przyjęcia oraz 7-proc. wzrost prawdopodobieństwa niepowodzeń

w działaniach ratujących życie (Aiken, Clarke, Sloane i wsp., 2002). Istnieje także związek między małą liczbą pielęgniarek na dyżurach nocnych i wzrostem ryzyka płucnych komplikacji pooperacyjnych (Dimick, Swoboda, Pronovost, Lipsett, 2001).

Według Komisji Europejskiej w Polsce 91 proc. badanych ocenia ten problem jako bardzo ważny, a aż 50 proc. obawia się występowania zdarzeń niepożądanych, 51 proc. czytała o nich często w doniesieniach prasowych, natomiast 28 proc. respondentów doświadczyło powikłań związanych z kontaktem z ochroną zdrowia, które nie były związane bezpośrednio z chorobą, która ich dotyczyła („Medical Errors”, Eurobarometer, Jan.2006).

Według Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej najczęstszą wskazywaną przyczyną powodującą brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zbyt duże obciążenie pracą (83 proc.) (Lisowska, 2005).

2. Kosztami opieki zdrowotnej. Występowanie zdarzeń niepożądanych to nie tylko problemy dla pacjenta i ryzyko zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia (Erwin, 1994; Seago, 1999; Dimick, Swoboda, Pronovost, & Lipsett, 2001, Gelin & Bohlen, 2002). Z powodu nieodpowiedniej obsady (USA), aż 11 – 13 proc. hospitalizowanych pacjentów cierpi z powodu odleżyn, których leczenie dodatkowo kosztuje od 5 do 75 tys. dolarów na każdego pacjenta (Manley, 1978; Robinson Coghlan, & Jackson, 1978; Reuler & Cooney, 1981; Cowart, 1987). Istnieją dowody naukowe na to, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo iż generuje koszty jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów związanych z leczeniem wynikającym ze zdarzeń niepożądanych (Landon et al., 2006).

3. Satysfakcją pacjentów. Ograniczenie liczby pielęgniarek w placówce opieki zdrowotnej obniża satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki (Canadian Federation of Nurses Union, 2005).

4. Satysfakcją zawodową pielęgniarek. Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Ponadto, pielęgniarki, które ciągle pracują w nadgodzinach lub pracują bez odpowiedniej rezerwy są bardziej podatne na wyższą absencję i pogorszenie stanu zdrowia. Ma to swoje konsekwencje w ponoszonej odpowiedzialności zawodowej (Sheward, Hunt, Hagen, i wsp., 2005).

Jako Towarzystwo uważamy także, że bardzo ważnym jest wprowadzenie do systemu obsad pielęgniarskich personelu pomocniczego, który wykonywałby proste czynności opiekuńcze pod nadzorem pielęgniarki, która planowałaby opiekę i ustalała jej cele. ■

Warszawa, 2010

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zaprasza do wzięcia udziału w cyklicznej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, która odbędzie się w dniu 31 marca 2011 roku pt.

Etyka zawsze i wszędzie

W trakcie konferencji prezentowane będą następujące tematy:

- Prawne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej – mgr M. Kowalczyk
- Etyczne i moralne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej – mgr E. Nowak
- Etyka i odpowiedzialność warunkiem profesjonalizmu na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej – mgr Z. Komorowska
- Potrzeba autorytetów etycznych w pracy pielęgniarki i położnej – dr n. med. S. Marczevska
- Dylematy etyczne w opiece nad pacjentem, a zagrożenia zawodowe na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej – mgr J. Gąsiorowska

Zgłoszenia należy składać do 25 lutego 2011 roku w sekretariacie Biura OIPiP w Łodzi (p. 308). Realizacja konferencji uzależniona jest od liczby zgłoszeń, gdyż planowana konferencja w dniach 19 listopada 2010 roku nie odbyła się z powodu braku zainteresowania ze strony środowiska.

KARTA ZGŁOSZENIA



TEMAT KONFERENCJI:

TERMIN KONFERENCJI:

MIEJSCE KONFERENCJI:

IMIĘ I NAZWISKO:

MIEJSCE PRACY:

TELEFON KONTAKTOWY:

STANOWISKO:

MIEJSCOWOŚĆ, DATA:

ŁÓDZKI SALON NAUKOWY

II Edycja KONFERENCJI "Wokół stomii"

25 marca 2011 r., Łódź

W związku z dużym sukcesem jaki odniosła I edycja Konferencji „Wokół Stomii” zdecydowaliśmy się odpowiedzieć na prośby uczestniczek i kontynuować tematykę, poszerzając ją o zagadnienia, które nie były omawiane, a pojawiły się w ankietach oceniających:

- urostomia,
- opieka i leczenie żywieniowe pacjentów chirurgicznych i onkologicznych,
- seksuologia i psychoonkologia.

Nie zabraknie oczywiście tematów dotyczących: przygotowania pacjenta do operacji, pielęgnacji w trakcie i po zabiegu, codziennej higieny i postępowania z workami stomijnymi.

Szczegółowy program znajdziecie Państwo na stronie internetowej www.lodzki salon naukowy.pl

Wypełnienie formularza zamieszczonego na stronie jest jedyną formą rejestracji udziału w konferencji.

Uczestnictwo w konferencji będzie potwierdzone certyfikatem.
Koszt uczestnictwa: do 10 marca - 80 zł, po 10 marca - 120 zł
Ilość miejsc ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.

Na pytania odpowiada organizator: Centrum Doradczo-Szkoleniowe "proVena", biuro@provena.com.pl, tel. 798 641 278, 695 271 227.

Patronat nad konferencją objęli:

Konsultant Wojewódzki d.s. Chirurgii Ogólnej
Województwa Łódzkiego
prof. dr hab. n. med. Adam Dziki

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Województwa Łódzkiego



Łódzkie Stowarzyszenie Stomijne.



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stonią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • Żywnienie enteralne i parenteralne



CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI

!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!

**SEMINARIUM W ZAKRESIE EKG
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
(8 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH)**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podypłomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

Klinika Leczenia Niepłodności Salve-Medica w Łodzi
serdecznie zaprasza na bezpłatne, jednodniowe szkolenie nt.

Nowoczesne postępowanie w diagnostyce i leczeniu niepłodności

w dniu 11 marca 2011 roku

Miejsce szkolenia: Klinika Salve-Medica w Łodzi ul. Szparagowa 10, I piętro.

Program szkolenia:

1. Diagnostyka i leczenie niepłodności.
2. Psychologiczne aspekty leczenia niepłodności.
3. Rola pielęgniarki/położnej w procesie diagnostyki i leczenia niepłodności.
4. Techniki rozrodu wspomaganego, inseminacje, in vitro, dawstwo gamet.

Zgłoszenia prosimy przysyłać do dnia 4 marca 2011 roku:

- drogą elektroniczną na adres nieplodnosc@salvemedica.pl
- faxem (42) 254 64 05

Formularz zgłoszenia można pobrać ze strony www.oipp.lodz.pl lub www.salvemedica.pl

Dla osób uczestniczących w szkoleniu organizatorzy przewidują losowanie atrakcyjnych nagród.

Zjazd Absolwentów Pielęgniarstwa

W związku z organizacją Międzynarodowej Konferencji Naukowej „100-lecie pielęgniarstwa w Polsce. Teoria i praktyka pielęgniarstwa XXI wieku” uprzejmie zawiadamiamy, że w dniu 3 czerwca 2011 roku odbędzie się Zjazd Absolwentów Pielęgniarstwa, którzy ukończyli Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej im. M. Kopernika, Wydział Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM w Krakowie.

Przewidywany koszt uczestnictwa wynosi:

- dla członków Stowarzyszenia Absolwentów Pielęgniarstwa (SAP) opłacających regularnie składki – 100 zł
- dla pozostałych absolwentów – 150 zł

Wpłaty należy dokonać na konto: Bank PKO S.A., O/Kraków: 601240 4533 1111 0000 5430 0343 z dopiskiem „Zjazd Absolwentów” w terminie do 30.03.2011 roku.

Wypełniony formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie internetowej Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ UJ CM – www.instpiel.cm-uj.krakow.pl oraz kopię dowodu wpłaty należy przesłać drogą pocztową lub faxem na adres: Stowarzyszenie Absolwentów Pielęgniarstwa, ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków, fax (012) 632 48 81 z dopiskiem „Zjazd Absolwentów”.

Dodatkowe informacje:

- Przewodnicząca Stowarzyszenia Absolwentów Pielęgniarstwa dr Anna Majda: 506 267 170
- Skarbnik Stowarzyszenia Absolwentów Pielęgniarstwa dr Iwona Oskędra: 501 037 539

Program Zjazdu Absolwentów

19.30 – 19.40: Uroczyste otwarcie Zjazdu.

19.40 – 20.10: Zwyczajne Walne Zebranie Stowarzyszenia Absolwentów Pielęgniarstwa

20.10 – 21.10: Koncert refleksyjny

21.10 – 1.00: uroczysta kolacja, spotkanie towarzyskie, wieczór wspomnień

KONKURS

Pielęgniarstwo po godzinach.

Wpływ zawodu na nasze życie rodzinne – blaski i cienie.

Artykuł należy przesłać do dnia 31 maja 2011 roku do redakcji naszego Biuletynu na adres Biura OIPiP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź) lub e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl. Kontakt: Agnieszka Wypych – (042) 633 22 48

Regulamin konkursu

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPiP w Łodzi.
2. Członkowie ORPiP nie mogą uczestniczyć w konkursie.
3. Prace należy przysyłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków na stronie, w tym spacje i znaki interpunkcyjne, w układzie: przeciętnie 60 znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
4. Autorzy swoje prace mogą podpisać pseudonimem, a dane przedstawić do wiadomości redakcji, która zobowiązana jest do zachowania tajemnicy.
5. Artykuły należy przesłać do 31 maja 2011 roku.
6. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone przez zespół jury.
7. Wyłonienie zwycięzców konkursu nastąpi do dnia 30 czerwca 2011 roku.
8. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone:
 - a) pierwsze miejsce: 750 zł,
 - b) drugie miejsce: 500 zł,
 - c) trzecie miejsce: 300 zł.
9. Prace wskazane przez Komisję Konkursową zostaną opublikowane na łamach naszego Biuletynu, w tym dla jednej z nich od 4 do 10 miejsca losowo przyznana będzie nagroda niespodzianka.
10. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.

Projekty unijne organizowane przez Okręg



W ramach prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi Projektu „Postaw na swoim – przedsiębiorczość, samozatrudnienie pielęgniarek i położnych w woj. łódzkim” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, 10 pielęgniarek i położnych otworzyło własną działalność gospodarczą.

W dniu 17 grudnia odbyło się spotkanie, podczas którego uczestnicy Projektu przedstawili działania na polu promocji i marketingu prowadzonej przez siebie firmy. Wystąpienia prowadzone były z wykorzystaniem prezentacji Power Point jak również tradycyjnie – ustnie z wykorzystaniem materiałów promocyjnych wykorzystywanych w ramach codziennej promocji i marketingu firm. Uczestnicy spotkania opowiadali o swoich doświadczeniach związanych z działaniami promocyjnymi zarówno tych pozytywnych i negatywnych. Każda prezentacja podsumowana została opiniami pozostałych uczestników.

W ramach spotkania promocyjnego przygotowany został w TVP Łódź również materiał promujący firmy powstałe w ramach Projektu. Program został wyemitowany na antenie w wiadomościach łódzkich w dniu 18 grudnia 2010 roku. ■



Spotkanie, podczas którego uczestnicy Projektu przedstawili działania na polu promocji i marketingu prowadzonej przez siebie firmy

Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi



Kurs dokształcający w zakresie:
"Postępowanie w stanach zagrożenia życia"

Projekt pt. "Postępowanie w stanach zagrożenia życia" realizowany w ramach Priorytetu IX Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach, Działania 9.3. Upowszechnienie formalnego kształcenia ustawicznego w formach szkolnych. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, nr umowy UDA-POKL. 09.03.00-10-055/091-00 z dnia 12.11.20010 r. zawartej z Województwem Łódzkim - Urzędem Marszałkowskim w Łodzi, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.



Więcej informacji na
www.oipp.lodz.pl
tel 781 014 055
w biurze organizatora projektu:
Łódź, ul. Piotrkowska 17



1600 pielęgniarek i położnych z Łodzi i regionu łódzkiego będzie mogło uczestniczyć w bezpłatnych szkoleniach zawodowych, doskonalących umiejętności potrzebne podczas postępowania w stanach zagrożenia życia. Cykl 100 dwudniowych szkoleń organizuje Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, która przyjmuje zgłoszenia od osób chcących ukończyć taki kurs.

Mogą je składać pielęgniarki i położne, które mają prawo wykonywania zawodu i legitymują się przynajmniej 3-miesięcznym stażem pracy – więcej informacji nt. warunków uczestnictwa znajduje się w regulaminie zamieszczonym na stronie projektu www.oipp.lodz.pl/stanyzagrozeniaizycia/.

Pani Lucyna Okulska, trener szkoleń w Projekcie, tak mówi o potrzebie prowadzenia tego typu szkoleń: – *Prowadzę te zajęcia od kilku lat i mam świadomość tego, że istnieje ogromna*

potrzeba kształcenia pielęgniarek w zakresie postępowania w stanach zagrożenia życia, czy też szerzej np. resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Nasza wiedza (pielęgniarek - przyp. aut.) niestety nie jest wystarczająca, gdyż w szkole medycznej nikt nas do tego nie przygotował. Nikt! Jako pielęgniarki jesteśmy stawiane wobec takich sytuacji na co dzień. W szpitalach mamy pod opieką takich ludzi, którzy mogą

nam w różnych sytuacjach zastąpić, a w konsekwencji umrzeć. Takie rzeczy w naszej obecności nie mogą się zdarzyć. Dlatego też szkolenia te powinny być organizowane nie tylko przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, ale również inne instytucje i to bardzo często. Pielęgniarka powinna kształcić się w tej materii co najmniej raz w roku, a nawet częściej, najlepiej wtedy gdy uzna, że jest jej to potrzebne.



Ćwiczenia na fantomach podczas kursu realizowanego w ramach Projektu

Dwudniowe kursy organizowane są od listopada 2010 roku i będą prowadzone do marca 2012 roku w placówkach ochrony zdrowia na terenie całego województwa. Zajęcia, w formie wykładów i ćwiczeń praktycznych, obejmują zagadnienia związane z resuscytacją krążeniowo-oddechową, defibrylacją i stanami nagłymi. Ich program został zatwierdzony przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Z dotychczasowego przebiegu kursów wynika, że Projekt spełnia oczekiwania zarówno organizatorów, a także, co ważne, tych, dla których został on przygotowany, czyli pielęgniarek i położnych. Na pytanie, czy takie szkolenia są im potrzebne, pani Beata ze szpitala w Pabianicach odpowiada: – *Tak, jak najbardziej powinny być organizowane i odbywać się dużo częściej, niż obecnie. Ja skończyłam 7 lat temu studia gdzie miałam w programie takie szkolenie, ale jak się okazało, przez te 7 lat wiele się zmieniło i wiele nowego zostało wprowadzone.*

Pielęgniarki opowiedziały nam również o swoich wrażeniach po odbyciu kursu w pabianickim szpi-

talu w grudniu 2010 roku. *Bardzo mi się podobało – mówi pani Jolanta. – Panie, które to prowadzą są bardzo miłe i w sposób bardzo jasny i przystępny przekazują informację. Bardzo wiele ważnych rzeczy objaśniają w sposób fachowy i robią to bardzo szczegółowo.* Pani Beata dodaje: – *Szkolenie jest bardzo atrakcyjne i szybko mija nam tu czas. Wiele się uczymy, gdyż jest dużo fantomów, więc mamy na czym przyswajać wiedzę, szkolić się. Jest bardzo miła atmosfera... tak więc... polecam, polecam!* Podobne odczucia względem szkolenia i jego uczestniczek miała pani Lucyna, która prowadziła zajęcia i na pytanie czy pielęgniarki aktywnie i chętnie biorą udział w zajęciach odpowiada: – *Sam Pan widzi! Tutaj nie ma osób zachowujących się biernie, wszystkie osoby są bardzo chętne do ćwiczeń. Owszem denerwują się czasami..., ale chyba tylko z tego powodu, że nie możemy każdemu zapewnić odpowiedniej ilości czasu na spokojną naukę i przyswajanie wiedzy.*

Efekt przeprowadzonych szkoleń już znamy, gdyż dotychczasowe uczestniczki jednogłośnie deklarują, iż pomimo tego, że w dwa dni nie są

w stanie przyswoić wszystkiego co zostało im przekazane na zajęciach, ich wiedza w temacie reagowania w stanach zagrożenia życia zmieniła się bardzo i to na plus. – *Gdybym była świadkiem jakiegoś wypadku, to... już nie bałabym się! Wcześniej, przed tym szkoleniem, miałam obiekcje czy dałabym radę komuś pomóc. Teraz mam poczucie, że takiej pierwszej pomocy udzieliłabym bez problemu i starałabym się jej udzielić – mówi pani Beata, a pani Jolanta dodaje: – Wcześniej mogłam podejść do potrzebującego, choć na pewno nie chciałam znaleźć się w takiej sytuacji... Mogłam zrobić tylko masaż serca i sztuczne oddychanie... W tej chwili, wiem jak podejść, jak ocenić sytuację, jak mam zadziałać... no i na pewno nie będę się bała, tak jak to było wcześniej. To szkolenie naprawdę dużo dało, na pewno nie przyswoiłam sobie wszystkiego i nie mam wiedzy takiej jak medycyjni ratownicy, ale przynajmniej będę wiedziała co robić, jak zachować się w takich trudnych sytuacjach.* Taki stan rzeczy bardzo cieszy i pozostaje nam tylko życzyć paniom powodzenia, ponieważ warunkiem ukończenia szkolenia jest zdanie egzaminu końcowego.

Cały projekt szkoleniowy jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki i współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Terminarz szkoleń z adresami placówek ochrony zdrowia, na terenie których będą się one odbywać, oraz kartę zgłoszenia uczestnictwa w szkoleniu można znaleźć na stronie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi: www.oipp.lodz.pl/stanyzagrozeniazycia/. ■

Piotr Szambelan



Ćwiczenia na fantomach podczas kursu realizowanego w ramach Projektu

Pracownik czy samozatrudniający się? Umowa o pracę czy umowa kontraktowa?

Zmiany na rynku pracy dla pielęgniarek i położnych to nie tylko możliwość (a raczej konieczność) podejmowania dodatkowej pracy. To także zmiana formy, w jakiej wykonuje się tę pracę. Niskie zarobki, rosnące koszty utrzymania, chęć życia na przeciętnym poziomie to jedne z wielu czynników powodujących, że przedstawiciele tych zawodów podejmują dodatkową pracę. Często wykonują ją w ramach umowy o pracę, czy też umowy zlecenia. Zdarza się też tak, iż właściciele, bądź osoby zarządzające zakładami opieki zdrowotnej proponują pielęgniarkom i położnym pracę na kontraktach, zarówno tą dodatkową jak i tą podstawową.

Umowy kontraktowe zaczynają wchodzić w miejsce dotychczasowych umów o pracę łączących pielęgniarki i położne z zakładami opieki zdrowotnej. Zdarzają się też takie sytuacje, iż osoby tworzące zakłady opieki zdrowotnej z góry zakładają, iż nie będą zatrudniać pracowników, a jedynie proponować umowy cywilno-prawne, tzw. umowy kontraktowe. Aby przybliżyć Szanownym Czytelnikom tematykę różnic pomiędzy umowami kontraktowymi a umowami o pracę, omówimy każdy z tych rodzajów umów, co mamy nadzieję, pozwoli Państwu na swobodne, nie pod przymusem, presją czasu podejmowanie decyzji, co do własnej kariery zawodowej.

Umowa o pracę

Kodeks pracy z dnia 26 czerwca 1974 roku (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 j.t.) wskazuje 4 rodzaje umów o pracę:

- umowa o pracę na czas nieokreślony,
- umowa o pracę na czas określony, w tym umowa o pracę na czas zastępstwa pracownika,

- umowa o pracę na czas wykonania określonej pracy,

Każda z wyżej wymienionych umów może być poprzedzona umową o pracę na okres próbny, nie przekraczający 3 miesięcy.

Umowa o pracę musi określać strony umowy, rodzaj umówionej pracy, datę jej zawarcia, warunki pracy i płacy, miejsce wykonywania pracy, wynagrodzenie za pracę, wymiar czasu pracy, termin rozpoczęcia pracy.

Kodeks pracy nakłada zarówno na pracownika jak i pracodawcę określone wymogi.

Stosunek pracy ma charakter zobowiązaniowy.

Pracodawca zobowiązany jest między innymi do:

- wskazania pracownikowi jego obowiązków – zakres obowiązków,
- zaznajomienia pracownika ze sposobem wykonywania pracy na wyznaczonym stanowisku pracy,
- wskazania pracownikowi jego uprawnień,
- organizowania pracownikowi pracy w taki sposób, aby czas pracy pracownika był w pełni wykorzystany, by były wykorzystane kwalifikacje pracownika,
- zmniejszania uciążliwości pracy,
- nie dyskryminowania pracowników między innymi ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość,
- zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy (i prowadzenia w tym zakresie szkolenia),
- terminowego i prawidłowego wypłacania wynagrodzenia za pracę,
- ułatwiania podnoszenia kwalifikacji pracownikom,
- zaspokajania potrzeb socjalnych pracowników, w miarę posiadanych możliwości,

- sprawiedliwego i obiektywnego oceniania pracowników i wyników ich pracy,
- prowadzenia i przechowywania dokumentacji dotyczącej stosunku pracy (akta osobowe pracowników),
- udostępnienia pracownikom przepisów w zakresie równego traktowania w zatrudnieniu,
- informowania pracowników zatrudnionych na czas określony o wolnych miejscach pracy,
- przeciwdziałania mobbingowi,
- wydania świadectwa pracy w przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy,
- naprawienia szkody wyrządzonej pracownikowi w przypadku nieterminowego wydania świadectwa pracy,
- regularnego odprowadzania należnych składek z tytułu ubezpieczenia społecznego,
- regularnego pobierania zaliczki na podatek dochodowy,

Pracownik natomiast zobowiązany jest do:

- sumiennego i starannego wykonywania pracy,
- stosowania się do poleceń przełożonych, o ile nie są one sprzeczne z przepisami prawa, umową o pracę,
- przestrzegania ustalonego w zakładzie czasu pracy, regulaminu pracy, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych,
- dbania o dobro i mienie zakładu pracy,
- przestrzegania tajemnicy związanej z wykonywaną pracą oraz dochowania w tajemnicy tych informacji, które mogłyby narazić pracodawcę na powstanie szkody.

Pracownikowi przysługuje prawo do płatnego urlopu wypoczynkowego, a pracodawca ma obowiązek udzielenia tegoż urlopu. W przypadku pracy pielęgniarek i położnych ważnym jest między innymi dodatkowe wynagrodzenie za pracę w godzinach nocnych, świątecznych, obowiązek zapewnienia pracownikowi odzieży ochronnej.

Praca pielęgniarek i położnych to praca w zespołach interdyscyplinarnych, praca, co do zasady pod nadzorem i kierunkiem przełożonych, praca w określonym miejscu i określonym czasie. Czas pracy pielęgniarki, położnej to 7 godzin 35 minut na dobę. Miesięczny wymiar czasu pracy może

wynosić od 150 do 180 godzin. Pracownikowi przysługuje w każdej dobie 11-godzinny okres nieprzerwanego odpoczynku, a w każdym tygodniu prawo do 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Zgodnie z kodeksem pracy, wymiar czasu pracy zostaje pomniejszony o usprawiedliwioną nieobecność pracownika – np. zwolnienie lekarskie. Za czas usprawiedliwionej nieobecności (przebywania na zwolnieniu lekarskim) pracownikowi przysługuje prawo do wynagrodzenia, co do zasady pomniejszonego do 80 proc. wynagrodzenia, choć w przypadku zwolnienia lekarskiego w trakcie ciąży, czy też zwolnienia, które jest następstwem wypadku w pracy, pracownikowi przysługuje wynagrodzenie w pełnym wymiarze. Pracownikowi przysługują świadczenia socjalne zgodnie z obowiązującą ustawą o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych.

Osoby zatrudnione ponoszą odpowiedzialność porządkową za naruszenie organizacji i porządku pracy, przepisów bhp jedynie przed pracodawcą, nie zaś przed osobami trzecimi. Pracodawca może ukarać pracownika karą nagany, upomnienia, karą pieniężną. Ustalając rodzaj kary za naruszenie obowiązków pracowniczych pracodawca ma obowiązek brania pod uwagę rodzaj naruszenia, dotychczasowy stosunek pracownika do pracy, stopień winy pracownika.

Odpowiedzialność materialna pracownika jest ograniczona do wysokości 3 miesięcznych pensji, w przypadku winy nieumyślnej. Jeżeli jednak pracownikowi można przypisać winę umyślną, to odpowiedzialność, jaką on poniesie za swoje działania, może być do pełnej wysokości strat poniesionych przez pracodawcę.

Będąc pracownikiem, czyli osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, pracownik nie ma wpływu na wysokość składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, ani też na wysokość płaconego przez siebie podatku. Wszelkie szkolenia, kursy, które kończy pracownik, a za które płaci z własnej kieszeni, nie mogą być odliczone od podstawy opodatkowania. Koszty uzyskania przychodu są określone przez ustawodawcę. Ani koszty nowych fartuchów do pracy, obuwia, które Państwo kupią (z odzieżą bywa różnie w zakładach pracy), nie sta-

nowią dodatkowych kosztów uzyskania przychodu. Cały przychód osoby fizycznej, która osiąga dochody ze stosunku pracy fiskus ma jak na dłoni i szanse na pomniejszenie tej daniny publicznej są niewielkie.

Za działania wobec osób trzecich odpowiedzialność ponosi, co do zasady, zakład opieki zdrowotnej, nie zaś jego pracownicy. To nie zwalnia pielęgniarek i położnych z odpowiedzialności karnej, cywilnej, zawodowej i warto o tym pamiętać, ale za zakażenie wirusem żółtaczką typu B, C czy innym drobnoustrojem odpowiada zakład opieki zdrowotnej, o ile nie można przypisać winy konkretnym pracownikom. Ciężar wypłaty odszkodowania, zadośćuczynienia spoczywał będzie na zakładzie opieki zdrowotnej. To najważniejsze kwestie dotyczące pewności zatrudnienia, świadczeń, jakie daje umowa o pracę.

Umowa kontraktowa

Nowi lub też dotychczasowi pracodawcy, proponują pielęgniarkom i położnym kontrakty, założenie własnej działalności gospodarczej, a co za tym idzie wykonywanie pracy zawodowej w ramach, nie umów o pracę, a umów cywilno-prawnych. Doświadczenie pokazuje, iż co do zasady są to umowy zawierane na czas określony maksymalnie 3 lat, z możliwością ich szybkiego rozwiązania, pomiędzy zdawać by się mogło równorzędnymi podmiotami gospodarczymi. W takiej sytuacji pielęgniarka, położna zakłada własną firmę i staje się przedsiębiorcą. Nie jesteśmy w stanie podać, tak jak w przypadku umów o pracę, co znajduje się w umowie zawartej pomiędzy pielęgniarką, położną, bowiem nie ma tu w przepisach prawa tak dokładnych uregulowań jak w kodeksie pracy. Umowy te są bardzo różnorodne. Nie to jest jednak głównym przedmiotem tego artykułu.

Pielęgniarka, położna, która rejestruje w urzędzie gminy właściwym ze względu na miejsce zamieszkania działalność gospodarczą w zakresie działalności pielęgniarek i położnych (kod PKD 86.90.C – Praktyka pielęgniarek i położnych) musi uzyskać wpis do rejestru działalności regulowanej. Rejestr taki prowadzi każda okręgowa rada

pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki i położne mające zamiar wykonywać indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę czy też grupową praktykę pielęgniarek, położnych muszą uzyskać wpis do rejestru działalności regulowanej, właściwego ze względu na miejsce wykonywania praktyki. O sposobie uzyskania ww. wpisu znajdują Państwo informacje w ustawie z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 roku Nr 115, poz. 1217, ze zm.), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i grupowych praktyk pielęgniarek, położnych (Dz.U. z 2007 r. Nr 203, poz. 1465, ze zm.), a także w biurach okręgowych izb pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarka, położna, która stała się osobą prowadzącą działalność gospodarczą musi pamiętać, iż teraz to na niej ciąży obowiązek odprowadzania wszelkich składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne do ZUS-u, składania deklaracji podatkowych do urzędu skarbowego. Można oczywiście te sprawy zlecić wyspecjalizowanym biurom rozrachunkowym, ale należy pamiętać o kosztach takiej usługi. Mogą to być koszy od kilkudziesięciu złotych do kilkuset (do 200 – 300 zł). To jednak nie zwalnia podmiotu gospodarczego z nieprawidłowości, zaległości na rzecz fiskusa, ZUS-u, jakie mogą powstać z winy biura rozrachunkowego. Wykonując zawód na własny rachunek warto pamiętać, iż aby wykonywać pewne czynności pielęgniarka, położna musi posiadać stosowne kwalifikacje a co za tym idzie posiadać ukończone kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, które sama finansuje. Będąc pracownikiem niejednokrotnie pielęgniarki, położne, aby podnieść swoje kwalifikacje, bądź je zmienić także same płacą za kursy. Oczywiście kwoty wydatkowane na udział w szkoleniach zawodowych, czy zakup literatury zawodowej będą stanowiły w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, koszty uzyskania przychodu i będą podlegały odliczeniu od dochodu, podobnie jak i zakup odzieży ochronnej. W znanych nam umowach kontraktowych, rzadkość

cią są dni płatne – wolne od pracy, czyli coś podobnego do urlopu. Jako przedsiębiorca, pielęgniarka czy położna może mieć wolne, ale musi sobie na to zapracować. Te wolne od pracy dni, nie będą więc płatnym urlopem wypoczynkowym. Niewątpliwie również, co wynika z praktyki, okres wolnego jest krótszy niż urlop wypoczynkowy pracownika.

Często słyszymy od pielęgniarek i położnych, iż albo dotychczasowi pracodawcy lub inne potencjalne podmioty, na rzecz których mają pracować w ramach umów kontraktowych, mówią: „Przecież nic się w pani sytuacji nie zmieni, jedynie będzie miała pani wyższe wynagrodzenie, bo mniej pani „odda” fiskusowi, ZUS-owi, a praca będzie taka sama, nic nowego, będzie pani mogła bez szukania innych zakładów pracować więcej, przez co więcej też zarabiać”. Owszem, przedsiębiorca, który sam wykonuje działalność nie jest ograniczony żadnymi normami czasu pracy – ani tymi, które wynikają z prawodawstwa polskiego ani unijnego. Jeżeli samozatrudniający się wynegocjuje dobre warunki kontraktu, to może liczyć na większe zarobki, to prawda. Nie może jednak liczyć na normowany czas pracy, ochronę zatrudnienia na 4 lata przed osiągnięciem wieku emerytalnego, czy świadczenia z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Emerytura czy renta, którą będzie otrzymywała osoba prowadząca jedynie działalność gospodarczą, m.in. obliczona będzie na podstawie tych kwot, które zadeklarowane były w ZUS-ie. Więcej zarabiając można i należy postarać się o dodatkowe, poza ZUS-em ubezpieczenie na przyszłość, ale to są też koszty, które trzeba brać pod uwagę negocjując warunki kontraktu. Ważne jest też i to, iż w przypadku choroby, wypadku podstawą do obliczenia świadczenia chorobowego, rentowego wypłacanego przez ZUS, będą kwoty zadeklarowane przez przedsiębiorcę i od których odprowadzał on składki. Należy przy tym pamiętać, że ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą jest dobrowolne i wypłata świadczenia chorobowego nastąpi w przypadku korzystania ze zwolnienia lekarskiego przez osobę ubezpieczoną po 90 dniach od złożenia deklaracji do ZUS, o przystąpieniu do takiego ubezpieczenia.

Pielęgniarka, położna prowadząca działalność gospodarczą bez względu na posiadane środki musi odprowadzać składkę do ZUS do 10. dnia następnego miesiąca. Opóźnienie nawet jednodniowe lub zapłata składki w niepełnej wysokości spowoduje konieczność złożenia nowej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego i rozpoczęcie na nowo biegu 90-dniowego ww. terminu, od którego ZUS zobowiązany będzie do wypłaty świadczenia chorobowego. Co do zasady, każdy przedsiębiorca ogranicza te wydatki do wymaganego minimum, warto pamiętać, że one stanowiąc będą podstawę dla przyszłej emerytury, renty, świadczenia chorobowego.

W przypadku osób udzielających świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialność za działania wobec osób trzecich, ponoszą solidarnie podmiot zamawiający takie świadczenia i podmiot owe świadczenia wykonujący. W przypadku odpowiedzialności solidarnej, wierzyciel może swoje roszczenie skierować przeciwko dowolnie wybranemu zobowiązanemu dłużnikowi. Kwestie ustalenia stopnia winy i ewentualny regres przysługujący dłużnikowi, który wykonał zobowiązanie, będą dochodzone na drodze sądowej, a to niewątpliwie spowoduje dodatkowe koszty. Ważnym jest, aby wykonując zawód medyczny na podstawie umów cywilno-prawnych, umów kontraktowych posiadać dobrą polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Prowadząc działalność gospodarczą ponosi się odpowiedzialność za ewentualne szkody, całym swoim majątkiem i majątkiem wspólnym małżonków, jeżeli przedsiębiorca pozostaje w związku małżeńskim i nie posiada tzw. rozdzielności majątkowej.

Staraliśmy się pokazać wady i zalety umowy o pracę oraz wady i zalety umów kontraktowych zawieranych przez pielęgniarki, położne wykonujące swoje zawody w ramach działalności gospodarczej (samozatrudnienie) z innymi podmiotami gospodarczymi. Każda z form wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej – w ramach umowy o pracę czy też umowy kontraktowej – ma zalety i wady. Każdy człowiek ma prawo dowolnie kierować swoją karierą zawodową i musi mieć wolny wybór dotyczący formy, w jakiej chce wykonywać swój zawód.

To wyróżnienie dla zawodu

Przedstawiamy Joannę Gąsiorowską, laureatkę konkursu na najlepsze rozprawy doktorskie, prace magisterskie i dyplomowe tematycznie związane z województwem łódzkim lub promujące region w 2009 roku. Praca magisterska pt. „Analiza zachorowalności na różę w Łodzi i regionie łódzkim” została wyróżniona w kategorii nauk medycznych. Poprosiliśmy panią Joannę o autoprezentację.



Jestem pielęgniarką od 19 lat. Cały mój staż zawodowy związany jest z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym dr. W. Biegańskiego w Łodzi. Pracuję na oddziale obserwacyjno-zakaźnym i chorób wątroby. Dyplom pielęgniarki otrzymałam w 1991 roku po ukończeniu Medycznego Studium Zawodowego nr 3 im. Marii Stencel w Łodzi. Zawsze chętnie uczestniczyłam w różnych kursach i szkoleniach, dlatego postanowiłam uzupełnić swoje wykształcenie na studiach pielęgniarskich. Rozpoczęłam je w 2003 roku na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W 2008 roku otrzymałam tytuł magistra pielęgniarstwa.

W czasie studiów zainteresowała mnie praca naukowa. Przekonałam się, jak wiele można zrobić dla naszego zawodu, prowadząc badania naukowe i promując go przez pisanie prac czy

artykułów. Nie pracuję jednak na wydziale, chociaż nie ukrywam, że praca naukowa nadal mnie pociąga. Obecnie jestem słuchaczem studiów pomostowych. Studiuję ergonomię i bezpieczeństwo pracy na Politechnice Łódzkiej. Choć nie są to studia ściśle związane z moim zawodem, zdobytą tam wiedzę na pewno wykorzystam w swojej pracy w szpitalu. Ergonomia i bezpieczeństwo pracy pielęgniarek jest mi bowiem bliskie, tak jak epidemiologia i mikrobiologia są ulubionymi dziedzinami nauki.

Pielęgniarką chciałam być od dziecka. Jest to zawód, który wykonuję z pasją. W innej pracy po prostu siebie nie widzę. Nie jest to dla mnie jedynie sposób utrzymania – to naprawdę moje powołanie.

Bardzo zależy mi na rozwoju zawodowym, uznaniu i zauważeniu pielęgniarek jako partnera w dzia-

łaniach ochrony zdrowia, dlatego założyłyśmy z koleżankami w 2008 roku koło PTP przy Zarządzie Oddziału w Łodzi. Pracujemy krótko, ale mamy misję i mnóstwo chęci do działania. Jestem przewodniczącą tego koła, a jego członkinie to pielęgniarki z różnych placówek, reprezentują różne specjalności. Spotkania i wymiana doświadczeń daje nam szersze spojrzenie na przyszłość naszego zawodu oraz sprzyja rozwojowi PTP.

Moja praca magisterska była pracą analityczno-statystyczną, bardziej kliniczną niż pielęgniarską. Jej tytuł to „Analiza zachorowalności na różę w Łodzi i regionie łódzkim”. Promotorem pracy był prof. dr hab. med. Zbigniew Krzeziński z Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej UM w Łodzi, który stał się zresztą jej dobrym duchem. To pan Profesor zgłosił ją do konkursu na najlepsze rozprawy

doktorskie, prace magisterskie i dyplomowe tematycznie związane z województwem łódzkim lub promujące region (w różnych obszarach: nauk ekonomiczno-społecznych, humanistycznych, medycznych, przyrodniczych, technicznych, kultury i sztuki). Jego cenne wskazówki przyczyniły się do tego, że moja praca została wyróżniona. Podziękowania należą się również dyrekcji mojego szpitala i wszystkim, którzy mi pomagali.

Praca została zauważona, bo jest pierwszym opracowaniem na temat zachorowalności na różę na naszym terenie w latach 2005-2007. W tym czasie stwierdzono tu 1077 przypadków róży. Tak duża liczba pozwoliła na poddanie ich wiarygodnej analizie klinicznej i statystycznej oraz wyciągnięcie wniosków ważnych dla lekarzy klinicyistów i epidemiologów. Wnioski te mogą się także przydać pielęgniarkom, gdyż starałam się spojrzeć na problem właśnie okiem pielęgniarki. Pracę przekazano Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej w Łodzi, może więc być źródłem informacji dla osób interesujących się mikrobiologią, chorobami zakaźnymi i epidemiologią.

W kategorii nauki medyczne była również nagrodzona rozprawa doktorska dr Anny Elgalal z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pt. „Częstość występowania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc wśród mieszkańców województwa łódzkiego z uwzględnieniem stopnia zanieczyszczenia środowiska”.

Uroczyste rozdanie dyplomów odbyło się 27 listopada 2009 roku w Łodzi. Nagrody wręczał Włodzimierz Fisiak – marszałek województwa.

Wyróżnienie było dla mnie dużym zaskoczeniem, bo nie nagrody są dla mnie ważne. Istotniejsze jest uznanie i zadowolenie moich pacjentów. Jednak bardzo ją cenię, bo umacnia mnie w przekonaniu, iż żadna praca nie idzie na marne i że warto pokazywać swoje osiągnięcia i dzielić się doświadczeniami. Chociaż jest moim osobistym sukcesem, odbieram je jako wyróżnienie dla naszego zawodu. Jest to mały przyczynek do ukazania pielęgniarek jako profesjonalistek, które też mogą wiele wnieść do rozwoju nauki, środowiska i społeczności, w której żyją i pracują. ■

Joanna Gąsiorowska

Przedruk z „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” nr 5 maj 2010

komunikat

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zaprasza osoby zainteresowane do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinach:

- 1) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarnictwa Położniczo-Ginekologicznego,
- 2) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarnictwa Ogólnego,
- 3) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarnictwa Rodzinnego.

Wymogi kwalifikacyjne zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 52, Poz. 419) „art. 3. 1 Konsultantem może być osoba, która posiada tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a w przypadku braku specjalisty w danej dziedzinie – w dziedzinie pokrewnej.”

Należy złożyć następujące dokumenty:

- CV,
- zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez OIPiP,
- zaświadczenie o aktualnym zatrudnieniu,
- prawo wykonywania zawodu,
- dyplomy,
- inne dokumenty potwierdzające wymagane kwalifikacje.

Komplet powyższych dokumentów należy złożyć w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 (pok. 308), najpóźniej do dnia 2 lutego 2011 roku.

Dodatkowe informacje można uzyskać w godzinach pracy biura Okręgowej Izby pod nr tel. (042) 633 22 48

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Czy WZA zawsze prowadzi do choroby wieńcowej serca?

„Kiedy spojrzeliśmy na naszych pacjentów w nowy sposób, jako na ludzi, którzy posiadali inne organy poza chorym sercem oraz osobowość, stało się oczywiste, że nie tylko ich serca przestały dobrze funkcjonować. Niepokojącemu rozstrojowi uległo także coś w ich sposobie odczuwania, myślenia i działania”

Friedman, R. Rosenhan (1958)

Wyznacznikiem zachowania się osoby jest jej osobowość definiowana jako względnie stała właściwość jednostki i „zespół wzajemnie powiązanych i względnie trwałych cech i mechanizmów psychologicznych wewnątrz jednostki, które wpływają na jej interakcje i przystosowanie do środowiska fizycznego, społecznego i interpersonalnego” (Oleś, 2010, s. 27). Osobowość stanowi więc całość myśli, emocji i zachowania człowieka. Wszystkie te zmienne uczestniczą w powstawaniu różnych chorób, o czym wiedzieli już starożytni. Wystarczy wspomnieć starożytną koncepcję temperamentu Hipokratesa, która mówiła o konieczności utrzymania równowagi w ilości płynów krążących w organizmie dla zachowania zdrowia, czy też o doniesieniach Minuchina z pracy z dziećmi cukrzycowymi. Osobowość może być więc traktowana jako czynnik ryzyka chorób somatycznych. Zależnościami zachodzącymi między tymi czynnikami zajmowano się, jak widać od zawsze, jednak od

lat 30 ubiegłego wieku wykształciły się trzy nurty badań, wśród których znalazły się:

1. Nurt związany z psychoanalizą, gdzie zaburzenia cielesne są interpretowane jako manifestacja nieuświadomianych konfliktów wewnętrznych. Pojawienie się choroby utożsamiano więc z określonym typem osobowości. Potwierdzeniem tego jest słynny przypadek Bertę Peppenheim, dzięki której nazwisko Freuda poznał cały świat.

2. Nurt, w którym przyjęto, że czynnikiem spustowym dla pojawienia się choroby może stać się doświadczenie traumatyczne doznane w okresie dzieciństwa. Potwierdzeniem słuszności tego podejścia jest WZC – Wzór Zachowania typu C – opisujący osobowość nowotworową.

3. Trzecie podejście, w myśl którego osobowość może być czynnikiem ryzyka choroby.

U podłoża osobowości znajdują się mechanizmy genetyczne, które kształtują osobowość i mogą zwiększyć predyspozycje do określonego zachowania.

Pewne cechy osobowości mogą zwiększać podatność na stres i wpływają determinująco na podejmowane strategie radzenia sobie ze stresem.

Osobowość decyduje o podejmowanych przez jednostkę zachowaniach zdrowotnych, co będzie miało wpływ na jej zdrowie/chorobę (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

W psychologii zdrowia przeważa to ostatecznie, procesulane podejście, w myśl którego zachowanie stanowi efekt zmiennych osobowościowych i sytuacyjnych, gdyż,

jak podkreśla Oleś (Oleś, 2010, s. 158) „biologiczne predyspozycje do choroby somatycznej nie muszą się ujawniać, jeśli nie towarzyszy im nieadaptacyjny styl zachowania. Wprawdzie osobowość predysponuje do tych niezdrowych zachowań, ale można ich uniknąć, ucząc się odmiennego sposobu reagowania.”

Jednym z najlepiej poznanych i opisanych typów osobowości, któremu przypisuje się szczególną rolę w rozwoju choroby niedokrwiennej serca jest WZA – Wzór Zachowania typu A. Liczne badania prowadzone na świecie wykazały związek zachodzący pomiędzy WZA a omawianą chorobą. Do najczęściej przytaczanych badań należą:

1. Western Collaborative Study (l. 60), w których prześledzono stan zdrowia 3200 robotników, choroba wieńcowa serca wystąpiła 2,2 częściej u osób zaklasyfikowanych do WZA.

2. Framingham Heart Study, badania przeprowadzone w grupie 1600 kobiet i mężczyzn. Trwały 8 lat. Ich wyniki pokazały, że choroba wieńcowa serca wystąpiła 3 razy częściej u osób zaklasyfikowanych do WZA.

3. The Belgian Heart Disease Prevention Trial – badania 2000 kobiet i mężczyzn, choroba wieńcowa serca wystąpiła 1,9 częściej u osób zaklasyfikowanych do WZA.

Obecnie przyjmuje się, że WZA jest czynnikiem ryzyka, tak więc prawdopodobieństwo wystąpienia choroby rośnie wraz z nasileniem się cech zachowań typowych dla WZA. Nie jest to jednak związek przyczy-

nowo-skutkowy! Inne czynniki ryzyka, które mogą przyczynić się do rozwoju choroby wieńcowej serca to: mała aktywność fizyczna, niewłaściwa dieta, palenie, cholesterol oraz nagromadzenie się stresów.

Charakterystyka WZA

„Mówi się, że osobowość typu A odkrył tapicer. Zmieniając tapicerkę krzesel w gabinecie lekarza, który przyjmował pacjentów będących po ataku serca, zauważył, że krzesła zostały wytarte w przedniej, a nie tylnej części siedzenia. Jednostki typu A, ze skłonnością do choroby wieńcowej, siadają na krawędzi krzesła.” (Rosenhan, Seligman, 1994, s. 330).

Wśród cech charakterystycznych dla typu A wymienia się przede wszystkim: życie pod presją czasu, jest to swoistego rodzaju wyścig z czasem, aby osiągnąć jak najwięcej w jak najkrótszym czasie; rywalizacja; ambicja; dążenie do osiągnięć; agresywność i wrogość; postrzeganie otoczenia jako wrogiego i zagrażającego; przewlekła reakcja alarmowa w przebiegu reakcji GAS; charakterystyczne przekonania:

- trzeba stale się sprawdzać, gdyż samoocena tych osób jest uzależniona od oceny otoczenia, ta zaś od tego, czy osoba odnosi sukcesy,
- nie dysponuje się wystarczającymi środkami, aby wykazać swoje wartości. Stanowi to źródło nieustannego niepokoju, napięcia i wrogości,
- wartości mają charakter materialny, a ich zdobywanie nie jest związane z zasadami moralnymi (Sroka, 2001).

To, co jest szczególnie niebezpieczne dla zdrowia, to częste przeżywanie wrogości i gniewu. Predyspozycje do reagowania takimi emocjami kształtują się już w okresie dzieciństwa, dlatego psychologowie alarmują, aby prowadzić działania profilaktyczne ukierunkowane na dzieci i młodzież. Tym bardziej, iż stwierdzono, że rola gniewu jako psychologicznego czynnika ryzyka chorób układu krążenia wzrasta wraz z wiekiem. Stąd konieczność modyfikowania niewłaściwych zachowań i nauka konstruktywnej

ekspresji gniewu dzieci i młodzieży, wśród których występują dwa typy A: psychogenne, ochronne.

Typ pierwszy – psychogenne – charakteryzuje się niecierpliwością, agresją i niskim poczuciem własnej wartości. Ta ostanca zmiana jest konsekwencją braku wiary w możliwość sprawowania kontroli nad otoczeniem i własnym życiem. Typ ochronny natomiast cechuje dzieci reprezentujące wysokie poczucie własnej wartości i równie wysoki poziom aspiracji oraz przejawiające tendencje do przewodzenia innym (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

WZA jako czynnik ryzyka choroby wieńcowej

Przez długi czas sądzono, że wystąpienie WZA jest czynnikiem predysponującym do pojawienia się choroby wieńcowej u pacjenta. Tymczasem liczne badania pokazały, że nie można stawiać znaku równości pomiędzy tymi zmiennymi. Obecnie przyjmuje się, że WZA jest jednym z czynników, który może, ale nie musi, predysponować do wystąpienia choroby wieńcowej.

Jedną z ważniejszych zmiennych decydujących o konsekwencjach zdrowotnych wystąpienia WZA jest zapotrzebowanie na stymulację. Jest to jedna z najważniejszych potrzeb, która reguluje nasze dobre samopoczucie. Obiektywnie taka sama stymulacja może wyzwalać u różnych osób odmienny poziom pobudzenia. Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie na stymulację można wyróżnić osoby wysoko- i niskoreaktywne. Różnice pomiędzy nimi można sprowadzić do tego, ile bodźców (podniet) muszą odebrać te osoby, aby mogły mieć zachowane dobre samopoczucie. Osoby niskoreaktywne to te, które doskonale czują się w środowisku silnie stymulującym – potrzebują więc dużych i silnych bodźców do sprawnego funkcjonowania. W tym przypadku, jeśli typ A przejawiają osoby niskoreaktywne, to występuje on w zgodzie z ich predyspozycjami biologicznymi, a zatem

nie prowadzi z reguły do negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Te ostanie prawdopodobnie pojawią się, jeśli WZA wystąpi u osoby wysokoreaktywnej, czyli z małym zapotrzebowaniem na stymulację. Z taką sytuacją możemy mieć do czynienia w środowisku rodzinnym, gdzie wymagający rodzice podtrzymują kult sukcesu w rodzinie i zmuszają dziecko do podobnych zachowań. Występujący w tym przypadku brak zgodności między rodzajem przejawianych zachowań a typem układu nerwowego może być brzemienne w negatywne konsekwencje.

W jakich warunkach kształtuje się WZA?

Typ A najogólniej charakteryzuje się wysokim poziomem ekstrawersji i neurotyzmu. Jest to typ zachowania charakterystyczny dla kultury zachodniej, gdzie wyżej ceni się osoby z dużym bagażem osiągnięć.

Istnieje wiele teorii, które wyjaśniają powstanie tej osobowości (np. osobowość typu A kształtuje się w wysoko rozwiniętych cywilizacjach nastawionych konsumpcyjnie do życia, dlatego nie znajdziemy takich osób w kulturach żyjących z godnie z rytmem natury), jednak zdecydowana większość nawiązuje do niewłaściwej atmosfery rodzinnej, w jakiej przebywała osoba w okresie dzieciństwa. Mówi o tym na przykład koncepcja Friedmana, w myśl której osoby typu A w okresie niemowlęctwa nie otrzymują od rodziców bezwarunkowej miłości. W tej sytuacji angażują się w ciągłą walkę, by zdobyć coraz więcej w jak najkrótszym czasie. Takie zachowania utrwalają się na całe dorosłe życie i często obejmują wszystkie sfery życia – zawodową i prywatną.

Dlaczego WZA wiąże się z chorobą wieńcową?

Aby odpowiedzieć na pytanie, dlaczego negatywne skutki stresu obciążają zazwyczaj jeden organ, zaburzając jego funkcjonowanie (w wypadku WZA – serce), należy odwołać się do zasady działania mechanizmu stresu.

Stres, mobilizując organizm, aby znalazł energię potrzebną do walki lub ucieczki, pozwala mu na podjęcie koniecznego działania. W wyniku dokonanej oceny poznawczej osoba podejmuje decyzję o ucieczce bądź o możliwości podjęcia walki z zagrożeniem/wyzwaniem, przed którym stanęła. Mobilizacja organizmu w stresie odbywa się przy udziale autonomicznego i obwodowego układu nerwowego. Ten ostatni odpowiada za działanie mięśni podlegających naszej woli, zaś AUN obejmuje część: sympatyczną oraz parasympatyczną, której zadaniem jest rozluźnienie organizmu i otwarcie go na przyjemne doznania. Jeśli organizm znajduje się w sytuacji, z którą sobie nie radzi, pojawiają się dwa rodzaje skutków. Jednym z nich jest utrzymywanie się napięcia i zaleganie negatywnych emocji, którym towarzyszą zaburzenia w relacjach interpersonalnych. Drugi rodzaj konsekwencji jest związany z fizjologicznym funkcjonowaniem organizmu i z AUN.

Część sympatyczna autonomicznego układu nerwowego jest odpowiedzialna za:

- mobilizację m.in.: gruczołów nadnerczy (adrenalina i noradrenalina – hormony walki), które: pobudzają serce, podnoszą ciśnienie i wpływają na metabolizm tłuszczów, stąd pochodzi energia potrzebna do radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- produkcję lipoprotein, które odkładają się w postaci płytek miażdżycowych na ściankach tętnic.

Zwiększenie produkcji tromboksanu (podnosi lepkość krwi i silnie kurczy naczynia krwionośne). Antagonistyczny względem tromboksanu jest, wytwarzany m.in. w płucach, związek prostacykliny- ułatwia przepływ krwi (rozszerzając naczynia). Zaburzenia tej równowagi prowadzą do pojawienia się choroby wieńcowej.

Związek prostacykliny jest odpowiedzialny za ograniczone oddychanie (reakcja typowa dla osób typu A), co prowadzi do obniżenia poziomu prostacykliny na korzyść tromboksanu. Jeśli jednak powstały w sytuacji zagrożenia nadmiar energii zostaje zużyty w trakcie działania, nie przynosi negatywnych konsekwencji. One pojawią się wtedy, kiedy podjęte przez osobę działanie jest nieskuteczne i mobilizacja organizmu utrzymuje się, ale, ponieważ energia nie znajduje ujścia w działaniu intencjonalnym, zachodzi proces odkładania płytek miażdżycowych, a także utrzymuje się podwyższona lepkość krwi i podniesione ciśnienie. Osoba taka charakteryzuje się obniżoną odpornością na stres. Biorąc pod uwagę fakt, że osoby z WZA żyją w permanentnym stresie – są one w grupie ryzyka.

Przedstawione tu pokrótce badania dowodzą, że za zagrożenie organizmu chorobą odpowiadają:

1. Zablokowana umiejętność działania i brak umiejętności wyrażania energii (tym większej, im większe zagrożenie potrzeb).

2. Strach, który nakazując ukrywać prawdziwe emocje, staje się bezpośrednią przyczyną zahamowania.

3. Kontekst rodzinny.

4. Normy społeczne.

5. Fałszywe poglądy na temat życia emocjonalnego.

Na zakończenie warto wspomnieć, że istnieją zmienne, które pozwalają na podjęcie skutecznej walki z chorobą. Należy do nich zwłaszcza dyspozycyjny optymizm rozumiany jako uogólnione przekonanie, że osiągnie się sukces, zwłaszcza w sytuacjach trudnych. Optymizm, szczególnie funkcjonalny, odgrywa również ważną rolę w procesie zmiany zachowań zdrowotnych w kierunku prozdrowotnych. ■

Literatura:

1. Sroka T.: Psychologiczne czynniki ryzyka choroby wieńcowej – Wzór Zachowania A (WZA), W: Dolińska-Zygmunt G. (red.): Podstawy psychologii zdrowia, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001

Oleś P.K. Wprowadzenie do psychologii osobowości, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2009

Rosenhan D.L., Seligman M.E.P.: Psychopatologia, PTP, Warszawa 1994

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Osobowość. Stres a zdrowie, Wyd. Difin, Warszawa 2010

mgr *Monika Kowalska-Wojtysiak*
psycholog

Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie
UM w Łodzi

Z głębokim żalem pożegnaliśmy naszą koleżankę emerytowaną pielęgniarkę

Krystynę Kalinowską (l. 59)

zmarłą 5 stycznia 2011 roku

Była zawsze ciepła, życzliwa i uśmiechnięta, kochała swój zawód, swoją pracę wykonywała sumiennie i odpowiedzialnie. Służyła nam zawsze dobrą radą i pomocą. Zawsze pozostaniesz w naszej pamięci.

współpracownicy z Wojewódzkiej Poradni Chorób Naczyń Obwodowych
i Poradni Reumatologicznej WSS w Łodzi im. M. Kopernika w Łodzi

Łóżko szpitalne podsta

Na łóżkach szpitalnych egzystują osoby ciężko chore, osoby niepełnosprawne. Wówczas łóżko jest sypialnią, jadalnią, łazienką, toaletą, czytelnią, świetlicą, miejscem wykonywania zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacji przyłóżkowej i zabiegów pielęgnacyjnych.

Sala/pokój chorych jest podstawowym miejscem w oddziale szpitalnym, w którym przebywa pacjent i odbywa się proces jego leczenia, pielęgnowania, rehabilitacji oraz edukacji prozdrowotnej przygotowującej go do życia z chorobą przewlekłą, z niepełnością lub w okresie rekonwalescencji.

Sala chorych jest wyposażona w łóżka szpitalne, bez których nie sposób wyobrazić sobie leczenia i pielęgnowania pacjenta. Łóżko i pacjent to niezastąpione elementy w zakładach opieki zdrowotnej. Leżenie w łóżku jest podstawową i zwyczajowo stosowaną metodą leczenia ciężko chorych ludzi (1,4).

Łóżko szpitalne stanowi podstawowy sprzęt medyczny, w który wyposażone są szpitalne sale chorych, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opieki długoterminowej, domy pomocy społecznej, sanatoria.

Łóżko to sprzęt, na którym się leży i śpi. Łóżko czyste, ciepłe i wygodne daje poczucie bezpieczeństwa, jest schronieniem. Umożliwia również przyjęcie przez pacjenta wielu pozycji terapeutycznych i usprawniających (2, 5).

Na łóżkach szpitalnych egzystują osoby obłożnie chore, osoby ciężko

chore, osoby niepełnosprawne i są dla nich miejscem zaspakajania potrzeb biologicznych ich organizmu. Wówczas łóżko jest sypialnią, jadalnią, łazienką, toaletą, czytelnią, świetlicą, miejscem wykonywania zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacji przyłóżkowej i zabiegów pielęgnacyjnych.

Łóżko jest również miejscem cierpienia: cierpienia fizycznego i psychicznego.

Długotrwałe leżenie przyczynia się do wystąpienia odleżyn i dysfunkcji układów: ruchu, sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego,

zaburzeń biochemicznych zakłócających homeostazę.

Niezwykle istotne jest to, by pacjent miał zawsze czystą, suchą i dobrze ułożoną pościel na łóżku. Zaniedbanie tego wymogu jest przyczyną od-

fot. 1
 Nowoczesne łóżko szpitalne wyposażone w wiele dodatkowych elementów ułatwiających pielęgnowanie m.in. dwuczęściowe składane poręcze, sterowniki wysokości, oparcia i ułożenia nóg, zmiany ułożenia. (6)



stawą pielęgnowania pacjentów



fot. 2.
Łóżko wielofunkcyjne
dostosowane do terapii
i rehabilitacji w chirurgii
rekonstrukcyjnej,
kardiologicznej
i intensywnej terapii. (7)

czuwania niewygodny i powoduje narzekania z jego strony.

Przyjmuje się zasadę, że każda dolegliwość zgłoszona przez pacjenta przewlekle leżącego jest uzasadniona i wymaga natychmiastowej interwencji pielęgniarki.

Praca pielęgniarki obraca się głównie koło łóżka pacjenta (2, 5).

Wykorzystany w medycynie postęp nauki i techniki wpłynął na poszerzenie funkcji łóżka szpitalnego i jego wygląd. Łóżko ma służyć pacjentowi. Ma zapewnić chorym maksymalne bezpieczeństwo, wygodę, dobre samopoczucie, niezależność ruchową oraz skutecznie wspomagać pielęgniarki w wykonywaniu zabiegów terapeutycznych, pielęgnacyjnych i rehabilitacji przyłóżkowej.

Łóżka szpitalne posiadają płaszczynę leżą wykonaną z rur i kształ-

towników, odchylane oparcie pleców, regulowane poręcze z wykorzystaniem mechanizmów zapadkowych sterowanych ręcznie lub elektrycznie. Rama leża na materac jest wyposażona w wiele dodatkowych elementów ułatwiających pielęgnowanie m.in. dwuczściowe składane poręcze, sterowniki wysokości, oparcia i ułożenia nóg, zmiany ułożenia (fot. 1).

Łóżka mają statywy do kroplówek dożylnych, dożołądkowych, rama leża ma otwory służące do zamontowania pomp infuzyjnych, worków drenażowych oraz dodatkowych statywów. Do ramy głównej łóżka można również zamontować wyciągi ortopedyczne, klatkę do kinezyterapii, uchwyty usprawniające – pionowe i poziome do samodzielnej zmiany ułożenia (3, 4).

Nogi łóżka posiadają koła jezdne z blokadą jazdy i obrotu.

Powierzchnie elementów konstrukcyjnych łóżka pokryte są powłokami odpornymi na korozję, uderzenia, zużycie, działanie środków myjących, dezynfekujących.

Łóżka o różnej konstrukcji mają umożliwić pacjentowi aktywność czynnościowo-rehabilitacyjną, pielęgniarkom ergonomiczną pracę w czasie pielęgnowania, przemieszczania, terapii, reanimacji pacjentów.

Wyróżnia się łóżka wielofunkcyjne dostosowane do terapii i rehabilitacji w chirurgii rekonstrukcyjnej, kardiologicznej oraz intensywnej terapii (fot. 2).

Stosowanie łóżek wielofunkcyjnych zmniejsza ucisk na powierzchnię ciała człowieka, poprawia ukrwienie tkanek, zmniejsza ból, ułatwia zmianę ułożenia, monitoruje masę ciała pacjenta bez konieczności przemieszczania go na sprzęt pomiarowy, umożliwia dostęp do ciepłego powietrza i osuszania skóry co ułatwia gojenie ran w dobrym mikroklimacie skóry.

W funkcjach łóżka są również możliwości masowania i opukiwania pleców bez poruszania pacjentem, prowadzenia terapii poprzez pulsację powietrza w komorach materaca od stóp do głowy, co w znacznym stopniu poprawia przepływ krwi w żyłach,

stymuluje cyrkulację limfy i zmniejsza obrzęki ciała (4, 6, 7).

Inne funkcje łóżek wielofunkcyjnych to możliwość wymodelowania krzesła kardiologicznego, na którym funkcje oddechowe pacjenta są optymalne, wykonywania zdjęć rentgenowskich w zintegrowanej komorze na kasety rtg, podłączenia do instalacji przywołującej pielęgniarki, podświetlania podłogi.

Wśród łóżek tego typu wyróżnia się łóżka clinitronowe BariAir, łóżka Flexicair, łóżka Efica, Thera Pulse ATP, Tria Dyne Proventa i RotoRest. (7)

Łóżka wielofunkcyjne umożliwiają wykonanie terapii kinetycznej, która polega na powolnej, ciągłej, cyklicznej rotacji pacjenta w pozycji bocznej lewej i prawej pod kątem od 45 do 60 stopni wzdłuż osi podłużnej łóżka. Zapobiega to komplikacjom z unieruchomienia; jest biernym zaspokojeniem potrzeby ruchu człowieka w ciężkim stanie zdrowia. Istnieje również możliwość zaprogramowania zatrzymania leża z pacjentem w pozycji bocznej na określony czas (6, 7).

Cechy użytkowe nowoczesnych łóżek to:

- długość: 210-220 cm,
- szerokość: 90 cm,
- wysokość leża: 45-85 cm,
- kąt pochylenia segmentu plecowego: 75 stopni,
- kąt pochylenia segmentu udowego: 35 stopni,
- przechył Trendelenburga: 22 stopni, całe leże,
- przechył antyTrendelenburga: 22 stopni, całe leże,
- dopuszczalne obciążenie: do 170 kg (6, 7).

Cechy ergonomiczne i estetyczne łóżek zapewniają bezpieczeństwo i komfort użytkowy pacjentowi i pielęgniarkom w warunkach szpitalnych, sanatoryjnych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i domów opieki społecznej z wydzielonym oddziałem dla osób leżących przewlekle.

Wyposażenie łóżka wielofunkcyjnego to:

- materac podstawowy na leżu/ramie głównej,
- materac przeciwoleżynowy, komorowy z napędem, ułożony na materacu podstawowym,
- uchwyty usprawniające,
- barierki boczne,
- statywy, półki, wieszaki na elementy układów drenujących,
- poduszki,
- koc do poszwy,
- koc dodatkowy,
- bielizna pościelowa: poszwa dopasowana do koca, prześcieradło dobrze pokrywające materac podstawowy o długości 220 cm, poszewki na poduszki, podkład płócienny, podkłady chłonne dopasowane wymiarami do potrzeb pacjenta,
- bielizna jednorazowa i podkłady chłonne – w zależności od sytuacji zdrowotnej i higienicznej pacjenta.

Zasady postępowania z łóżkiem:

- umyć i wydezynfekować łóżko dla nowo przyjmowanego pacjenta,
- dezynfekować powierzchnie trudnodostępne np. koła, ruchome elementy łóżka zgodnie z zaleceniem producenta,
- słać łóżko w sposób umożliwiający rozpoznanie czy jest ono wolne czy zajęte: wolne – na kołdrze leży poduszka, zajęte bez pacjenta – kołdra w części nożnej złożona w zet na trzy,
- ścielić łóżko codziennie, dokładnie z przewietrzaniem pościeli,
- nie dopuszczać do samodzielnego siania łóżka przez pacjentów, jest to dla nich wysiłek i gdyby coś się z nimi stało w trakcie wykonywania tych czynności porządkowych odpowiada za to pielęgniarka,
- układać poduszki otworem poszewki/guzikami od drzwi wejściowych,
- zmieniać pościel w każdej sytuacji zanieczyszczenia jej krwią, wydzielinami, wydaliniami lub gdy poprosi o to pacjent,

- dopilnować codziennego wycierania łóżka przez służby porządkowe w ramach higieny bieżącej, a szczególnie szybko reagować na jego zanieczyszczenie,
- nadzorować okresową konserwację łóżek wielofunkcyjnych, prowadzić ich dokumentację w postaci paszportu sprzętu,
- nie dopuszczać do awarii łóżek wielofunkcyjnych,
- dbać o estetyczny wygląd łóżka,
- korzystać z funkcji łóżek wielofunkcyjnych po przeszkoleniu,
- wykorzystywać funkcje łóżka wielofunkcyjnego w profilaktyce zespołu unieruchomienia,
- nie dopuszczać, by ktokolwiek siadał na wolne łóżko, przygotowane dla nowego pacjenta,
- zabezpieczyć wolne łóżko pokrowcem, folią lub zgodnie z obowiązującą procedurą postępowania epidemiologicznego. ■

Literatura:

1. Górąjek-Jóźwik J. Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych. PZWL. Warszawa. 2010.
2. Kulczyńska T. Podręcznik pielęgniarstwa. PZWL. Warszawa. 1962.
3. Marciniak J. Sprzęt szpitalny i rehabilitacyjny. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej. Gliwice. 2003.
4. Szałkiewicz E. Łóżko – podstawa pielęgnacji. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”. 5/ 2001.
5. Wołynka S. Pielęgniarstwo Ogólne. PZWL. Warszawa. 1993.
6. Katalog Żywieckiej Fabryki Sprzętu Szpitalnego. Wydanie 4205. Kraków.
7. Katalog KCL Service Produkte. Austria. 1230 Wien.

mgr pielęgniarstwa
Danuta Kozłowska
Koło Naukowe PTP
Oddział w Łodzi

Diety lecznicze

klasyfikacja i charakterystyka

Celem diety jest pokrycie zapotrzebowania organizmu na składniki odżywcze w formie uwzględniającej rodzaj schorzenia, o odpowiedniej do stanu i wieku pacjenta konsystencji (dieta płynna, papkowata), zmodyfikowanej wartości kalorycznej i odżywczej lub drogi podaży (żywienie dojelitowe lub pozajelitowe).

W szpitalach powinien być stosowany system standartowych diet, zapewniający ich jednolite założenia i usprawniający pracę. Diety lecznicze powinny uwzględniać przebieg choroby, wspomagać leczenie i jednocześnie powinny być dobrze akceptowane przez pacjentów i łatwe do przygotowania

Dieta to zmodyfikowany sposób żywienia (pod względem ilości, jakości i doboru produktów spożywczych), by osiągnąć efekt leczniczy. Z czasów biblijnych pochodzą opisy leczenia niektórych chorób poprzez odpowiednie diety czy głodówki. Sentencja Hipokratesa wyrażająca filozofię starożytnej medycyny „Niech pokarm będzie twoim lekarstwem” także wskazuje, że już wówczas odpowiednio zastosowane produkty spożywcze były domeną medyków.

Nauka o żywieniu człowieka jest w ostatnich latach w fazie rozkwitu. Obserwujemy ogromny postęp wiedzy z zakresu fizjologii człowieka i medycyny, rozwój nowoczesnych metod produkcji żywności, technolo-

gii, analizy żywności i genetyki. Jest wiele udokumentowanych naukowo dowodów o zagrożeniach dla zdrowia wynikających z nieprawidłowego żywienia oraz wpływie sposobu żywienia, już w najwcześniejszym okresie życia, na ryzyko rozwoju chorób cywilizacyjnych w wieku dojrzałym (otyłość, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze). Nadal podkreśla się potrzebę i możliwość zapobiegania im poprzez odpowiednie żywienie. W niektórych schorzeniach (celiakia, fenyloketonuria) odpowiednia dieta jest jedyną skuteczną metodą leczenia.

Obecnie pojęcie „leczenie żywieniowe” i „leczenie dietetyczne” są używane zamiennie, a obie metody są uznawane jako wspomagające leczenie konwencjonalne, zapobiegające występowaniu chorób lub jako czynnik leczniczy.

W praktyce istnieje rozgraniczenie między leczeniem żywieniowym (z sztucznym dojściem przez sondę lub gastro- lub jejunostomię) i leczeniem dietetycznym, odnoszącym się do karmienia drogą doustną.

„Leczenie żywieniowe” (żywienie kliniczne) wg Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego oznacza postępowanie lekarskie obejmujące ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, zlecenie i podawanie odpowiednich dawek energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków

śladowych i wody w postaci zwykłych produktów odżywczych, płynnych diet doustnych lub sztucznego odżywiania podaż przez zgłębnik lub przetokę odżywczą do żołądka lub dojelitowo, lub drogą dożylną), monitorowanie stanu klinicznego i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia. Definicja ta uwzględnia tradycyjne produkty spożywcze, dotyczy jednak ich podawania bezpośrednio do przewodu pokarmowego przez przetokę odżywczą lub zgłębnik wprowadzony do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego.

W Polsce leczeniem żywieniowym zajmują się głównie lekarze, a opracowaniem diet leczniczych – dietetycy. Pomocą dla pacjentów pediatrycznych i dorosłych wymagających leczenia żywieniowego (przez sztuczne dojście) jest program domowego żywienia enteralnego całkowicie refundowanego przez NFZ. Niestety, te same preparaty stosowane jako suplementy i podawane drogą doustną są dostępne na receptę z pełną odpłatnością.

„Leczenie dietetyczne” jest pojęciem odnoszącym się głównie do specjalnego sposobu żywienia z wykorzystaniem drogi doustnej, uwzględniającego odpowiednio dostosowaną do stanu organizmu ilość i jakość naturalnych, tradycyjnie spożywanych pokarmów. W praktyce oznacza modyfikację stosowanych technik kulinarnych odpowiednio do potrzeb

i możliwości trawienia, wchłaniania i metabolizowania przez organizm w fazie choroby ostrej lub przewlekłej.

System dietetyczny opiera się na modelowych dietach leczniczych i dietach specjalnych

Klasyfikacja diet

Obecna klasyfikacja diet dla zakładów opieki zdrowotnej (głównie dla szpitali), opracowana przez Zakład Żywienia Klinicznego IŻŻ:

1. *Podstawowa*. Dla pacjentów nie wymagających specjalnych zaleceń. Oparta na tradycyjnych produktach spożywczych, przyrządzana wszystkimi technikami kulinarnymi zgodnie z zasadami prawidłowego żywienia. Potrawy smażone 1-2 w tygodniu. Surówki, jarzyny gotowane, pieczywo mieszane – bez ograniczeń.

2. *Łatwo strawna*. Modyfikacja diety zwykłej. Eliminacja produktów, potraw i technologii drażniących przewód pokarmowy. Dieta ta jest wskazana w stanach zapalnych błony śluzowej żołądka i jelit, nadwrażliwości jelita grubego, w chorobach infekcyjnych przebiegających z gorączką, w okresie rekonwalescencji po zabiegach chirurgicznych, u chorych długo leżących, małych dzieci i osób w podeszłym wieku. Ogranicza się w niej potrawy wzdymające (cebula, kapustne, strączkowe), smażone, tłuste, ostro przyprawione, długo zalegające w żołądku i bogatobłonnikowe – razowe pieczywo). Większość potraw mięsnych i rybnych, warzywa – gotowana.

3. *Łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczu*. Wskazana dla pacjentów wymagających ochrony wątroby i trzustki (przewlekłe zapalenie trzustki i wątroby), poprzez zmniejszenie ich aktywności wydzielniczej, w chorobach pęcherzyka żółciowego (kamica). Zasady diety jak wyżej, dodatkowo ogranicza się pełne mleko i jego przetwory, wędliny drobno mielone, tłuszcze do smarowania pieczywa

4. *Łatwo strawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego*. Dieta łatwo strawna

z rygorystycznym doбором produktów i potraw. Dla pacjentów z chorobą refluksową, w zaostrzeniach choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, w stanach po resekcji jelit, w przewlekłych nieżytach jelit. Potrawy gotowane, przecierane, małe porcje, posiłki częstsze.

5. *Łatwo strawna z modyfikacjami konsystencji: papkowata, płynna, płynna wzmocniona do żywienia przez zgłąbnik lub przetokę*. Stosowana u pacjentów w okresie rekonwalescencji po zabiegach operacyjnych na przewodzie pokarmowym, u chorych z trudnościami z polykaniem, w schorzeniach jamy ustnej i przełyku, po krwawieniach z przewodu pokarmowego. Może być podawana przez stomię lub zgłąbnik. Droga tą podaje się zbilansowane diety przemysłowe.

6. *Łatwo strawna bogatobiałkowa*. Spożycie białka podwyższone o około 50 proc. podstawowego zapotrzebowania, 2/3 pochodzenia zwierzęcego. Stosujemy w stanach pooperacyjnych, po urazach, oparzeniach, w stanach wyniszczenia oraz nadczynności tarczycy

7. *Dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów*. Zalecana głównie u chorych na cukrzycę. Dieta ogranicza spożycie tłuszczów, a bogata jest w węglowodany złożone i błonnik pokarmowy

8. *Łatwo strawna niskobiałkowa*. Celem diety jest ograniczenie produktów katabolizmu białka i oszczędzanie organów odpowiedzialnych za ich przemianę i wydalanie (wątroby i nerek). Stosowana w ostrej i przewlekłej niewydolności nerek, śpiączce wątrobowej.

9. *Bogatoresztkowa*. Zwiększenie spożycia błonnika pokarmowego i płynów. Stosowana w zaparciach nawykowych, nadpobudliwości jelita grubego, w zapobieganiu uchyłkowatości i nowotworom jelita grubego, otyłości, zaburzeń przemiany lipidowej i węglowodanowej.

10. *Ubogoenergetyczna*. Odmiana diety bogatoresztkowej, o deficytowej wartości kalorycznej tak, by ujemny

bilans energetyczny uruchamiał rezerwy tłuszczowe organizmu.

Wskazana dla chorych z otyłością, nadwagą, z zaburzeniami gospodarki lipidowej i metabolizmu węglowodanów.

11. *Dieta o kontrolowanej zawartości ilości kwasów tłuszczowych*. Zalecana w profilaktyce i leczeniu hiperlipidemii i miażdżycy naczyń krwionośnych. Kontroluje się ilość nasyconych kwasów tłuszczowych, cholesterol. Ogranicza się cukry proste.

12. *Diety specjalne*. Diety eliminacyjne w alergiach i nietolerancjach pokarmowych, wrodzonych wadach metabolizmu – opracowywane indywidualnie.

Przykłady diet

Przykładowe diety w szpitalach pediatricznych (np. w IPCZD):

1. *Podstawowa*. Nie wymagająca specjalnych zaleceń (jak u dorosłych, z dostosowaniem do wieku).

2. *Łatwo strawna*. Modyfikacja diety podstawowej (eliminacja produktów jak u dorosłych).

3. *Bogatobiałkowa*. Modyfikacja diety zwykłej, wzbogacona w wysokobiałkowe dodatki (twarożek, jogurt, jajko, wędlina jako dodatek do drugiego śniadania lub podwieczorku).

4. *Niskobiałkowa*. Dieta planowana indywidualnie (ilość białka/kg masy ciała) bądź pacjent otrzymuje ½ porcji produktów wysokobiałkowych do obiadu, pozostałe posiłki są w oparciu o produkty niskobiałkowe (bez białka pochodzenia zwierzęcego, pieczywo niskobiałkowe).

5. *2 r.ż. (papa)*. Modyfikacja diety zwykłej, co do wielkości porcji i stopnia rozdrobnienia

6. *Niskosodowa*. Ograniczenie soli kuchennej, gotowych wędlin, zwykłego pieczywa.

7. *Bogatoresztkowa*. Dieta zwykła plus zwiększona ilość błonnika pokarmowego (razowe pieczywo, kasze gruboziarniste, warzywa, owoce, otręby pszenne).

8. *Ubogoenergetyczna*. Oszczędzająca przewód pokarmowy (jasne pieczywo,

warzywa i owoce o mniejszej zawartości błonnika –głównie gotowane).

9. *Bezmleczna*. Dla pacjentów z alergią na białka mleka krowiego (bez mleka, masła, przetworów mlecznych).

10. *Wysokokaloryczna*. Dla pacjentów wymagających szybkiej rekonwalescencji, niedożywionych, zaniedbanych.

11. *Niskokaloryczna*. Modyfikacja diety zwykłej z ograniczeniem słodkich dodatków i deserów, potraw smażonych. Więcej warzyw.

12. *Bezglutenowa*. Dla pacjentów z celiakią lub alergią na gluten. Wykluczone produkty zawierające zboża: pszenicę, żyto, jęczmień, owies).

13. *Ubogowapniowa*. Obniżamy udział produktów mlecznych i bogatych w wapń warzyw np. kapustne, strączkowe suche, suszone owoce.

14. *Bogatofosforanowa*. Zwiększony udział produktów bogatych w fosfor i fosforany.

15. *Ubogofosforanowa*. Ograniczenie produktów bogatych w związki fosforu (zaburzenia gospodarki Ca-P).

16. *Niskotłuszczowa*. Zalecenia indywidualne. U pacjentów z zaburzeniami gospodarki lipidowej (w cukrzycy, przy dializach).

17. *Ziemniaczana*. Dla pacjentów dializowanych (ograniczenie białka). Dozwolone wszystkie potrawy z ziemniaków. Mała porcja mięsa raz dziennie.

18. *Wegetariańska*. Dla dzieci starszych. Bez produktów pochodzenia zwierzęcego lub tylko bez mięsa.

19. *Ubogocholesterolowa*. Dla pacjentów dializowanych, z zaburzeniami gospodarki lipidowej, ograniczenie produktów bogatych w cholesterol i cukry proste.

20. *Zwykła płynna, zagęszczona*. Zmiksovana dieta zwykła, dostosowana konsystencją do pacjentów z trudnościami w połykaniu (zmiksowane zupy mleczne, jarzynowe z mięsem, wzbogacone masłem lub olejem).

21. *Zwykła płynna, do zgłębnika j.w.* konsystencja odpowiednia do podaży przez zgłębnik.

22. *Półpłynna do stomii*. Jak wyżej.

23. *Diety indywidualne*. Planowane dla pacjenta w zależności od stanu chorego, specyfiki choroby, innymi zaleceniami lekarza np. dieta ketogeniczna – dla pacjentów z padaczką lekooporną, dieta do koloskopii – płynna, bezreszkowa, dieta beztluszczowa – w ostrym zapaleniu trzustki itp.

W szpitalach pediatrycznych różny wiek pacjentów wymaga specjalnego podejścia do przygotowywania posiłków. Oprócz przygotowywania posiłków zgodnie z zasadami diety – zaleconej przez lekarza, z powodów ekonomicznych uzasadnione jest zróżnicowanie wielkości porcji odpowiednio do wieku. Skład posiłków i techniki kulinarne powinny umożliwić ich sprawne spożycie przez małe dzieci, poprzez dostosowanie konsystencji posiłku do umiejętności jedzenia i gryzienia.

W szpitalach pediatrycznych w strukturze działu żywienia zwykle jest kuchnia niemowlęca, w której przygotowywane są posiłki mleczne, uzupełniające i napoje do podawania butelką przez smoczek. W małych szpitalach stosuje się gotowe produkty w opakowaniach jednostkowych bądź

posiłki przygotowuje się bezpośrednio przed jedzeniem (jak w domu), co okazuje się bardziej ekonomiczne od utrzymywania kuchni mlecznej.

Często nazwy diet wywodzą się od jednostki chorobowej, nie oddając istoty modyfikacji składu diety, np. wątrobowa, wrzodowa, cukrzycowa. Może to prowadzić do nieporozumień i błędów – dieta w encefalopatii wątrobowej z ograniczeniem białka, a w przewlekłej niewydolności wątroby dieta bogatobiałkowa.

Nieuzasadnione ograniczenia dietetyczne są zależne bardziej od subiektywnej oceny samopoczucia i nadmiernego skupienia uwagi pacjenta na swoim zdrowiu niż od jego faktycznego stanu klinicznego. W świadomości Polaków pokutuje pogląd, że pieczywo z pełnego ziarna, surowe owoce i warzywa są ciężko strawne i produkty tego typu nie powinny być podawane w szpitalu. Jednak niewielu pacjentów wymaga modyfikacji diety ze względu na gorszą wydolność przewodu pokarmowego, a w wielu schorzeniach dieta łatwo strawna może pogłębiać zaburzenia wynikające z unieruchomienia pacjenta, innego rytmu dnia i okresowych

podziękowania

Dziękujemy całemu zespołowi terapeutycznemu Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi a w szczególności Panu prof. **Markowi Zadroźnemu** oraz pielęgniarkom – **Mirosławie Klempie**, **Dorocie Balcerzak** i **Beacie Śmieciowskiej** – za leczenie, troskliwą i fachową opiekę nad moją mamą Krystyną Piestrzeniewicz

Anna Pakulska

Serdeczne podziękowania dla całego **zespołu Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bałchatowie** za pełen profesjonalizm w opiece oraz zrozumienie i ciepłe słowo podczas całego pobytu w oddziale naszej mamy Marianny Gogół składają

wdzięczne córki

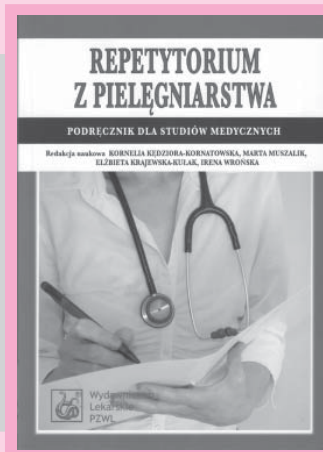
ograniczeń dietetycznych związanych z diagnostyką.

Przy tym wszystkim należy uwzględnić preferencje pacjenta i zapewnić pomoc przy posiłku, np. by mógł być spożyty w odpowiednim czasie i w optymalnej temperaturze. Najczęstsze problemy w żywieniu dzieci w szpitalu wynikają z nieprawidłowych zwyczajów żywieniowych wyniesionych z domu, przyzwyczajenia do posiłków innych niż dania z kuchni szpitalnej, nieznajomości wielu potraw i produktów, a jednocześnie silnego stresu związanego z diagnostyką i leczeniem, poczucia strachu i zagrożenia w obcym środowisku, szczególnie, jeśli opieka rodziców w czasie hospitalizacji jest niemożliwa.

Pobyt w szpitalu często jest związany z pogorszeniem stanu odżywienia pacjenta. Wynika to m.in. z zaostrzenia choroby (konieczność hospitalizacji), ograniczeń dietetycznych związanych ze stanem pacjenta, badań (na czczo), braku apetytu związanego z przyjmowanymi lekami, poczucia zagrożenia i osamotnienia. Ocena podstawowych parametrów stanu odżywienia przy przyjęciu chorego, regularna ich kontrola, szczególnie przy długim pobycie w szpitalu oraz odpowiednio dobrana dieta mogą poprawić rokowanie, zapobiec powikłaniom i skrócić czas leczenia szpitalnego. Większość pacjentów w szpitalach korzysta z posiłków przynoszonych przez osoby odwiedzające – 90 proc. (troska i wsparcie chorego). Personel ma obowiązek nadzorować, by dodatkowe produkty były zgodne z zalecaną dietą, spożyte od razu, lub właściwie przechowywane, by nie były przyczyną zatrucia pokarmowego lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

Optymistycznie zabrzmi, że dokupowane produkty przez pacjentów, to soki, słodczyce i owoce. Kupowanie tego typu żywności wynika raczej z potrzeby uprzyjemnienia sobie pobytu w szpitalu. ■

Wykaz literatury u Autorki



Repetytorium z pielęgniarstwa

Kornelia Kędziora-Kornatowska
Marta Muszalik,
Elżbieta Krajewska-Kułak
Irena Wrońska
Wydawnictwo Lekarskie PZWi
Warszawa 2010,
ISBN 978-83-200-4096-8

Pierwszy na polskim rynku wydawniczym podręcznik pielęgniarstwa o charakterze repetytoryjnym. Ułatwia podsumowanie przed egzaminem z przygotowania zawodowego zagadnień z różnych dziedzin medycyny, m.in. z pielęgniarstwa internistycznego, chirurgicznego, pediatricznego. Uwzględniono w nim zarówno zagadnienia dotyczące kliniki, jak i pielęgniarstwa – diagnozę pielęgniarską i interwencje pielęgniarskie. Wszystkie rozdziały zostały napisane według ustalonego schematu ułatwiającego przyswojenie wiedzy. W spisie treści:

Część pierwsza poświęcona została wybranym zagadnieniom z pielęgniarstwa internistycznego; przedstawiono sposób pielęgnowania pacjentów w chorobach układu krążenia, chorobach układu oddechowego, w chorobach układu pokarmowego, moczowego, krwiotwórczego, endokrynologicznego oraz w wybranych stanach zagrożenia życia w internie.

Część druga omawia zagadnienia dotyczące pielęgniarstwa chirurgicznego. Przedstawiono przygotowanie oraz pielęgnowanie pacjentów po zabiegach w chirurgii naczyniowej, przygotowanie oraz pielęgnowanie pacjenta po zabiegu w obrębie gruczołu tarczowego, przygotowanie oraz pielęgnowanie pacjentów poddanych cholecystektomii, resekcji żołądka, przygotowanie oraz pielęgnowanie pacjentów po zabiegu wycięcia stomii jelitowej oraz w wybranych stanach zagrożenia życia w chirurgii.

W części trzeciej przedstawiono wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa pediatricznego m.in.: pielęgnowanie dzieci w chorobach układu krążenia, pielęgnowanie dzieci w chorobach układu oddechowego, układu pokarmowego, układu moczowego, krwiotwórczego, pielęgnowanie dzieci w zaburzeniach endokrynologicznych oraz na zakończenie wybrane stany nagłe w pediatrii.

Część czwarta opisuje zadania pielęgniarki i odpowiadające im materiały dydaktyczne oraz przedstawia funkcje pielęgniarki.

Książka adresowana przede wszystkim do studentów pielęgniarstwa ale również do pielęgniarek pracujących i wykładowców. ■

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska