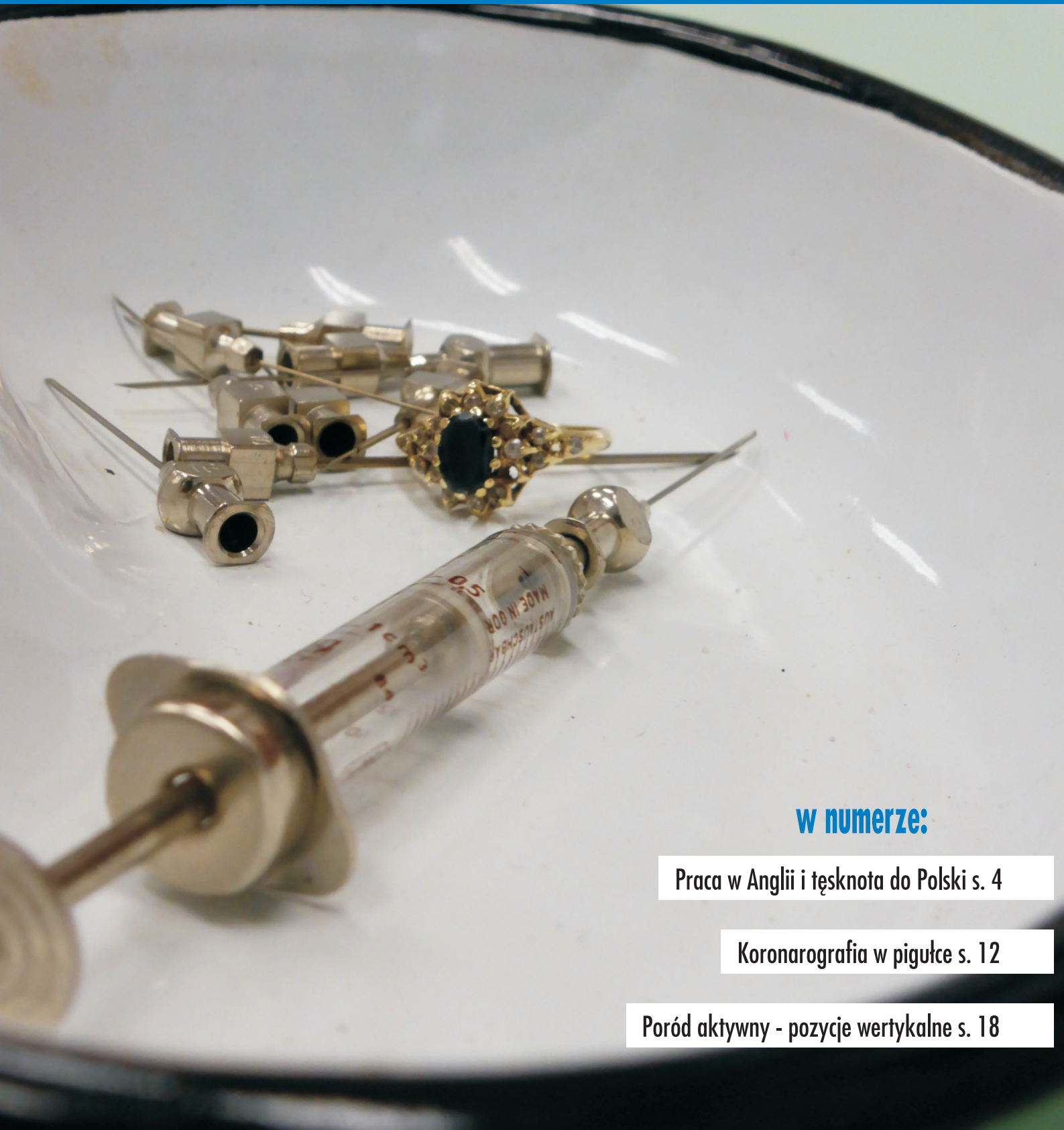


Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



w numerze:

Praca w Anglii i tęsknota do Polski s. 4

Koronarografia w pigułce s. 12

Poród aktywny - pozycje wertykalne s. 18

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!



Justyna Laska
przewodnicząca
ORPiP w Koszalinie

Oddając w Państwa ręce pierwszy tegoroczny numer Kwartalnika „Morze Spraw” głęboko wierzyłam, że na jego łamach będę mogła podzielić się z Państwem dobrymi wiadomościami. Rok 2013 był wyjątkowy i trudny dla polskiego pielęgniarstwa. Z przykrością stwierdzam, że wokół Naszego pielęgniarstwa nie działo się zbyt wiele, a można pokusić się o stwierdzenie, że również nie najlepiej. Rzecz dotyczy wprowadzenia od 01.01.2013 roku ułomnego Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia. Obietnice Ministra Zdrowia, co do jego nowelizacji okazały się pustymi słowami. Pod koniec roku otrzymaliśmy „prezent” w postaci projektu zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego opieki długoterminowej. Proponowane zmiany skutkowały całkowitą likwidacją świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, a praca pielęgniarek została sprowadzona niemalże do działalności wolontariackiej. Jako samorząd występowaliśmy w różnych formach przeciw wprowadzeniu w życie zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie kontraktowania świadczeń w zakresie: pielęgniarki poz oraz pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, co zakończyło się dla nas pomyślnie, ale na jak długo? ... Czas pokaże.

Sukcesem naszej grupy zawodowej i uwieńczeniem wielu lat ciężkiej pracy, wyjazdów i spotkań rzeszy osób była zmiana dyrektywy unijnej w zakresie uznawania kwalifikacji zawodowych. Zmiana ta z pewnością wpłynie na poprawę pozycji pielęgniarek i położnych w kraju, jak i na świecie.

Mam nadzieję, że ten rok będzie dla nas lepszy.

W planach działania Naszej Izby mamy min.: kontynuację jednodniowych szkoleń z zakresu leczenia ran i odleżyn dla pielęgniarek, warsztaty edukacyjne dla pielęgniarek i położnych we współpracy z firmą Pelargos. Zrealizować zamierzamy również konferencję naukowo szkoleniową dla pielęgniarek i położnych, która odbędzie się w październiku.

Przed nami także wydarzenia związane z organizacją XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych. Oprócz przyjęcia sprawozdań i zatwierdzenia budżetu będą omawiane problemy, z jakimi boryka się nasza grupa zawodowa.

Nadchodzące miesiące to również kilka okazji do złożenia życzeń.

Pierwsza z nich już 8 marca i z okazji Międzynarodowego Dnia Kobiet składam wszystkim Paniom serdeczne życzenia wielu uśmiechów i pogody ducha. Z okazji Świąt Wielkiej Nocy składam Pielęgniarkom/Pielęgniarzom i Położnym wiele radosnych i niepowtarzalnych chwil, serdecznych spotkań rodzinnych przy świątecznym stole oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i zawodowym.

Natomiast w maju obchodzimy Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Krajowy i Dzień Położnych. Wykorzystując tę sposobność pragnę złożyć nam wszystkim najserdeczniejsze życzenia wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i zawodowym, a przede wszystkim stabilizacji. Już dziś zapraszam na uroczystości związane z naszymi świętami: 10 maja b.r. II Rajd Pielęgniarek i Położnych OIPiP (szczegóły na str. 27), 12 maja b.r. na Mszę Św. (str. 28) oraz 17 maja do Bałtyckiego Teatru Dramatycznego w Koszalinie.

Przewodnicząca ORPiP
Justyna Laska

DZIAŁY TEMATYCZNE

DOBRA PRAKTYKA	4
KALENDARIUM	8
WOKÓŁ SAMORZĄDU	9
AKTUALNOŚCI	12
WARTO WIEDZIEĆ	20
PORADY PRAWNE	25
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	26
OGŁOSZENIA	27
W WOLNEJ CHWILI	29
WARTO ZOBACZYĆ	31
KONDOLENCJE	33

WAŻNE DATY

08.03 Dzień Kobiet
 12.03 Świątowy Dzień Nerek
 20.03 Świątowy Dzień Inwalidów i Ludzi Niepełnosprawnych
 24.03 Świątowy Dzień Walki z Gruźlicą
 07.04 Świątowy Dzień Zdrowia
 20-21.04 Wielkanoc
 03.05 Międzynarodowy Dzień Astmy i Alergii
 12.05 Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej
 14.05 Dzień Farmaceuty
 26.05 Dzień Matki
 31.05 Dzień bez papierosa

Wydawca Biuletynu Informacyjnego „Morze Spraw”

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
 tel. 94 342 59 93
 Redaktor Naczelna: Grażyna Margas
 Zespół redakcyjny: Justyna Laska, Monika Zaremba
 Sekretarz redakcyjny: Aneta Artkowska-Leszcz

Druk: Pracownia Poligraficzno-Introligatorska
 INTRO-DRUK Anna Dębińska
 ul. Przemysłowa 3b, 75-216 Koszalin, tel./fax 94 341 60 27
 Nakład: 1000 egzemplarzy

Wydawca zastrzega sobie możliwość skracania i poprawy stylistycznej materiału.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie

ul. Zwycięstwa 190
 75-950 Koszalin

www.oipip-koszalin.org
 e-mail: izba@oipip-koszalin.org

sekretariat: tel. 94 342 59 93
 fax 94 348 90 97
 rejestr: tel. 94 347 15 78
 dział kształcenia: tel./fax 94 341 11 02

Bank PEKAO S.A. II Oddz. Koszalin
 32124036531111000041892750

Przewodnicząca Okręgowej Rady
 - Justyna Laska

Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady
 - Anna Burdziej
 - Krystyna Morawska

Sekretarz Okręgowej Rady
 - Katarzyna Nowak

Skarbnik Okręgowej Rady
 - Bożena Wojcikiewicz

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
 - Danuta Wojewska
 pełni dyżur w siedzibie OIPiP w Koszalinie przy ul. Zwycięstwa 190 IIIp. w każdy drugi wtorek miesiąca w godz. 14:00-15:00 oraz ostatni wtorek miesiąca w godz. 15:00-16:00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
 - Ewa Wojciechowska

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej
 - Dominik Jawilak

Biuro czynne: pn-wt w godz. 7:30-17:00,
 śr, czw, pt w godz. 7:30-15:30

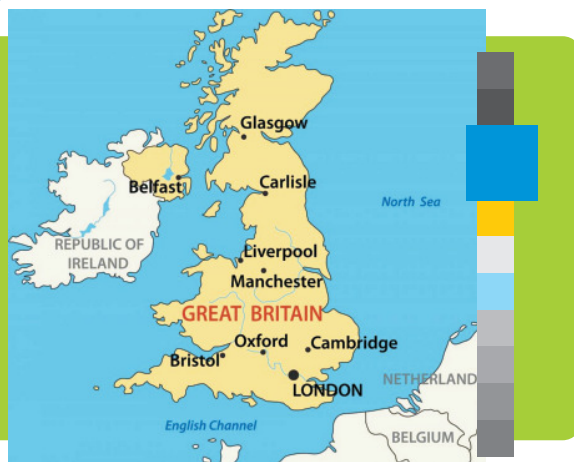
Sekretariat OIPiP
 - Bożena Pstrągowska

Dział Prawa Wykonywania Zawodu
 - Barbara Taterka
 email: pwz@oipip-koszalin.org

Dział Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
 - Liliana Kowalewska
 email: szkolenia@oipip-koszalin.org

Radca Prawny OIPiP
 - Irena Renda
 Udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/położnej we wtorki od godz. 9:00 po uzgodnieniu tel. 94 342 59 93

Praca w Anglii i... tęsknota do Polski



W związku z tym, że niektóre z moich koleżanek i kolegów myślą, zastanawiają się czy już nawet planują wyjazd do pracy za granicą uważam za sensowne podzielić się z Wami moim zagranicznym doświadczeniem.

W Wielkiej Brytanii spędziłam łącznie 7 lat, ostatnia zagraniczna przygoda trwała 6 lat i rozpoczęła się w marcu 2005 roku. Początkowo zatrudniona byłam w prywatnym domu dla osób starszych (tzw Residential Home) na stanowisku opiekunki. Przez 1,5 roku mieszkałam i pracowałam we wsi Copford, w pobliżu najstarszego miasta w Anglii o nazwie Colchester. Przelot i dojazd do Copford w całości został zorganizowany i sfinansowany przez angielską Firmę, i już po wylądowaniu, na lotnisku oczekiwała na mnie Regionalna Dyrektorka, piękna z długimi włosami blondynka, która swoim prywatnym samochodem zawiozła mnie wprost do Domu, w którym miałam mieszkać i pracować. Mój kiepski angielski (poziom bardzo początkowy) dawał się we znaki od początku i to na każdym kroku, ale nie poddawałam się, a raczej traktowałam to jako kolejne wyzwanie do pokonania pojawiających się trudności. Po 2 miesiącach pobytu w nowym kraju zapisałam się do szkoły dla dorosłych, dla których język angielski nie był językiem ojczystym i dwa razy w tygodniu dojeżdżałam do Colchester aby poprawić umiejętność komunikowania się w języku angielskim. Jednocześnie poznawałam także angielską kulturę, znacząco różniącą się od polskiej, m.in. z powodu wielokulturowości angielskiego społeczeństwa czy rozwiniętego tam kapitalizmu. Firma wynajmowała mi pokój na pierwszym piętrze Domu, w którym pracowałam. Na parterze natomiast znajdowało się 26 jednoosobowych pokoi, część z nich z łazienkami, w których mieszkali osoby starsze w wieku powyżej 60 lat, w tym jedna stulatka. Na dole, poza tymi pokojami, znajdowała się też kuchnia, duża jadalnia, niewielka pralnia i dwa pokoje biurowe. Pracę rozpoczęłam jako jedyna Polka w zespole, ale nie jedyna cudzoziemka. Gdy w urzędach załatwiałam różne formalności, np. związane z ubezpieczeniem społecznym to początkowo miałam status emigrantki, potem zauważyłam zmianę i byłam już obywatelką Europy, co brzmiało bardziej adekwatnie bo przecież Europa w 2005 roku była już zjednoczona (Unia Europejska). Po dwóch tygodniach po moim przyjeździe dojechała Ania spod Gdańska, która zamieszkała w pokoju obok mnie i następnie razem pracowałyśmy, i było nam rażniej. Ania znała angielski bardzo dobrze toteż pomagała mi w rozmowach gdy tylko ją o to poprosiłam. Potem do Ani dołączył jej 6 letni synek i niestety zmuszona była szukać innego zakwaterowania, poza tym Domem. Znalazła małą kawalerkę w niedalekiej odległości od miejsca pracy i nadal mogłyśmy spędzać wolny czas razem, jeśli miałyśmy na to ochotę. Wieś Copford była niewielka, z jednym sklepikiem i okienkiem pocztowym, dwoma kościołami i dużym angielskim pubem. Nieopodal znajdowało się także boisko do krykieta, wśród drzew, gdzie lubiłam usiąść na ławce i oglądać treningi, mecze, kompletnie przy tym nie znając zasad gry. To co zachwycało mnie w tym miejscu, w tej okolicy, to gęsta sieć ścieżek do spacerowania, którymi porzucane były prywatne pola z łanami zbóż, mała rzeka, różne polne zadrzewienia; są to państwowe ścieżki, udostępnione wszystkim, specjalnie zaplanowane i zaznaczone na mapach, w pewnym zakresie przypominające nasze szlaki wędrowne ale

jednak inne. W wolnych chwilach po pracy uwielbiałam wędrować przez pola, podziwiać zachody słońca i kolorową, bujną angielską przyrodę. Anglicy znakomicie dbają o swoją przestrzeń, o przyrodę, a co najważniejsze udostępnili ją wszystkim chętnym poprzez odgórne (czyli przez państwo) wytyczenie ścieżek dla pieszych/wędrownych szlaków, prowadzących przez niziny, doliny, wyżyny, góry zarówno te państwowe jak i prywatne. W ten sposób nawet przeciętny zjadacz chleba może delektować się urokami natury, kosztować piękno krajobrazu, mimo, że znajduje się ono w prywatnych rękach. Cała Wielka Brytania poprzecinana jest takimi ścieżkami, i uważam to za znakomity pomysł bo w ten sposób angielska wyspa jest dla wszystkich, szczególnie dla lubiących spacerować lub dłuższe wędrowki, dla ceniących wypoczynek na łonie natury.

Po około pół roku pracy w tym Domu i oswojeniu się z potoczną angielszczyzną i nauką w szkole, zdecydowałam się wystąpić do angielskiej Rady Pielęgniarek i Położnych w Londynie z wnioskiem o zarejestrowanie mnie jako pielęgniarki w Wielkiej Brytanii. Dopiero po około 6 miesiącach, w tym dwóch osobistych wizytach w Radzie w Londynie, otrzymałam pozytywną decyzję, co praktycznie oznaczało, że rynek pracy dla pielęgniarek w WB stoi przede mną otworem. Początkowo jakoś temu nie dowierzałam ale potem zakochałam się w Anglii jako kraju pełnym szans i możliwości zmiany swego życia i pracy na lepsze. Rozpoczęłam poszukiwania pracy na stanowisku pielęgniarki, jednak niewystarczająca znajomość języka angielskiego znacząco ograniczała zakres moich poszukiwań. W swojej firmie także rozgłosiłam tę dobrą wiadomość, że mam uprawnienia pielęgniarki i szukam pracy na tym stanowisku. Dyrektor firmy obiecał mi, że skieruje zapytanie do menedżerów wszystkich domów tworzących tę firmę, znajdujących się w różnych zakątkach WB. I co? I po około 3 miesiącach zaproponowano mi awans i pracę na stanowisku pielęgniarki z wynagrodzeniem nieporównywalnym z tym, które otrzymywałam jako opiekunka. Wiązało się to niestety ze zmianą miejsca zamieszkania i koniecznością przeprowadzenia do Coulsdon pod Londynem, do Domu Opieki Pielęgniarskiej, gdyż dom w którym obecnie pracowałam nie zatrudniał pielęgniarek. Nie byłam zadowolona z tego powodu bo nie cierpię wielkich miast a poza tym Londyn należy do miast niebezpiecznych. Na małej wsi czułam się bardzo dobrze, uwielbiałam to miejsce, piękne i już znajome, a tu czekała na mnie konieczność zmiany miejsca pracy i mieszkania, wyprowadzenia się. Londyn był mi znany dużo wcześniej, ponad 20 lat temu, spędziłam tam rok czasu i okiem turysty oceniam je pozytywnie, natomiast powtórnie tam mieszkać i pracować? Jednak z drugiej strony oczekiwało tam na mnie kolejne wyzwanie (przygoda) – nowa praca na stanowisku pielęgniarki, wyrażony, szybki awans, pokój do wynajęcia w przystępnej cenie, towarzystwo Polaków w pracy i sympatyczna szefowa. Hm... długo nie zastanawiałam się. Byłam taka szczęśliwa i wdzięczna Firmie za tę możliwość pracy w WB na stanowisku pielęgniarki, że przy najbliższej okazji która się nadarzyła, osobiście podziękowałam Dyrekcji Firmy (z siedzibą w Londynie) i nie omieszkałam dodać, że zakochałam się w Anglii, że tak wiele otrzymuję, że spełniam swe marzenia, że... Patrzyli wtedy na mnie tak jakoś dziwnie i słuchali jakby z niedowierzaniem albo może czuli się zażenowani.

Teraz miałam pracować w Domu Opieki Pielęgniarskiej (Nursing Home) w podlondyńskim miasteczku Coulsdon, w pobliżu Croydon, określonego jako najbardziej wielokulturowe miasto w Wielkiej Brytanii. Brzmiało to i wyglądało dość egzotycznie, wyraźnie przeważała tam kultura afrykańska i hinduska. Dom w którym podjęłam nową pracę był 22-lóżkowy, ze starszymi osobami (średnia wieku to 92 lata) wymagającymi stałej opieki pielęgniarek i opiekunek, zarządzany przez menedżera pielęgniarkę. (Domy tego typu w WB to domy najczęściej prowadzone i kierowane przez personel pielęgniarski). Samodzielne dyżury rozpoczęłam stosunkowo szybko bo zaledwie po 2-tygodniowym okresie pracy z inną pielęgniarką. Potem rzuciłam się na jeszcze głębsze wody i zgodziłam na pełnienie funkcji kierownika zmiany (Senior Staff). Uczylałam się bardzo, bardzo dużo, permanentnie byłam szkolona, znacząco rozszerzyłam swe kompetencje, właściwie zdobyłam nowy zawód (i to w obcym języku); kompetencje pielęgniarki w WB znacząco różnią się od tych w Polsce, bo na przykład bardzo rozwinięta jest tam funkcja zarządzania personelem, i nie ma żadnych wątpliwości, że zawód pielęgniarki jest tam samodzielną profesją, o czym świadczy chociażby sposób współpracy z innymi członkami zespołu interdyscyplinarnego, po odpowiednim przeszkoleniu pielęgniarki mogą otrzymać uprawnienia do wystawiania recept, bardzo duży prestiż zawodu a głównym celem pracy jest dobro pacjenta, to on jest osadzony w centrum działań interdyscyplinarnego zespołu. Poza tym i jakby dodatkowo jeszcze, niewystarczająca znajomość języka angielskiego w stosunku do wymagań zawodowych i bardzo dużej odpowiedzialności powodowały, że praca ta była dla mnie wyzwaniem i to największym w całym moim dotychczasowym życiu zawodowym, ale także bardzo stresującym doświadczeniem. To, czego nauczyłam się i doświadczyłam, w czasie prawie 2-letniej pracy na stanowisku pielęgniarki w tym Domu, zapewne wystarczyłoby na materiał do bardzo interesującej książki, niestety, w większości w konwencji dramatu. Doświadczyłam szoku i to nie tylko kulturowego, a także olbrzymiego niedowierzania, że w XXI wieku, w bogatym kraju zachodnim, działa taki właśnie system opieki nad osobami starszymi. Kompletnie nie zaimponowano mi ani jakością opieki, ani warunkami pracy. Jedynie warunki wynagrodzenia były dobre. I zrozumiałam też, dlaczego tak dziwnie wtedy na mnie patrzyli - Zarząd Firmy, gdy podziękowałam i wyraziłam swą wdzięczność za umożliwienie mi pracy na stanowisku pielęgniarki. Oni doskonale wiedzieli to, o czym ja kompletnie nie miałam wtedy, gdy awansowałam, pojęcia a czego potem doświadczyłam, zobaczyłam, usłyszałam... I wtedy też niestety ale odkochałam się, czar Anglii jakby przysł. Uczucia zmienne są, a rzeczywistość angielska w tym zakresie i w tym konkretnym Domu okazała się dla mnie po prostu nie do przyjęcia. Moje niedowierzanie niestety trwa, i nadal zadaję sobie to pytanie: Jak to możliwe? Jak to możliwe, że opieka nad ludźmi starszymi, czasami w końcowym etapie ich życia, jest aż tak nieludzka w WB, w zamożnym kraju? I czy tylko w WB? Dlaczego na przykład 90-letnim Anglikiem, wymagającym całkowitej opieki/pomocy, którego rodzina (gdy ten był młody) handlowała mieszkańcami Afryki, teraz opiekują się – w ostatnim etapie jego życia - młodzi Afrykanie, potomkowie sprzedawanych i kupowanych dziadków, babć. Takie „spotkania po latach” przedstawicieli „Panów” i potomków niewolników miażdżyły wszystkie szczytne ideały i procedury. To tylko jeden z przykładów tego, jakie konsekwencje może powodować życie w społeczeństwie wielokulturowym.

Oczywiście mam także bardzo dużo pięknych wspomnień, sporo z nich związanych jest i wynika z bezpośrednich kontaktów ze starszymi osobami w tym Domu, czy z członkami ich rodzin. Jestem pełna podziwu, jak wspaniały może być człowiek u kresu swego życia, pogodny, pogodzony z sytuacją, kochający życie i ludzi, altruistyczny, kochający całym sobą. Próbowałam znaleźć odpowiedź na pytanie – jak to się dzieje, jak oni to robią, skąd to mają, że jest w nich tak dużo tej pięknej strony bycia człowiekiem, że są tacy twardzi, nienarzekający, mimo bólu, choroby, niepełnosprawności i całkowitej zależności od innych osób oraz bardzo

niekorzystnych warunków zewnętrznych, w jakich przyszło im spędzić ostatnie lata, czasami miesiące, czy tygodnie swego życia. Z niektórymi osobami zaprzyjaźniłam się i udawało nam się podarowywać/ wymieniać to co mieliśmy najlepszego i czego najbardziej każde z nas wtedy potrzebowało. To są niesamowite doświadczenia, niezapomniane, wzajemnie budujące. Pewnego dnia uzyskałam odpowiedź od 85 letniej Veroniki na nurtujące mnie zagadnienia. Veronika na moje pytanie o to, co obecnie jest dla niej najważniejsze, odpowiedziała, po krótkim zastanowieniu – duma i niezależność; inny z kolei pacjent kochał nie tylko swą rodzinę, najbliższych, ale takimi uczuciami darzył też innych, był radosny, pocieszał, wspierał, tak jak najlepiej potrafił, niezwykle życzliwy i aktywny. To zadziwiające ileż ufności Ci ludzie wyrażali. To co ich łączyło to zapewne zadowolenie ze swego życia, tego jakie ono było i co przeżyli, i ta nieprzeciętna pogoda życia. Oni naprawdę wyrażali swym życiem wartości, które wybrali.

Z Firmą rozstałam się po trzech latach pracy składając wypowiedzenie i podając prawdziwe powody. Następnie prowadziłam własną działalność gospodarczą (firma jednoosobowa), składki na ubezpieczenie społeczne są tam bardzo niskie, i poza usługami opiekuńczymi i pielęgniarskimi miałam czas na nową pasję - coaching, ukończyłam różne kursy, praktykowałam, dokończyłam też wcześniej rozpoczęte studia. Poza aktywnym życiem w innej kulturze bardzo tęskniłam za Polską, polskim krajobrazem, przyrodą, kulturą, poezją, mową ojczystą, rodziną; marzyłam o powrocie tak mocno, aż w końcu znalazłam powody aby wrócić. Polska, Polacy, miasto Łódź, w którym mieszkałam przed wyjazdem do WB, w kontekście tej zagranicznych doświadczeń nabrały dla mnie zupełnie innego znaczenia, stały się bardzo bliskie, bardziej kochane, bo ich brak i tęsknota były bardzo silne. Podróże zatem nie tylko kształcą ale pozwalają bardziej docenić własne gniazdo, kraj ojczysty, przynajmniej tak się stało w moim przypadku.

Co robię obecnie, po powrocie? Od dwóch lat odnajduję się w polskiej rzeczywistości, zmieniałam miejsce zamieszkania, z Łodzi przeniosłam się do małej malowniczej nadwarciańskiej wsi i obecnie w pobliskim szpitalu w Warcie świadczę usługi pielęgniarskie.

Nie napisałam o wielu innych ważnych i ciekawych rzeczach, np. o kosztach jakie poniosłam, psychologicznych, społecznych, rodzinnych, ale trudno jest napisać, w jednym artykule, o wszystkim. Mam jednak nadzieję, że informacje te będą dla Ciebie przydatne, lub przynajmniej interesujące. Chętnie nawiążę kontakt z koleżankami i kolegami po fachu a zatem jeśli czujesz niedosyt i chcesz uzyskać więcej informacji, to nie zwlekaj, zadzwoń lub napisz, tel. kom. 517166820, adres mailowy elapacholczyk@interia.pl, chętnie odpowiem na Twoje pytania, może pomogę podjąć właściwą decyzję. Może spotkamy się na kawie, czacie?

Elżbieta Pacholczyk



Kącik Dobrej Książki

„Tylko świadomość, że dobra książka czeka na końcu długiego dnia sprawia, że ten dzień jest bardziej radosny”

Kathleen Norris

Kochamy książki, bo dzięki nim możemy żyć więcej niż raz. Każda książka to przygoda, odskocznia od rzeczywistości, krok do naszego wszechstronnego rozwoju. Pozwala nam przeżywać emocje i zdarzenia, których nie napotkamy w życiu, czasem odmienia nasze życie. Kto nie czyta – czyni swe życie uboższym. Jego wybór. Ja zachęcam do czytania. Czytanie jest częścią życia, doskonałym hobby, sposobem spędzania czasu. Po ukazaniu się w poprzednim biuletynie mojego Kącika Dobrej Książki zgłosiły się do mnie koleżanki z ginekologii, dermatologii, z administracji. Cieszę się, że w naszym szpitalu są fanki dobrej lektury.

Dzisiaj przygotowałam cztery propozycje. Każda jest godna przeczytania.

„Doktorzy” Erich Segal

Powieść wciągnęła mnie bez reszty i choć na pierwszy rzut oka ten opasy 768 stronicowy tom może odstraszać, tak naprawdę nie wiadomo kiedy już musiałam pożegnać się z bohaterami, w których życiu towarzyszyłam z ogromną przyjemnością. Bohaterami są młodzi ludzie, studenci prestiżowej, Harvardzkiej Szkoły Medycznej. Poznajemy ich losy od dzieciństwa, wczesnej młodości, przez studia, aż po osiągnięcie wymarzonego celu, czyli zawodu lekarza.



Najintensywniej towarzyszymy im od przyjęcia na uczelnię w 1958 roku, aż po rok 1978, w którym spotykamy się już z dorosłymi ludźmi mającymi za sobą bagaż różnych doświadczeń. Każdy z nich jest inny, wywodzą się z różnych środowisk, są biali z jednym wyjątkiem, i z wyjątkiem pięciu kobiet są mężczyznami. Wszystkich łączy miłość do medycyny. Razem z bohaterami będziemy przeżywać wzloty i upadki. Pierwsze zajęcia w prosektorium, trudne egzaminy, odbywane staże, aż w końcu razem z młodymi lekarzami powitamy tak długo wyczekiwaną pierwszą pacjentów. Ich losy poznajemy na tle amerykańskiej rzeczywistości. Fikcja literacka miesza się z rzeczywistością, stąd na kartach powieści pojawiają się sławne nazwiska: Martin Luther King, Kennedy...

Przez Amerykę przechodzą fale zamieszek na tle rasowym, istnieje dyskryminacja kobiet, rozwija się medycyna, przeprowadzane są pierwsze przeszczepy narządów, pojawiają się nowe potrafiące przywracać do życia urządzenie elektrowstrząsowe, odkryto substancję życia-DNA, ludzkość zaczyna też sięgać po jeden z najpopularniejszych środków wszech czasów - valium. Naprawdę sporo się można dowiedzieć podczas lektury tej książki.

Erich Segal w swojej powieści porusza szereg ważnych problemów społecznych, takich jak rasizm, antysemityzm, wojna w Wietnamie, czy eutanazja. Píše o życiu, o rzeczach, które

dotykają nas wszystkich: miłości, przyjaźni, rywalizacji, poszukiwaniu swojego miejsca w świecie i przede wszystkim o ambicjach i wytrwałym dążeniu do celu. Droga na Harvard jest trudna, okupiona ciężką pracą, niekiedy ponad siły, ale na końcu tej drogi po wypowiedzeniu przysięgi Hipokratesa i usłyszeniu od dziekana: *Jesteście teraz lekarzami. Idźcie i przynajmniej chlubę swemu zawodowi*, przychodzi duma i uczucie spełnienia. Siła tej wielowątkowej powieści tkwi w prostocie.

„Doktorzy” to fascynująca lektura, która nie pozwala o sobie zapomnieć. Erich Segal zabiera czytelnika na wspaniałą wędrowkę przez morze spraw medycznych i ludzkich historii. Książkę czyta się jednym tchem, nie je, nie pije, nie śpi tylko czyta. A potem pozostaje żal, że to już koniec.

„Miłosne konstelacje” Błęszyńska Katarzyna

Porywająca historia! To była miłość ich życia. On nie potrafił zrezygnować z „erotycznych przyjaciółek” choćochał tylko ją. Ona nie umiała wybaczyć i uciekła w bezpieczne ramiona. Skazali siebie na życie bez siebie. Nigdy potem nie zaznali pełni szczęścia. Dwie perspektywy, dwa losy, jedna miłość. Dekada z życia Marii i Mariusza. Czasy studiów, wielkie nadzieje i rozczarowania, dorosłość i jej wyzwania, miłość i seks.



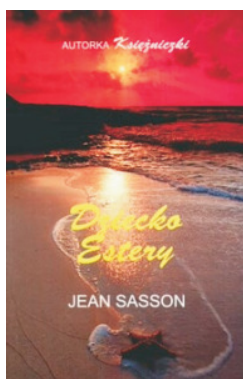
Maria w swoim doskonale zaplanowanym życiu ma wszystko o czym marzyła: wspaniałą pracę, męża, piękną dom. Do pełni szczęścia brakuje jej tylko dziecka. Niestety kolejne próby *In vitro* nie dają rezultatu. Za radą lekarza próbuje znaleźć ograniczenia, które ją blokują, „wybaczyć sobie i wybaczyć jemu”. Wraca do beztrudnych studenckich lat, kiedy przeżyła miłość swego życia... Mariusz jako młody chłopak kochał Marię ale... przejdzie długą drogę zanim zrozumie, czym naprawdę jest męskość, jakich poświęceń wymaga prawdziwa miłość i jak puste jest życie pozbawione głębokiej więzi z drugim człowiekiem. Czy los da im drugą szansę, a miłość pokaże swe dojrzałe oblicze? To historia tętniąca muzyką. Znane piosenki stanowią tło opowieści, pojawiają się jako muzyka płynąca z radia, płyt, przywołują wspomnienia. Uzupełnieniem książki jest muzyczna składanka „Miłosne konstelacje” znanych piosenek, które pojawiają się w treści książki, albo do wybrania których powieść stanowiła inspirację. Album promuje nowa piosenka Kasi Kowalskiej „Ikar”, którą artystka napisała po przeczytaniu „Miłosnych konstelacji”.

Książka ta jest niezwykle interesująca, ciekawie napisana. Nie sposób się z nią nudzić. Powieść skłoniła mnie do refleksji nad sensem i możliwością istnienia uczucia idealnego, wierności, wybaczenia. Naprawdę warto przeczytać.



„Dziecko Estery” Jean Sasson

Historia wzajemnie splatających się losów trzech rodzin - żydowskiej, palestyńskiej i niemieckiej - ukazana na bogatym tle historycznym. Akcja książki obejmuje lata 1938-1983 i toczy się na trzech kontynentach - we Francji, Polsce, Izraelu, Libanie, Jordanii i USA. Opisuje m.in. piekło Holocaustu i powstanie w warszawskim getcie, exodus Żydów, tworzenie się państwa Izrael, masakrę uchodźców palestyńskich w obozie Szatila.



Ester i Joseph Gale przyrzekli sobie, że przeżyją piekło holocaustu i odnajdą córeczkę odebraną im przez oficera SS Kleista. Przetrwali, ale nigdy nie udało im się ustalić losów dziecka. W 1948 r. wyjeżdżają do Jerozolimy. W tym samym czasie palestyńska rodzina Antounów zostaje wysiedlona przez Żydów z Hajfy i trafia do obozu uchodźców w Libanie. Po latach los styka ze sobą troje młodych ludzi, przedstawicieli następnego pokolenia. Michael, oficer armii izraelskiej, nienawidzi Arabów, bo próbują odebrać Żydom rodzinną ziemię. Demetrius Antoun, lekarz, nienawidzi Żydów, bo zamordowali jego rodzinę. Christine Kleist, niemiecka pielęgniarka, próbuje odkupić winy ojca nazisty, pracując jako wolontariuszka. W ogniu konfliktów i krzyżujących się uczuć wychodzą na jaw skrywane od lat tajemnice rodzinne.

Książkę czyta się łatwo, szybko i przyjemnie.

„Pojedynek uczuć” Krystyna Mirek

335 stron współczesnej literatury polskiej. Życie Majki na pierwszy rzut oka wygląda jak z bajki. Ma świetną pracę, niedawno kupione mieszkanie, grzecznego synka i wymarzonego partnera. Ale to tylko pozory. Pracodawca Mai stawia wszystkim coraz większe wymagania i żąda od pracowników pełnej dyspozycyjności, bo sam spędza w firmie całe dnie i długie wieczory.



Elegancki apartament jest wzięty na kredyt w tych przeklętych frankach. Krzyś jest zbyt poważnym dzieckiem jak na czterolatka i rozumie więcej, niż jego matka by sobie życzyła. A partner? No cóż, Adam dochodzi do wniosku, że sielanka rodzinna to nie jego klimaty, a i tak długo wytrzymał, bo całe pięć lat. Majka zostaje z dzieckiem, którym nie ma się kto zająć, gdy ona musi wieczorem wracać do pracy na zebrania i konferencje, kredytem i wredną siostrą, od której nie ma co oczekiwać żadnej pomocy, jeszcze człowieka dobije „miłym” słowem. A to jeszcze nie koniec ciosów, jakie na Majkę spadną w najmniej spodziewanym czasie.

Chciałoby się powiedzieć: a nie mówiłam? Twierdziłam niedawno, że Krystyna Mirek ma potencjał i rozwija skrzydła. I miałam rację, co mnie cieszy, bo to kolejna na naszym rynku wydawniczym autorka, której poczynaniom pisarskim warto się przyglądać. „Pojedynek uczuć” zupełnie niepostrzeżenie wciąga do świata wielkiego biznesu i międzyludzkich zależności. Nie bez powodu ma też taki, a nie inny tytuł. „Pojedynek” to dobre słowo na oddanie zmagania, z jakimi będą się musieli zmierzyć główni bohaterowie, bo nie tylko Majkę czekają problemy, które trzeba będzie przepracować w myślach i czynach. Sądzę, że tym swoistym miotaniem się Majki, Krystyna Mirek dotknęła rzeczywistości, z jaką musi się borykać niejedna kobieta. Jak pogodzić ze sobą może nawet nie karierę, ale zwyczajną pracę wymagającą coraz większego nakładu sił i czasu, z życiem prywatnym? Chcesz być mamą, pragniesz skupić się na dziecku, bo wiesz, że żadna chwila z jego rozwoju już się nie powtórzy, ale równocześnie nie możesz zrobić tego w pełni, bo musisz mieć, za co żyć, więc mając pracę, trzymasz się jej rękami i nogami, bo następna niekoniecznie już na ciebie czeka z niecierpliwością. Ilu ludziom warunki dyktuje kredyt, więc muszą się godzić na wszystko, byleby tylko mieć go z czego spłacać? Gdzie są granice twojej wytrzymałości, jak wiele zniesiesz ze strony swojego szefa pracocholika, który w życiu nie słyszał o empatii i daleki jest od najmniejszej próby zrozumienia twojej sytuacji? Kręcisz się w kołowrotku pretensji do samego siebie i do losu, który nie pozwala ci na normalność, pracę w ludzkich warunkach do przyzwoitej godziny, po której będziesz mieć jeszcze sporo energii na wychowywanie dziecka. Korporacyjne macki sięgają coraz dalej i nie ma się jak przed nimi bronić. Irytowałaś się razem z Majką i razem z nią czułaś się wciągnięta w to błędne koło. Wprawdzie w pewnym momencie zrobiło się już odrobinę zbyt idealistycznie, ale może to i dobrze, wystarczająco dużo jest szarżyzny w naszym otoczeniu, żeby jeszcze książką się dołować. Jestem pod wrażeniem realizmu przedstawionej historii. Pomimo, iż na rynku aż roi się od takich „babskich” książek, opowieść zaskoczyła mnie pozytywnie. Bohaterka stała się moją idolką i chętnie poprosiłabym autorkę o ciąg dalszy jej życia. Polecam pozycję bardzo gorąco i wiem, że wiele czytelniczek odnajdzie w bohaterce cząstkę samej siebie.

Warto poświęcić czas. Ja aż byłam zła na siebie, że tak szybko ją przeczytałam. Sięgam więc po następne pozycje tej autorki.

Wszystkie cztery pozycje książkowe posiadam w swej bibliotece, więc chętnym na pewno ich użyczę.

Pozdrawiam
Dorota Fenkanin
Chirurgia Naczyniowa
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



STYCZEŃ 2014 ROK

13 stycznia 2014 r.

posiedzenie Prezydium ORPiP

28 stycznia 2014 r.

odbyło się spotkanie osób realizujących świadczenia opieki długoterminowej domowej

31 stycznia 2014 r.

spotkanie Komisji ds. nadzoru nad indywidualnymi i grupowymi praktykami pielęgniarek i położnych

LUTY 2014 ROK

04 lutego 2014 r.

posiedzenie Komisji Kształcenia ds. refundacji

11 lutego 2014 r.

posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

20-21 lutego 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w obradach Konwentu Przewodniczących ORPiP

25 lutego 2014 r.

posiedzenie Prezydium ORPiP

Wielkanoc



tuż, tuż...

Zdrowia, szczęścia i radości
niech wam uśmiech w sercach gości
a zajączek piękny, biały
niech przyniesie koszyk cały
jajek złotych, kolorowych
i miłości cały worek.

Na Wielkanoc od króliczka,
niech wam wpadnie do koszyczka
niezła kasa i kiełbasa,
radość życia, coś do picia
i na miłość chęci tyle,
byście mieli wszystko w

Niech zajączek w koszyk wskoczy,
Mokry dyngus Cię zaskoczy,
jajko będzie smakowało,
i brzuch będzie radowało
Wesołych Świąt Alleluja !

Zurku smacznego
Baranka cukrowego
Pisanek wymarzonych
Świąt mile spędzonych
Dyngusa mokrego
i wszystkiego bardzo udanego.

W Święta
kolorowych jajeczek,
wełnianych owieczek,
kicających króliczków,
dużo jedzenia w koszyczku
i mokrych ubranek
w poniedziałkowy poranek!

Jaj przepięknie malowanych
Świąt słonecznie roześmianych
W poniedziałek dużo wody
Zdrowia, szczęścia oraz zgody!

Siedzi sobie baran
na zielonej łące.
A wkoło hasają
wesole zające.
Bawią się i śmieją,
w niebogłosey krzyczą.
Ze w te piękne święta
radości Ci życzą.

Wesołego zająca,
co śmieje się bez końca,
szczerbatego barana,
co beczy od rana,
pisanek w koszyku
oraz mokrego ubrania w dzień polewania
Staropolskim obyczajem
dużo szynki życzę z jajem.
Niech zające i barany spełnią wasze plany,
niech to będzie czas uroczy
zyczę miłej Wielkanocy!!!

Wielkanocnych pisanek
uśmiechu cały ranek
jajek na twardo
królika z kokardą
mokrego Dyngusa
fajnego psikusa
rzeżuchy po pachy
i smacznej kiełbacy!

Stanowisko Nr 16
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2013 roku

dotyczące treści Zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27
listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków
zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń
opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka
zdrowotna skierowane do: Premiera RP, Ministra
Zdrowia, Parlamentarzystów, Prezesa NFZ,
Przewodniczącej Rady NFZ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktykom, w których Prezes NFZ dopuszcza się zmian w treści Zarządzenia niezgodnych z wcześniej przekazanym do konsultacji społecznym projektem.

Treść projektu została zmieniona z dnia na dzień bez uzgodnienia z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych z ogromną stratą dla środowiska.

Naczelna Rada od wielu lat wnioskuje do Prezesa NFZ o wzrost środków na realizację zadań w zakresie pielęgniarstwa POZ. W związku z faktem, że treść przyjętego Zarządzenia w istotny sposób różni się od treści projektu i uzgodnień w trakcie spotkania z Panią Prezes NFZ w miesiącu sierpniu 2013 roku wnosimy o wprowadzenie do treści Zarządzenia procedur dodatkowo finansowanych zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami.

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Stanowisko Nr 15
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2013 r.

dotyczące projektu zarządzenia Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
w sprawie określenia warunków zawierania
i realizacji umów w rodzaju: świadczenia
pielęgniarskie i opiekuńcze w ramach opieki
długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

NRPiP domaga się natychmiastowego podjęcia
działań w sprawie zmiany zapisów w/w projekcie, w części
dotyczącej świadczeń w pielęgniarstwie opiece długo-
terminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

Wejście w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w proponowanej formie będzie przyczyną marginalizacji pielęgniarstwa długoterminowego domowego na rynku usług zdrowotnych lub całkowitego jej upadku. Proponowany projekt Zarządzenia, w części dotyczącej zasad sprawozdawania, rozliczania i finansowania w pielęgniarstwie

opieki długoterminowej domowej należy odrzucić i uznać jako skandaliczne pogwałcenie praw pacjenta! Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym przypadku narzuca w trakcie już istniejącej opieki nad pacjentem zmianę zasad rozliczania osobodnia na stawkę rażąco niską, stosuje w ten sposób monopolistyczną praktykę wobec pacjentów i świadczeniodawców!

Jest to czyn społecznie nieakceptowany narusza zasady współżycia społecznego i zasady równego traktowania obywateli wynikające z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wzywa do natychmiastowego podjęcia działań eliminujących niekorzystne zapisy, które zagrażają właściwej opiece nad pacjentami oraz pielęgniarstwu realizującym świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Przypomnienie o obowiązkach informacyjnych
sposzczyających na pielęgniarstwach i położnych.

Obowiązująca od dnia 1 stycznia 2012 r. nowa
ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa
i położnej (Dz.U. Nr 174, poz.1039 z późn. zm.) nałożyła na
pielęgniarki i położne wykonujące zawód na podstawie:

- umowy o pracę,
- stosunku służbowego oraz
- umowy cywilnoprawnej,

nowe obowiązki informacyjne.

Zgodnie z art. 19 ust.2 ustawy, pielęgniarstwa i położne wykonujące zawód w formach, o których mowa wyżej **są obowiązane w terminie 14 dni** od dnia nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej, **poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych** właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując:

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu;
- 2) datę zatrudnienia i stanowisko, a w przypadku umów na czas określony - datę zakończenia umowy;
- 3) miejsce wykonywania zawodu.

Okręgową radę pielęgniarek i położnych **powiadomić należy także o rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy**, w terminie **14 dni** od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia umowy.

(art. 19 ust. 3 ustawy)

Na osoby, które w dniu wejścia w życie ustawy tj. 1 stycznia 2012 r. wykonywały już zawód w ramach stosunku pracy, stosunku służbowego bądź na podstawie umowy cywilnoprawnej nałożony został natomiast obowiązek przekazania danych, o których mowa wyżej, **do końca marca 2012 r.**

(art. 101 ustawy).

Zgodnie z art. 43 ust. 3 i art. 44 ust.1, pkt 20) dane te gromadzone są i aktualizowane w rejestrze pielęgniarek i położnych.

Niezależnie od powyższego, stosownie do art. 46 wszystkie pielęgniarstwa i położne wpisane do rejestru, są obowiązane do **niezwłocznego zawiadomienia** właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych **o wszelkich zmianach danych objętych wpisem**, jednak nie później niż w terminie **14 dni** od dnia ich powstania.

Zmiany danych pielęgniarstwa i położnej wpisanych do rejestrów dokonuje się na podstawie **pisemnego oświadczenia** pielęgniarstwa i położnej (art. 48 ust. 5).

Obowiązek aktualizacji przez członków samorządu danych w rejestrze pielęgniarek i położnych wynika także z przepisów naszej ustawy korporacyjnej - **art.11 ust.2 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz.1038).**

Ministerstwo Zdrowia

Informacja dla absolwentek liceów medycznych w aspekcie zmienionej dyrektywy 2005/36/WE

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

Pielęgniarka, absolwentka liceum medycznego, przed wyjazdem powinna przetłumaczyć dyplom u tłumacza przysięgłego (niektóre kraje wymagają dodatkowego poświadczenia go w MSZ, MZ lub ambasadzie danego kraju - dlatego ważne jest aby wcześniej poznać wymagania danego organu rejestrującego). Niezbędne jest też uzyskanie zaświadczenia z okręgowej izby pielęgniarek i położnych, wydawanego osobom chcącym podjąć pracę na terenie UE. Zaświadczenie takie ważne jest 3 miesiące i zawiera informacje m. in. na temat posiadanego wykształcenia (dyplomu), stażu pracy czy braku prowadzonych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

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

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

Uprzejmie proszę też o zamieszczenie w zakładce Pielęgniarki i Położne, części Wykonywanie zawodu następującej informacji: W związku z trwającymi pracami nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego oraz koniecznością przedstawienia stanowiska Departamentu Pielęgniarek i Położnych dotyczącego uprawnień położnej do podawania na zlecenie lekarza leków różnymi drogami, w tym z wykorzystaniem analgezji zewnątrzoponowej, zebrano informacje z poszczególnych krajów UE dotyczące tego zagadnienia.

Podstawy do wyliczenia i wysokość:

- 1) składek członkowskich pielęgniarek i położnych prowadzących działalność gospodarczą;
- 2) opłaty za wpis do rejestru praktyk zawodowych

Ad.1) Wysokość składek członkowskich pielęgniarek i położnych prowadzących działalność gospodarczą oraz zatrudnionych w oparciu o umowy cywilnoprawne

Stosownie do §2 ust.1 pkt 3 uchwały Nr 19/2011 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011r., w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału podstawą do wyliczenia wysokości składki członkowskiej pielęgniarek i położnych prowadzących działalność gospodarczą, a także innych niż zatrudnionych w ramach stosunku pracy stanowi kwota **przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w IV kwartale poprzedniego roku.**

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa G U S z dnia 20 stycznia 2014 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w IV kwartale 2013 r. (Dz.Urz.GUS 2014.3.) wynagrodzenie to wyniosło **4004,35 zł.** Składka tych członków w roku 2014 wynosi – **40,04 (1 % podstawy)**

Ad.2) Wysokość opłaty za wpis do rejestru praktyk zawodowych

Stosownie do art. 105 ust. 1i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2013.217), opłata za wpis do rejestru praktyk zawodowych i zmianę wpisu w rejestrze w przypadku praktyki zawodowej lekarza lub pielęgniarki, stanowi 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa GUS z dnia 20 stycznia 2013 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za rok 2013 r. (M.P.2014.92.) wynagrodzenie to wyniosło **3835,05 zł.** Wnioski składane do Rejestru praktyk zawodowych w 2014 r. podlegają zatem poniższym opłatom:

- wpis do rejestru - **77,00 zł (2% podstawy, po zaokrągleniu w górę do pełnego złotego);**
- zmiana wpisu w rejestrze **38,50 zł (50% wysokości opłaty ustalonej za wpis).**

**Irena Renda
Radca prawny
Koszalin, 4 lutego 2014 r.**

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH I PREZYDIUM ORPiP NA ROK 2014

RADA	PREZYDIUM
	21 stycznia
11 lutego	25 lutego
	12 marca
8 kwietnia	29 kwietnia
	6 maja
13 czerwca	27 czerwca
	15 lipca
	12 sierpnia
23 września	2 września
	14 października
	13 listopada
5-6 grudnia	30 grudnia
OKRĘGOWY ZJAZD PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH – 22 MARCA 2014 ROKU	

Prezes NRPiP odpowiada na pytania...

02/22 2014

Czy pielęgniarka może samodzielnie przy podawaniu leku dokonać zmiany handlowej leku z zachowaniem nazwy chemicznej?

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011.174.1039), pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Nie dotyczy to zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jedynie w przypadku wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, uzasadnienia potrzebę jego wykonania.

Jednakże z §3 i §4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, (Dz.U.2007.210.1540), wynika, że pielęgniarka może samodzielnie wyznaczać odpowiednie leki dla pacjenta w szczególnych przypadkach. W odniesieniu do tych sytuacji, sama może dokonać zamiany nazwy handlowej leku bez zmiany jego zawartości chemicznej.

Podsumowując:

W sytuacji, kiedy pielęgniarka realizuje zlecenie lekarskie to lekarz winien dokonać zmiany leku na zamiennik.

W sytuacji podania leku do którego uprawniona jest pielęgniarka, ma ona prawo podać zamiennik, dokonując odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej.

Prezes NRPiP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

02/22 2014

Czy pielęgniarka podając lek choremu powinna poinformować go o nazwie tego farmaceutyka?

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2007.174.1039), pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159), wynika prawo pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ponadto z Załącznika do Uchwały nr 9 KZPIP z dnia 9 grudnia 2003 r. kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, wynika, iż pielęgniarka pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do udzielenia pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.

W związku z powyższym pacjent powinien zostać poinformowany przez pielęgniarkę w sposób zrozumiały o lekach jakie są mu podawane.

Czy należy wykonywać polecenia lekarskie, które są wydawane na kilka minut przed zakończeniem zmiany?

Jak zaznaczono w pytaniu dotyczącym czasu pracy Kodeks Pracy stanowi, że pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w ciągu całego swojego czasu pracy. W danym przypadku do godziny 19:00. Zlecenie lekarskie wydane na kilka minut przed końcem zmiany, nadal należy traktować jako jeden z obowiązków, mimo że jego wykonanie spowoduje przekroczenie czasu pracy.

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pielęgniarka i położna zgodnie z zasadami etyki powinny dbać o dobro pacjenta, dlatego pomimo zakończenia zmiany, zlecenie lekarskie powinno zostać wykonane, jeśli nie jest możliwe przekazanie takiego zlecenia innej pielęgniarence (z następnej zmiany), ze względu na konieczność natychmiastowej pomocy pacjentowi. Tak jak zostało zaznaczone powyżej czas na wykonanie takiego zlecenia oraz przekazanie raportu zmieniającej pielęgniarence stanowi nadgodziny.

Prezes NRPiP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

02/22 2014

Termin wejścia w życie zmian zasad uznawania kwalifikacji zawodowych:

Dyrektywa Unii Europejskiej jest specyficznym aktem prawnym. Nie jest to dokument, na który można powoływać się bezpośrednio w kontaktach z danym organem w państwie członkowskim. Dopiero implementacja dyrektywy za pomocą ustawy daje możliwość jej stosowania. Organy Unii Europejskiej poprzez dyrektywy zobowiązują państwa członkowskie do wprowadzenia pewnych regulacji prawnych. Dyrektywy służą do osiągnięcia wskazanego w nich, pożądanego stanu rzeczy. Dyrektywy w wielu kwestiach pozostawiają krajom członkowskim Unii znaczną swobodę wyboru rozwiązań.

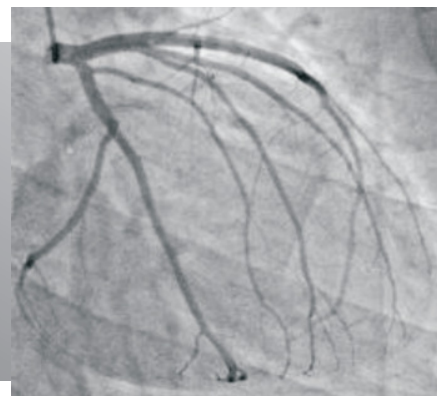
Warto zwrócić uwagę na art. 3 ust. 1 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI”) zgodnie, z którym państwa członkowskie wprowadzają w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wykonania niniejszej dyrektywy do dnia 18 stycznia 2016 r.

Reasumując należy dodać, iż wskazana powyżej data jest ostatecznym terminem, w jakim państwa członkowskie muszą przyjąć odpowiednie regulacje. Jednocześnie to od ustawodawców każdego z państw członkowskich zależy, kiedy implementują niniejszą dyrektywę. Muszą to zrobić do 18.01.2016 r., jednakże nic nie stoi na przeszkodzie, aby transponować ją wcześniej.

Prezes NRPiP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

KORONAROGRAFIA W PIGUŁCE



Koronarografia - inwazyjna metoda diagnostyczna, która pozwala na obrazowanie stanu anatomicznego tętnic wieńcowych w czasie rzeczywistym, dostarcza informacji na temat dynamiki przepływu wieńcowego, zaawansowania i typu zwężeń tętnic, obecności skrzeplin w świetle naczyń oraz na rozpoznanie skurczu tętnic wieńcowych powstałych na skutek mostków mięśniowych. Umożliwia także ocenę krążenia obocznego, a w przypadku bajpasografii ocenę drożności żylnych i tętniczych pomostów aortalno-wieńcowych.

Przeprowadzenie koronarografii pozwala nie tylko na rozpoznanie choroby wieńcowej, ale pozwala również podjąć decyzję dotyczącą sposobu dalszego leczenia chorego: zachowawczo – farmakologicznie, w sposób inwazyjny poprzez przezskórną angioplastykę wieńcową (PTCA), bądź pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG).

Pomimo technologicznego postępu metod nieinwazyjnie obrazujących naczynia wieńcowe takich jak kardio-TK czy rezonans magnetyczny, koronarografia jest złotym standardem w rozpoznawaniu choroby wieńcowej.

Wskazania do koronarografii

- Wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia zmian w tętnicach wieńcowych, szczególnie wielonaczyniowych, u których będzie możliwe poprawienie stanu krążenia poprzez zabieg angioplastyki,
- Niestabilna dusznica bolesna u chorych wysokiego i średniego ryzyka, oraz opornych na farmakoterapię,
- Typowe dolegliwości dławicowe u pacjentów z ujemnym wynikiem testów obciążeniowych,
- Pacjenci po przebytych NZK,
- Groźne, zagrażające życiu arytmie komorowe,
- Pacjenci wcześniej poddani rewaskularyzacji (PCI, CABG) z nawrotem dolegliwości,
- Kwalifikacja do wymiany zastawek bądź dużych zabiegów kardiologicznych,
- Chorzy z podejrzeniem restenozy w stencie po zabiegu interwencji wewnątrznacyniowej,
- Kwalifikacja do implantacji ICD/CRT,
- Ostre zespoły wieńcowe (STEMI, NSTEMI, UA).

Przeciwwskazania do koronarografii

1. Bezwzględne: brak zgody pacjenta na badanie,

2. Względne:

- Udar mózgu przebyty w ciągu ostatniego miesiąca,
- Ciężka, postępująca niewydolność nerek,
- Niewyrównana niewydolność krążenia,
- Obrzęk płuc,
- Skaza krwotoczna, krwawienie z przewodu pokarmowego,
- Uczulenie na środek kontrastowy,
- Choroba psychiczna istotnie zwiększająca ryzyko zabiegu,
- Dostne leczenie przeciwzakrzepowe,
- Zaawansowana choroba nowotworowa,

- Gorączka nieustalonej przyczynie,
- Ciężkie zaburzenia metaboliczne, np.. hipertyreoza,
- Niedokrwistość dużego stopnia,
- Brak współpracy z pacjentem.

Technika badania

Koronarografia polega na wstrzyknięciu kontrastu (środka cieniującego) przez cewnik wprost do każdej z tętnic wieńcowych i rejestracji jego przepływu za pomocą aparatu rentgenowskiego. Większość zabiegów wykonuje się z dostępu przez tętnicę udową. W praktyce wykorzystuje się także dostęp przez tętnicę promieniową i ramienną. Wybór dostępu naczyniowego zależy głównie od wskazań medycznych i preferencji hemodynamicznej. Wszystkie zabiegi wykonywane są w znieczuleniu miejscowym, z zachowaniem pełnej aseptyki i antyseptyki.

Powikłania

Inwazyjne cewnikowanie naczyń wieńcowych jest zabiegiem stosunkowo bezpiecznym. Jeśli wystąpią powikłania, związane są one najczęściej z miejscem wkłucia do tętnicy obwodowej, natomiast rzadziej związane są z podaniem kontrastu czy z zaburzeniami hemodynamicznymi w trakcie badania.

Powikłania miejscowe

- Krwiak i miejscowe krwawienie w miejscu nakłucia tętnicy,
- Rozwarstwienie tętnicy i powstanie tętniaka,
- Tętniak rzekomy,
- Przetoka tętniczo-żylna,
- Przerwanie ciągłości nakłutej tętnicy,
- Niedokrwienie kończyny,
- Zakażenie.

Powikłania ogólne

Zależą w dużej mierze od stanu ogólnego chorego oraz od reakcji na środek kontrastowy.

Zaliczamy do nich:

- Nudności i wymioty,
- Uczucie gorąca,
- Reakcje alergiczne związane z podaniem kontrastu (pokrzywka, obrzęk, reakcja bronchospastyczna czy w ciężkich przypadkach- wstrząs anafilaktyczny),
- Przemijające zaburzenia neurologiczne,
- Nasiloną reakcją wazowagalną objawiającą się hipotonią i bradykardią,
- Kontrastowa nefropatia.

Powikłania hemodynamiczne

Występują u niewielkiej grupy pacjentów, zwłaszcza z licznymi obciążeniami internistyczno-kardiologicznymi. Zaliczamy do nich:

- Groźne arytmie komorowe prowadzące do NZK,
- Ostra niewydolność krążenia (obrzęk płuc, wstrząs kardiogeny),
- Zawał mięśnia sercowego,
- Udar mózgu,
- Uszkodzenie dużych naczyń tętniczych (w tym łuku aorty) wymagające pilnej interwencji kardiologicznej,
- Zgon pacjenta.

Według danych statystycznych, ciężkie powikłania zdarzają się stosunkowo rzadko, są szacowane na około 0,04% wszystkich badań koronarograficznych.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem przed i po koronarografii

Personel pielęgniarski pracujący w Oddziale Kardiologii zapewnia pacjentom profesjonalne przygotowanie do koronarografii oraz nadzoruje stan chorego po badaniu. Specyfika działań pielęgniarskich w opiece nad pacjentem po koronarografii obejmuje szereg zadań pielęgnacyjno-leczniczych, edukacyjnych, organizacyjnych.

Przyjęcie pacjenta do oddziału i przygotowanie do badania:

- Pielęgniarka przyjmując pacjenta w oddział identyfikuje go, zakłada dokumentację pacjenta zgodną z procedurą danego oddziału (karta gorączkowa, karta zleceń, karta pielęgnacji chorego, karta pomiaru RR). Dokonuje wpisów zgodnie z obserwacjami, wykonanymi czynnościami, zgłaszanymi problemami przez pacjenta, oraz zleceniami lekarskimi. Niezwykle ważne jest przeprowadzenie wywiadu z pacjentem: w tym konieczne są informacje dotyczące poprzednich pobytów w szpitalach, chorób przewlekłych, przyjmowanych leków oraz reakcji uczuleniowej.
- Każdy pacjent przy przyjęciu powinien mieć wykonane EKG, pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar poziomu cukru, pomiar wagi ciała;
- Rutynowo pobierana jest krew na zlecone badania, takie jak: morfologia, jonogram, lipidogram i koagulologię- szczególnie w przypadku przyjmowania przez pacjenta leków przeciwkrzepliwych.
- Pielęgniarka informuje o terminie badania i zapoznaje go z topografią oddziału, wskazuje miejsce na sali.
- Przygotowanie pacjenta w dniu badania:
 - Toaleta całego ciała,
 - W zależności od techniki badania przygotowanie miejsca nakłucia poprzez ogolenie owłosionych miejsc, tj. pachwiny lub/i okolicy nadgarstka,
 - Założenie wkłucia obwodowego,
 - Pacjent pozostaje na czczo minimum 6-8 godz. przed badaniem
 - Na zlecenie lekarza pacjent może otrzymać przed koronarografią wlew kroplowy z 500ml 0,9% NaCl w celu uzyskania lepszej filtracji nerek,
 - Przed badaniem chory powinien oddać mocz,
 - Lekarz uzyskuje zgodę od pacjenta na badanie koronarografii,
 - Pielęgniarka przed badaniem kontroluje czy podpisany formularz zgody znajduje się w dokumentacji pacjenta,
 - Po otrzymaniu zgłoszenia pielęgniarka zaprowadza pacjenta do Pracowni Hemodynamiki celem wykonania badania

Opieka pielęgniarska po koronarografii

Działania pielęgniarskie po koronarografii uzależnione są od stanu ogólnego pacjenta, miejsca nakłucia tętnicy oraz od wyniku przeprowadzonego badania.

Pacjent po badaniu najczęściej przewożony jest z Pracowni Hemodynamiki do Oddziału Kardiologii na salę chorego.

1. W przypadku nakłucia tętnicy promieniowej/ramiennej może być przewieziony na salę chorych w pozycji siedzącej; zatem konieczne jest utrzymanie kończyny górnej w wyprostowanej pozycji przez około 2-4 godziny.
 - Po koronarografii z dostępu przez tętnicę promieniową/ramienną zazwyczaj nie ma konieczności unieruchamiania chorego w łóżku;
 - Opatrunek uciskowy, który założony jest w miejscu nakłucia tętnicy pozostawiony jest na okres 3-4 godzin,
 - Pielęgniarka w tym czasie kontroluje palce dłoni, zasinienie, ruchomość, czucie oraz parametry ciśnienia tętniczego.
 - Informuje pacjenta o możliwości wystąpienia powikłań np.

krwawienia w miejscu nakłucia tętnicy i o niezwłocznym poinformowaniu personelu o tym zdarzeniu.

W przypadku nakłucia tętnicy udowej:

- Pacjent przewożony jest na salę w pozycji leżącej z niewielkim uniesieniem głowy
- Pielęgniarka informuje pacjenta o bezwzględny zakazie wstawania i zginania kończyny po stronie założonego opatrunku uciskowego. W przypadku silnych dolegliwości bólowych, osłabienia oraz innych niepokojących dolegliwości - pacjent powinien natychmiast zgłosić ten fakt.
- Opatrunek uciskowy w miejscu nakłucia tętnicy pozostaje na około 6 godzin;
- W tym czasie pielęgniarka kontroluje co 30 min kończynę dolną pod kątem możliwości wystąpienia krwawienia
- Ocenia stan kończyny (bolesność, zasinienie, ocieplenie, zachowanie ruchomości oraz obecność tętna na tętnicy grzbietowej stopy lub/i przy nakłuciu tętnicy udowej)
- W przypadku dużej bolesności i oziębienia kończyny pielęgniarka zmniejsza ucisk na tętnicy- informuje o tym lekarza i na jego zlecenie podaje środki przeciwbólowe
- Pielęgniarka stale monitoruje stan ogólny pacjenta, jego parametry życiowe. Wszelkie pomiary i obserwacje odnotowuje w dokumentacji pielęgniarskiej i pacjenta
- Ważne jest nawadnianie chorego, aby nie doszło do nefropatii kontrastowej, z tego powodu zaleca się pacjentowi picie 1-1,5 litra wody
- W przypadku wykonania koronarografii u pacjentów z niewydolnością nerek lub krążenia ilość podawanych płynów uzależniona jest od diurezy, ciśnienia tętniczego krwi a także od występowania objawów duszności
- W wyznaczonym czasie pielęgniarka sprawdza miejsce nakłucia tętnicy, usuwa opatrunek uciskowy i zakłada opatrunek jałowy.
- Po usunięciu opatrunku uciskowego pacjent pozostaje w łóżku jeszcze około 4 godzin, po tym czasie pielęgniarka wykonuje próbę pionizacji pacjenta.

Pacjent po niepowikłanej koronarografii i gdy badanie nie wykazało istotnych zmian w naczyniach wieńcowych wypisany jest do domu w pierwszej dobie po badaniu. Zadaniem pielęgniarki jest przekazanie pacjentowi informacji co do dalszego postępowania w domu: konieczność przestrzegania diety, aktywności fizycznej, systematycznego przyjmowania zleconych leków oraz kontroli ciśnienia tętniczego.

Profesjonalne wykonanie zadań w trakcie hospitalizacji chorego celem wykonania koronarografii zapewnia pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, pozwala na wczesne wykrycie zmian, podjęcie odpowiednich działań zarówno od strony lekarskiej, jak i pielęgniarskiej oraz pozwala na szybki powrót do sprawnego funkcjonowania społecznego.

mgr piel. Dorota Iłgowska
(opracowanie na podstawie literatury)

Piśmiennictwo:
Chodór P., Krupa H., Kalarus Z.: Diagnostyczne i lecznicze zastosowanie cewnikowania serca z dostępu przez nakłucie tętnicy promieniowej – doświadczenia własne. *Folia Cardiol* 2006;
Dzik M., Kłamut H., Krupienicz A.: *Propozycja standardów postępowania z pacjentem przyjmowanym do koronarografii i angioplastyki wieńcowej*; Pielęgniarstwo XXI wieku 2012;
Kaszuba D., Nowicka A.: *Pielęgniarstwo kardiologiczne*, PZWL 2011;
Kośmicki M.: *Choroba niedokrwienne serca. Inwazyjna diagnostyka tętnic wieńcowych – koronarografia klasyczna i komputerowa oraz rezonans magnetyczny*, Kardiol Op Fakt 2011,
Kośmicki M.: *Choroba wieńcowa w praktyce lekarza ogólnego. Podstawowe zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego*, Wyd. medyczne TerMedia 2010;
Płaszewska-Zywko L., Klecha L.: *Porównanie wybranych aspektów opieki nad chorymi po zabiegach koronarografii z dostępu przez tętnicę udową i tętnicę promieniową*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011;
Pruszczyk P., Hryniewiecki T., Drózdź J.: *Kardiologia z elementami angiologii*, Tom I, Medical Tribune Polska 2011.



case study

Metoda indywidualnych przypadków w pielęgniarstwie



Pielęgniarstwo współcześnie rozpatrywane jest jako działalność praktyczna, nauka i wiedza. Wszystkie te elementy składające się na definicję pielęgniarstwa charakteryzują się m.in. swoistymi metodami badania rzeczywistości na użytek szeroko pojętego pielęgniarstwa. Spośród wielości tych metod na wyróżnienie zasługuje metoda indywidualnych przypadków mająca zastosowanie zarówno w teoretycznym, jak i praktycznym pielęgniarstwie.

Istnieje wiele podejść do definiowania i rozumienia studium przypadku (case study). Zgodnie z Davidem B. Bromley można powiedzieć, że jest to systematyczne dochodzenie do pewnych wydarzeń lub zbioru zaprezentowanych sytuacji, opisujących i wyjaśniających dane zjawisko czy fenomen.

Przedmiotem zainteresowania może być jednostka, jak i grupa społeczna. Najczęściej analizie poddawana jest jednak jednostka i wtedy pod rozważenie brane są rozważania i wydarzenia dotyczące jej życia osobniczego i zawodowego. David Ben Bromley uważa, że w takiej sytuacji studium przypadku ukazuje źródła, zachowania i okoliczności, z których jednostka wywodzi się oraz według których żyje. Za Robertem E. Stake można więc powiedzieć, że w studium przypadku każdy badacz ma nieco z biografa skupionego na jakimś etapie albo fragmencie życia.

Celem studium przypadku jest opisanie aktualnej, możliwie najpełniejszej i kompletnej sytuacji, która będzie poddawana analizie. Ważną czynnością jest więc umiejętne i rzetelne zgromadzenie spójnych danych.

Metoda definiowana jest jako zbiór wzajemnie spójnych dyrektyw działań, czynności i środków, których właściwe, konsekwentne i zgodne z ustalonymi zasadami stosowanie ma prowadzić do osiągnięcia zaplanowanych i ustanowionych celów. Zgodnie więc z przytoczoną definicją metodę studium indywidualnego przypadku można rozumieć trojako, jako:

1. metodę badawczą służącą do wszechstronnego poznawania podmiotu badań,
2. metodę pracy z jednostką bądź grupą społeczną,
3. metodę nauczania wykorzystywaną w łączeniu teorii z praktyką, nauczaniu prawidłowego postępowania przy wykorzystaniu określonej sytuacji wymagowanej bądź rzeczywiście istniejącej.

Jak każda metoda pracy, nauczania czy badania, metoda indywidualnych przypadków ma swoje wady i zalety, swoich zwolenników i przeciwników. Dzięki jednak swej wnikliwości i konieczności dużej precyzji do syntetyzowania danych wykorzystywana jest z powodzeniem w pielęgniarstwie zarówno tym teoretycznym jak i w praktyce.

Case study to metoda badawcza zaliczana do metod jakościowych. Dane jakościowe, zwykle w postaci słów, a nie liczb, zawsze były surowcem pewnych obszarów nauk społecznych, głównie antropologii, historii i nauk politycznych. Jednak w ubiegłym dziesięcioleciu narastająca liczba badaczy dyscyplin podstawowych i obszarów nauk

stosowanych (psychologii, socjologii, lingwistyki, administracji publicznej, studiów nad organizacją, studiów nad zarządzaniem firmami, służby zdrowia, planowania urbanistycznego, badań edukacyjnych, badań nad rodziną, oceny programów i analiz politycznych), skłania się jakościowemu paradygmatowi.

Rozpatrując studium przypadku jako metodę badawczą można powiedzieć, że jest to projekt badawczy, w którym obiektem badań jest pojedynczy przypadek lub kilka wybranych bytów społecznych danego typu, np. społeczności lokalne, historie życia, role czy stosunki. Studium przypadku definiowany bywa również jako zespół reguł badawczych będących czymś pośrednim między metodą a techniką badawczą. Jest to metoda, która co jednostkowe, indywidualne w każdym człowieku, jego losie i najbliższym środowisku, podejmuje i rozwija w celu usprawnienia, wzmocnienia i naprawy jego sytuacji życiowej, bądź traktuje jako źródło wiedzy o zjawiskach szerszych, najogólniejszych bardziej uniwersalnych.

Uogólniając można zatem powiedzieć, że studium przypadku jest szczegółowym i wnikliwym opisem charakterystycznych właściwości czy doświadczeń jednostki obejmujące zarówno pojedynczego człowieka jak i grupę społeczną.

Metodę indywidualnych przypadków wykorzystuje się w nauce wówczas, gdy ogólnie znane prawidłowości wymagają egzemplifikacji. Nie mniej ważne znaczenie pełni ona w procesie odwrotnym – wiedza szczegółowa, jednostkowe doświadczenia, indywidualna diagnoza dają podstawę do uogólnień i obiektywizacji wiedzy.

Szerokie zastosowanie metody indywidualnych przypadków znajduje uzasadnienie w celach, które są jej stawiane:

- 1) daje możliwość dokładnego ustalenia problemów,
- 2) dostarcza wyjaśnień uzupełniających uogólnienia pochodzące z ilościowej analizy,
- 3) ukazuje wskaźniki pewnych zmiennych, które można badać nie mierząc bezpośrednio,
- 4) daje podstawę do wykrywania mechanizmów społecznych bez orzekania częstotliwości ich zachodzenia.

Metoda indywidualnych przypadków jako metoda pracy swym rodowodem zakorzeniona jest w pedagogice społecznej i pracy socjalnej. Jej tradycja sięga do przełomu wieku, wiąże się z postacią Mary Richmond, a w Polsce z Heleną Radlińską – pielęgniarką i profesorem pedagogiki społecznej w okresie dwudziestolecia międzywojennego oraz z Aleksandrem Kamińskim. Wyrosła ona z nurtu praktycznych działań opiekuńczych, polegających na pracy z jednostką i rodziną.

Metoda indywidualnego przypadku oparta jest o możliwości tkwiące w jednostce dla poprawy jej indywidualnej kondycji. Owe możliwości wyeksploatowane zostają dla mobilizowania w celu wprowadzania pozytywnych zmian w bio-psycho-społeczne funkcjonowanie odbiorcy opieki. Metoda ta znajduje więc zastosowanie w głównych sytuacjach:

1. kiedy pojawiają się niedobory wiedzy objawiające się nieprawidłowymi zachowaniami w sferach bio-psycho-społeczne funkcjonowania lub brak jest świadomości doprowadzający do powstawania problemów,

2. kiedy zostały wyczerpane indywidualne zasoby sił i możliwości rozwiązania problemu przerastającego możliwości jednostki zarówno pod względem ilościowym (bardzo duże zapotrzebowanie na opiekę), jak i pod względem jakościowym (nie umie sam poradzić sobie z różnymi problemami),
3. kiedy występują ograniczone zdolności do samoopieki i samopielęgnacji u osób z powodu niedostatecznych możliwości psycho-fizycznych,
4. kiedy w wyniku uwarunkowań socjokulturowych pojawia się stres związany np. z przewlekłą chorobą czy przywracaniem sprawności.

Praca tą metodą polega na zebraniu przy zastosowaniu odpowiednich technik (wywiadu, obserwacji, analizy dokumentów urzędowych, pomiarów) wyczerpujących informacji będących podstawą do postawienia diagnozy i zaplanowania odpowiednich działań, zmierzających do rozwiązania dostrzeżonych lub zgłoszonych problemów. Praca metodą indywidualnych przypadków może więc śmiało być opierana na metodzie pracy pielęgniarki jaką jest proces pielęgnowania.

Studium przypadku jest również metodą nauczania, która łączy praktykę z teorią, ułatwiając zastosowanie wiedzy w rozwiązywaniu problemów odbiorcy opieki. Daje więc ona szansę na wykorzystanie wiedzy z różnych dziedzin nauki, mających zastosowanie w dokładnym poznaniu podmiotu opieki i dopasowaniu interwencji zmierzających do zniwelowania dyskomfortu. Metoda ta pozwala także aby przyswajana wiedza nie miała charakteru encyklopedycznego lecz dawała pogląd na pracę pielęgniarki czy położnej.

W pielęgniarstwie przez studium przypadku podmiotu opieki należy rozumieć szczegółowy i systematyczny opis sytuacji oddziałujących na pacjenta w ciągu jakiegoś okresu czasu, a także opisu zmian, jakie w tym czasie zachodzą w psychice i zachowaniu człowieka, w jego zdrowiu, funkcjonowaniu w chorobie. Studium przypadku podmiotu opieki jest pacjent wraz ze swym szerszym środowiskiem i „tłem” społecznym w ujęciu niejako „historycznym”, poddany analizie w ramach określonego czasu. Może być ona stosowana z dużym powodzeniem w działalności pielęgniarek rodzinnych jak i szpitalnictwie, stanowiąc swoiste uzupełnienie metody klinicznej, realizowanej przez lekarzy.

Jest to metoda, którą w zasadzie każda pielęgniarka stosuje w swojej codziennej pracy, ponieważ dla prawidłowego zrealizowania procesu pielęgnowania najpierw bada ona sytuację bio-psycho-społeczną pacjenta a następnie poprzez szereg zaplanowanych interwencji dochodzi do celu, który chciała osiągnąć.

Metoda *case study* jest ważna i potrzebna, i przemawia za tym wiele argumentów. Należy przede wszystkim zauważyć, że metoda *case study* polega na analizowaniu i omawianiu prawdziwych sytuacji, tj. może zawierać szczegółowy opis rzeczywistego wydarzenia, jakim może być proces leczenia i pielęgnowania konkretnej osoby, i może dostarczyć ważnych informacji, niekiedy bardzo istotnych dla zgłębiającego dany problem badacza-pielęgniarki. Metoda ta pozwala bowiem zaprezentować indywidualne cechy badanego pacjenta z całym jego otoczeniem – jego rodziną, środowiskiem, uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi itp. Metoda ta pozwala przedstawić często jednostkowe (niekiedy pionierskie) metody postępowania, które w perspektywie czasu mogą się okazać bardzo interesujące z punktu widzenia badacza, i być bardzo skutecznymi w praktyce medycznej, w tym pielęgniarstwie, co z kolei jest ważne i interesujące dla każdego praktykującego zawód pielęgniarstwa. Ponadto, analizowanie *case-ów* pozwala rozwijać umiejętność krytycznego i kreatywnego myślenia zarówno wśród studentów, jak i praktyków zawodu pielęgniarstwa oraz pozwala patrzeć na

praktyczne problemy w ich złożonym kontekście, często niemożliwym do dostrzeżenia w przypadku zastosowania innej metody uczenia (w tym także samokształcenia). Metoda analizy przypadku pozwala patrzeć na problemy wielostronnie i uczy myśleć kategoriami ciągów konsekwencji podjętych decyzji, pozwala rozwijać umiejętności podejmowania decyzji. Metoda *case study* pozwala dostrzec, że nie ma jedynie słusznych decyzji, rozwiązań, sposobu postępowania, czy sztywnych reguł, które można zastosować w każdej sytuacji. W przypadku pielęgniarstwa metoda ta pozwala na poznanie różnych sposobów postępowania w celu rozwiązania danego, rzeczywistego problemu pacjenta, umożliwia zaprezentowanie różnego rodzaju rozwiązań podjętych przez badacza-pielęgniarkę oraz zezwala na zapoznanie się z ostatecznymi wynikami postępowania, tj. poznanie, jakie cele osiągnięto, a jakich nie zrealizowano, i ustalenie dlaczego tak się stało. Co ważne, metoda *case study* powinna być jedną z podstawowych metod nauczania, bowiem pozwala ona wprowadzić studenta do świata realnych problemów z danej dziedziny wiedzy. Integruje ona wiedzę teoretyczną z praktyką zawodu i pozwala dostrzec współzależności pomiędzy nimi. Metoda ta, jako źródło wiedzy, jest wskazana zarówno dla studenta pielęgniarstwa, czy położnictwa, ale jest ona również wskazana także dla praktykujących w zawodach medycznych od wielu lat. Pozwala na zapoznanie się z różnymi sposobami rozpoznawania problemu chorego, planowania rozwiązania jego problemu z uwzględnieniem jego indywidualnych potrzeb, ale i możliwości, które ma w danej chwili i miejscu konkretna pielęgniarka-badacz (jej wiedza, doświadczenia zawodowe, środki techniczne, jakimi dysponuje, tj. wyposażenie jej miejsca pracy), oraz umożliwia zapoznanie się z końcową oceną postępowania, co – jak się w rezultacie okazuje – niekiedy jest bardzo różne i wynika z wiedzy, i doświadczenia danej pielęgniarki-badacza.

Metody *case study* dostarcza szerokiego gronu pielęgniarek i położnych wiedzy do tego jak w sposób twórczy i alternatywny dla tradycyjnego opisu sytuacji chorego można wykorzystać wiedzę o pacjencie z perspektywy pacjenta, traktując go jako jednostkę bio-psycho-społeczną. Daje ona jednocześnie szansę do doskonalenia metod zbierania danych, kreatywnego podejścia do analizy uzyskanych informacji i propozycje najlepszych możliwych rozwiązań. Metoda ta ma także duże znaczenia dla przesunięcia pielęgnowania opartego na bio-medycznych przesłankach w kierunku pielęgnowania opartego na holistycznym podejściu do podmiotu opieki, czyli cierpliwego i czułego opiekowania się.

Małgorzata Lesińska-Sawicka
Instytut Nauk o Zdrowiu
Akademia Pomorska w Słupsku



Refundacja kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

- obowiązuje nowy Regulamin

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 188/VI/2014 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 lutego 2014 r. ws. zmiany Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie

REGULAMIN REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE

§1

Regulamin określa zasady przyznawania i wysokość częściowej refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego poniesionych przez członków samorządu wpisanych do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie.

§2

1. Fundusz na częściową refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych tworzą środki finansowe pochodzące ze składek członków samorządu.
2. Wysokość funduszu, o którym mowa w ust. 1 określa na każdy rok kalendarzowy oraz na pierwszy kwartał następnego roku kalendarzowego uchwała budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie.

§3

1. Do częściowej refundacji kosztów związanych z kształceniem i doskonaleniem zawodowym uprawnieni są członkowie samorządu wpisani do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, którzy spełniają następujące warunki:
a) wykonują czynnie zawód,
b) regularnie i nieprzerwanie opłacali składki członkowskie na rzecz OIPIP w Koszalinie przez co najmniej ostatnie 2 lata i nie zalegają z płatnością w dniu składania wniosku o przyznanie refundacji.
2. Członkowie samorządu zarejestrowani w urzędach pracy jako bezrobotni, przebywający na urloпах wychowawczych, pobierający zasiłek rehabilitacyjny, zwolnieni z opłacania składek na podstawie uchwały Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 07 grudnia 2011 r. uprawnieni są do częściowej refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego jeżeli odprowadzali składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie co najmniej przez 2 lata przed datą uzyskania statusu osoby bezrobotnej lub rozpoczęcia urlopu wychowawczego.

§4

Częściowej refundacji podlegają koszty poniesione na:

- 1) kształcenie podyplomowe w formach, o których mowa w art. 66 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039), prowadzone w systemie niestacjonarnym, z wyłączeniem kształcenia (specjalizacji) finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia,
- 2) studia licencjackie w tym pomostowe i studia magisterskie w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo z wyłączeniem studiów finansowanych ze środków U.E. lub budżetu państwa,
- 3) studia podyplomowe związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/położnej, z wyłączeniem studiów finansowanych ze środków U.E. lub budżetu państwa,
- 4) studia doktoranckie,
- 5) udział w sympozjach, konferencjach, zjazdach, warsztatach, itp.

§5

1. Częściowa refundacja kosztów kształcenia dotyczy wyłącznie kosztów dydaktycznych poniesionych przez członka OIPIP w Koszalinie.
2. Za koszty dydaktyczne uważa się opłaty za kształcenie pobierane przez organizatora kształcenia, potwierdzone dowodem wpłaty wystawionym na osobę występującą o refundację.
3. Refundacja, o której mowa w ust.1, nie obejmuje kosztów przejazdów, zakwaterowania i wyżywienia.

§6

1. Członek samorządu może otrzymać w roku kalendarzowym refundację kosztów tylko jednej formy podnoszenia kwalifikacji.
2. Jeżeli członek samorządu ukończył w jednym roku kalendarzowym dwie różne formy kształcenia lub doskonalenia zawodowego może ubiegać się o refundację tylko jednej z nich. Refundacji podlega ta forma kształcenia, której dotyczy złożony wniosek.

§7

1. Wysokość częściowej refundacji kosztów poszczególnych form **kształcenia i doskonalenia zawodowego wynosi:**
- a) specjalizacji** opłaconej w całości przez członka samorządu – **25% poniesionych i udokumentowanych kosztów dydaktycznych**
 - b) kursów kwalifikacyjnych - 50%** poniesionych i udokumentowanych kosztów dydaktycznych,
 - c) kursów specjalistycznych - 50%** poniesionych i udokumentowanych kosztów dydaktycznych
 - d) kursów dokształcających - 50%** poniesionych i udokumentowanych kosztów dydaktycznych,
 - e) konferencji, zjazdów, sympozjów, kongresów, seminariów i innych:**
 - **300 zł** (trzysta złotych) przy czynnym uczestnictwie, przy czym uczestnik jest zobowiązany do publikacji w Biuletynie Informacyjnym materiału przedstawionego na konferencji, sympozjum, itp..
 - **100 zł** /sto złotych/ przy biernym udziale uczestnika;
 - W przypadku, gdy koszt udziału w konferencji, sympozjum, itp. będzie niższy niż w/w kwoty, refundowana będzie równowartość poniesionych kosztów dydaktycznych.
 - f) studiów - 20% poniesionych i udokumentowanych kosztów dydaktycznych** za każdy rok studiów, o których mowa w §4 pkt 2 i 3
 - g) uzyskania stopnia naukowego doktora - 1500 zł (jeden tysiąc pięćset złotych)**

§8

1. Refundację kosztów kształcenia przyznaje się wyłącznie na wniosek członka samorządu
2. Członek samorządu ubiegający się o refundację kosztów poniesionych w związku z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych winien złożyć w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie następujące dokumenty:
 - 1) czytelnie i kompletnie wypełniony wniosek o refundację - wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu,
 - 2) dokument potwierdzający regularne opłacanie składek na rzecz samorządu zawodowego w okresie ostatnich 2 lat wystawiony przez pracodawcę lub OIPIP, jeżeli zawód jest wykonywany w innej formie niż w ramach stosunku pracy,
 - 3) poświadczoną kserokopię dowodu wpłaty poniesionych kosztów dydaktycznych z określeniem rodzaju kształcenia zawodowego określonego w § 4,
 - 4) zaświadczenie z uczelni potwierdzające rok studiów zaocznych oraz dowód uiszczenia opłaty za studia za dany rok akademicki w przypadku korzystania z refundacji określonej w § 4 pkt. 2 i 3,
 - 5) dokument potwierdzający uzyskanie stopnia naukowego doktora,
 - 6) dokument potwierdzający ukończenie danej formy kształcenia podyplomowego,
 - 7) dokument potwierdzający zdanie egzaminu państwowego w przypadku specjalizacji.
3. Wniosek o refundację kosztów kształcenia należy złożyć nie później niż w ciągu 6 miesięcy od zakończeniu kształcenia.
4. Rejestr wniosków o refundację prowadzi Biuro Izby.

§ 9

1. Wnioski o częściową refundację kosztów kształcenia są poddawane ocenie formalnej przez Komisję ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego, polegającej na sprawdzeniu, czy wniosek jest poprawnie wypełniony, podpisany, czy dołączone zostały do wniosku konieczne dokumenty, czy złożony został w terminie oraz czy członek samorządu jest uprawniony do otrzymania refundacji.
2. Wniosek złożony po terminie, o którym mowa w § 8 ust.3 pozostawia się bez rozpatrzenia.
3. W przypadku złożenia wniosku nie spełniającego wymagań określonych § 8 ust.2 lub niedokładnie wypełnionego albo nieczytelnego, Komisja wzywa wnioskodawcę pisemnie do jego uzupełnienia lub poprawienia w terminie 21 dni od daty doręczenia pisma, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.
4. O pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia powiadamia się wnioskodawcę na piśmie. Od pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia wnioskodawca może odwołać się do ORPiP w terminie 14 dni od otrzymania powiadomienia.
5. Po dokonaniu oceny formalnej Komisja wydaje opinię w sprawie pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia. przyznania bądź odmowy przyznania refundacji, którą przedstawia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie.

§10

1. Decyzję w sprawie częściowej refundacji kosztów kształcenia podyplomowego dla poszczególnych członków samorządu, podejmuje w formie uchwały Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie działające w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie.
2. Od uchwały Prezydium Rady w sprawie odmowy przyznania refundacji przysługuje odwołanie do ORPiP w terminie 14 dni od daty doręczenia uchwały.
3. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu Rady.
4. Decyzja ORPiP podjęta w wyniku wniesienia odwołania jest ostateczna.

§11

1. Informację o refundacji kosztów wnioskodawcy mogą uzyskać osobiście lub telefonicznie w Biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie. Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie nie powiadamia pisemnie o przyznaniu refundacji.
2. Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie prowadzi rejestr członków samorządu korzystających ze środków Funduszu na częściową refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych.

§12

1. Wypłata refundacji następuje w ciągu 30 dni po przyznaniu refundacji.
2. Refundacja przekazywana jest na wskazane we wniosku konto lub wypłacona wnioskodawcy w kasie OIPIP w formie gotówkowej.

§13

1. Otrzymanie refundacji kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych jest dochodem członka samorządu i podlega rozliczeniu przy składaniu rocznego zeznania podatkowego przez członka samorządu.
2. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie wyda stosowany dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.

§14

Regulamin wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

PORÓD AKTYWNY

- pozycje wertykalne jako naturalna metoda łagodzenie bólu porodowego

Już z roku 1870 pochodzą informacje, że ułożenie rodzącej do porodu powinno być naturalne, czyli takie, które ułatwia poród oraz daje możliwość najlepszego współdziałania z położną i wykorzystuje przez rodzącą maksimum siły wydalającej. To właśnie dlatego w tamtych czasach kobiety w czasie porodu przyjmowały pozycję stojącą, siedzącą, kuczną lub kłęzącą. Niestety pozycja na wznak była i dalej jest jeszcze bardzo częstą, w jakiej rodzą kobiety, ale nie można jej nazwać naturalną.

Sprzyja ona występowaniu zaburzeń hemodynamicznych. Każda kobieta jest inna, posiada własną intuicję, która pozwala wybrać odpowiednią dla niej pozycję oraz sposób oddychania i poruszania się. Aktywność i ułożenie ciała zależne jest od wielu czynników takich jak: etap porodu, warunków w jakich się odbywa, wielkości dziecka, a nawet pory dnia.

Pozycje wertykalne w czasie porodu, to nic innego jak czynna aktywność rodzącej, umożliwiającą łagodzenie bólu porodowego.

Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu określa ból jako przykre, nieprzyjemne doświadczenie uczuciowe i emocjonalne, które powstaje przez rzeczywiste lub potencjalne uszkodzenie tkanek. Czynniki, które wzmacniają uczucie bólu jest brak wiary we własne możliwości, stres, niepewność oraz lęk. Mechanizm, który powoduje powstanie bólów porodowych nie jest dokładnie zbadany. Wiadomo, że w pierwszym okresie porodu związany jest ze skurczami macicy coraz intensywniejszymi, częstszymi i dłuższymi. Powodują one naczyń i odprowadzenie krwi z produktami spalania, które podrażniają zakończenia nerwów i mogą wywołać ból. W drugim okresie porodu, ból generowany jest poprzez naciąganie się i uciskanie tkanek kroczą przez zstępującą główkę płodu. Bódcze bólowe przewodzone są przez nerwy piersiowe, lędźwiowe i krzyżowe. Naturalne metody łagodzenia bólu porodowego koncentrują się głównie na rozluźnieniu rodzącej, bowiem mimowolne napinanie ciała wywołane lękiem, czy też zdenerowanie wpływa na zwiększone odczuwanie bólu.

O porodzie aktywnym mówimy od początku lat 80-tych dwudziestego wieku, kiedy to w Wielkiej Brytanii narodził się Ruch Aktywnego Rodzenia. Był buntem przeciwko tradycyjnemu, medycznemu modelowi położnictwa. Termin, który wówczas powstał czyli „aktywny poród”, oznaczał zupełnie inne spojrzenie na rolę kobiety w porodzie. Jednocześnie postawił pod znakiem zapytania metody współczesnego położnictwa, które przeobrażają rodzącą kobietę w bierną, posłuszną pacjentkę, pozbawioną możliwości wpływu na przebieg porodu.

Przez tysiące lat kobiety rodziły dzieci polegając na własnych siłach i instynktach. Poród aktywny to nie tylko fizyczna aktywność kobiety, poruszanie się, zmiana pozycji. Aktywność to również zdolność i chęć do podejmowania decyzji i wzięcie odpowiedzialności za rozwój wypadków- co nie zawsze jest łatwe. Jednak decydowanie o przebiegu porodu to naturalne pragnienie każdej matki. To jak zachowuje się rodząca kobieta decyduje instynkt, lecz bywa on zaburzony informacjami przekazywanymi przez osoby, które mają złe doświadczenia.

W związku z tym bardzo ważna jest rola położnej, przygotowującej kobietę do porodu (np. w szkole rodzenia). To ona powinna ukierunkować zachowania kobiety na poddanie się

instynktowi. Właśnie on podpowiada, co robić, aby pomóc dziecku przyjść na świat. Idąc za jego głosem rodząca wiele razy spontanicznie zmienia pozycje ciała, podświadomie poszukując tej, która w danym momencie przynosi jej największą ulgę. Rodząca odpowiednio przygotowana do porodu, znająca korzyści z takiego zachowania, chętnie się temu podda. Charakterystyczne jest to, że zawsze wybiera pozycje wertykalne czyli takie, w których kanał rodny skierowany jest do dołu. W tych pozycjach wykorzystana jest siła przyciągania ziemskiego, powodująca, iż główka dziecka mocniej naciska na szyjkę macicy i przyspiesza w ten sposób rozwarcie, a w okresie parcia pomaga dziecku zstępować w kanale rodny. Pod wpływem okrężnych ruchów miednicy, które wykonuje matka, dziecko łatwiej wchodzi w kanał rodny. Aktywność kobiety rodzącej ma wpływ na efektywniejsze wykorzystanie przerwy na odpoczynek między kolejnymi skurczami. Rodząca łatwiej się relaksuje i uspokaja oddech. Odnajduje pozycje, w których może najlepiej rozluźnić swoje ciało, skorzystać z masażu osoby towarzyszącej, wypić łyk wody.

Aktywność w czasie skurczu i pełnego odpoczynku w przerwie między nimi, powoduje, że poród przebiega szybciej i dynamiczniej. W ten sposób zmniejsza się potrzeba użycia środków farmakologicznych wspomagających poród.



Zupełnie inaczej jest, gdy kobieta rodzi w pozycji „na wznak”, wówczas w pierwszym okresie porodu szyjka macicy nie pobudzana uciskiem główki rozwiera się wolniej. W okresie parcia rodząca musi wypchnąć dziecko „pod górę”, w stronę ujęcia. Jednocześnie skurcze macicy z trudem pokonują siłę grawitacji, która przyciąga dziecko w dół do kręgosłupa matki, uciskając w ten sposób zakończenia nerwów i powodując większy ból. Uciskana jest również żyła główna, co zakłóca krążenie, powodując w rezultacie niedotlenienie matki, a tym samym dziecka. Poród przedłuża się, a wysiłek matki i dziecka jest wielokrotnie większy.

Strach a czasem wygodnictwo jest powodem uzależnienia się kobiety od procedur medycznych i decyzji innych osób. W ten sposób traci się zaufanie do własnej siły i intuicji, co tworzy z własnej osoby podmiot pozbawiony możliwości decydowania o sobie.

Janet Balakas, autorka koncepcji aktywnego porodu, mówi, że jest to stan umysłu, w którym kobieta jest przekonana o tym, że może urodzić sama, a wiedza jak rodzić jest głęboko w niej ukryta i w odpowiednim momencie mechanizm porodu „zadziała”.

Nie umniejsza to roli położnej, wręcz przeciwnie.

My położne powinniśmy uczyć kobiety wiary we własne siły, wspierać je, przekazywać wiedzę o pozycjach porodowych, prawidłowym oddychaniu, relaksowaniu się, rozluźnianiu ciała.

Wszystkiego tego o czym mówi koncepcja aktywnego porodu, a wówczas nasza współpraca z kobietą rodzącą będzie taka o jakiej marzymy.

ZALETY POZYCJI WERTYKALNYCH

Szybsze rozwieranie szyjki

Główka dziecka mocniej naciska na szyjkę macicy i wzmaga jej rozwieranie

Skurcze macicy są regularne i mniej bolesne

Czas porodu w pozycjach wertykalnych w porównaniu z porodem tradycyjnym skraca się nawet o 35%

Lepsze dotlenienie dziecka

Łożysko jest lepiej ukrwione, a wraz z nim dziecko otrzymuje większą ilość tlenu

Ułatwione oddychanie

Łatwiej jest zapanować nad rytmem porodu poprzez stosowanie oddechu do skurczów, głęboki oddech pozwala uśmierzyć ból

Zmniejszony lęk i napięcie

Większa ilość wytwarzanej adrenaliny powoduje hamowanie wydzielanie oksytocyny odpowiedzialnej za efektywniejsze skurcze

Łatwiejsze parcie

Mniejsze ryzyko pęknięcia krocza

Tkanki krocza w czasie parcia naciągają się równomiernie

POSZCZEGÓLNE POZYCJE WERTYKALNE ORAZ AKTYWNOŚĆ RUCHOWA

„Spacer bocianów”

Naprzemienne podnoszenie nóg zgiętych w kolanach wysoko do góry. Wzmacnia czynność skurczową oraz wstawianie się główki do kanału rodnego.

Pozycja kuczna

Korzystna na każdym etapie porodu. Skraca i rozszerza kanał rodny, wzmacnia skurcze.

Pozycja klęcząca i kolankowo – łokciowa

Dobra w aktywnej fazie porodu, zarówno w pierwszym jak i drugim okresie.

Pozycja siedząca

Nie dłużej niż 1 godz., potem chodzenie. Zmniejsza odczuwanie bolesności skurczu. Dobra do relaksu między skurczami, a także na ostatnie 2-4 skurcze parcie- z wykorzystaniem krzesła porodowego, ułatwia odklejenie łożyska w trzecim okresie porodu.

Według nowego standardu opieki okołoporodowej, zgodnie z zaleceniem Ministra Zdrowia z dn. 20.09.2012 r.,

w oddziałach szpitalnych kładziony jest nacisk na aktywność rodzącej podczas porodu oraz swobodne przyjmowanie przez nią różnych pozycji wertykalnych, korzystanie ze sprzętów pomocniczych, a także parcie spontaniczne w czasie drugiego okresu porodu.

Bibliografia

J. Balakas, Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia. Niezależna Oficyna Wydawnicza. Warszawa 1997 rok
Chołuj, Urodzić razem i naturalnie. Informator i poradnik porodowy dla rodziców położnych. Wyd. Fundacja Życia 2008 rok

www.rodzicpoludku.pl

Łepecka – Klusek, Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. PZWL. Lublin 2012 rok

Barbara Dobosz
położna specjalistka
Pałuckie Centrum Zdrowia Żnin



rysunki graficzne pochodzą ze strony internetowej
www.rodzicpoludku.pl



Autoryzowana Pracownia Instytutu Jadwiga
Centrum Dystrybucji i Sprzedaży Kosmetyków
ul. Morska 41/4, Koszalin
kontakt: Mariola Kantorska tel. 692 494 050

129 zł

CENA SPECJALNA

Z OKAZJI DNIA KOBIET

~~**280 zł**~~

CENA STANDARDOWA

Siła jadu węża

INNOWACJA

redukcja zmarszczek czoła **52%**

redukcja „kurzych łapek” **24%**

redukcja zmarszczek w przypadku

skurczów mięśni **82%**

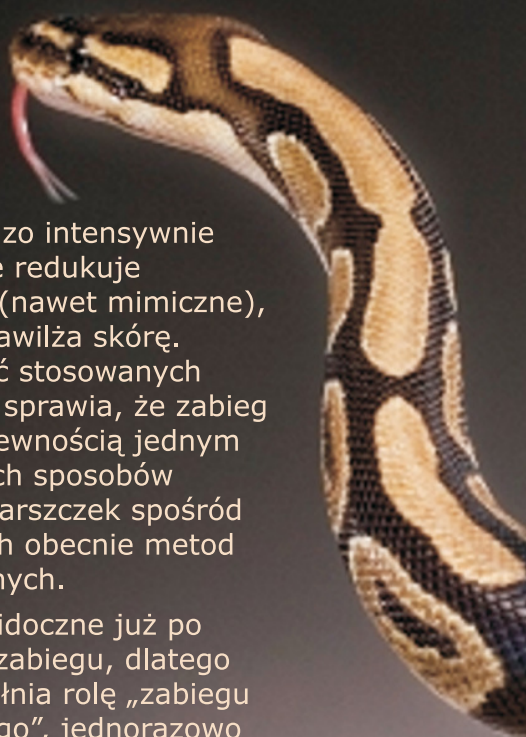
Opracowała: Mariola Kantorska

SNAKE VENOM

NOWY, NIEINWAZYJNY ZABIEG I KOSMETYKI WYKORZYSTUJĄCE DZIAŁANIE PEPTYDU JADU WĘŻA, KOMÓREK MACIERZYSTYCH ORAZ INNOWACYJNYCH SKŁADNIKÓW AKTYWNYCH.

ZALECANY DO SKÓR DOJRZAŁYCH, ZMĘCZONYCH, ZWIOTCZAŁYCH, Z WIDOCZNYMI ZMARSZCZKAMI, WYMAGAJĄCEJ SILNEJ REGENERACJI.

ZABIEG MOŻNA STOSOWAĆ NA TWARZ, SZYJĘ, DEKOLT, MOŻNA WYKONYWAĆ NA DELIKATNEJ I WRAŻLIWEJ SKÓRZE.



Zabieg bardzo intensywnie i efektywnie redukuje zmarszczki (nawet mimiczne), ujędrnia i nawilża skórę. Skuteczność stosowanych preparatów sprawia, że zabieg ten jest z pewnością jednym z najlepszych sposobów redukcji zmarszczek spośród stosowanych obecnie metod bezinwazyjnych.

Efekty są widoczne już po pierwszym zabiegu, dlatego idealnie spełnia rolę „zabiegu bankietowego”, jednorazowo przed specjalnymi okazjami.

EFEKT JUŻ PO PIERWSZYM ZABIEGU

1. Demakijaż



2. Złuszczenie naskórka - peeling enzymatyczny

3. Skoncentrowane Serum Syn`Resist Serum Intensif

Na oczyszczoną skórę twarzy nakładamy Syn`Resist Serum Intensif z aktywnie działającym koncentratem jadu węża, komórek macierzystych, pantenolu, allantoiny i oleju karotenowego.



4. Regeneracja i ukojenie

Po włożeniu Syn`Resist Serum Intensif nakładamy na twarz i szyję maskę peel-off Syn`Resist Masque Anti-Age i pozostawiamy.



5. Zakończenie zabiegu

Na zakończenie zabiegu nakładamy krem i dokładnie wmasowujemy.



**SIŁA JADU WĘŻA
TYLKO Z TYM
KUPONEM CENA
129,00 zł
tel. 692 494 050**

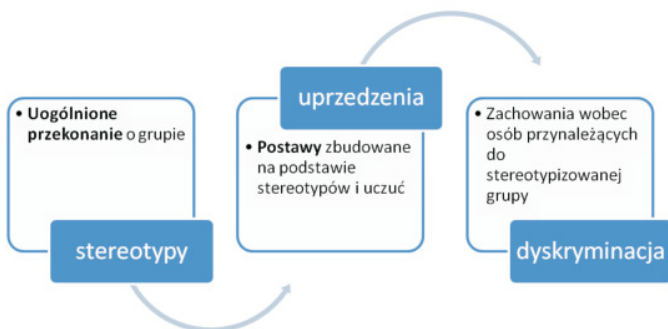
Zjawisko DYSKRYMINACJI pacjentów odmiennych kulturowo

Wstęp

W powszechnym tłumaczeniu wyraz „dyskryminacja” z języka łacińskiego oznacza rozróżnienie, w potocznym rozumieniu – niesprawiedliwe traktowanie.

W słownikach i encyklopediach uważa się, że to upośledzenie, prześladowanie jednostek lub grup ze względu na pochodzenie, płeć, przynależność klasową, narodową, rasową lub wyznaniową¹ albo pozbawienie równouprawnienia, upośledzenie, szykanowanie pewnej grupy ludzi². W naukach społecznych pojęcie to definiuje się jako nierówne traktowanie konkretnych jednostek albo grup społecznych przez odmawianie im udziału w przywilejach, prestiżu czy władzy, oparte jedynie na nieprzychylnym nastawieniu i uprzedzeniach ze względu pewne ich rzeczywiste lub domniemane (przeważnie) cechy³. Z perspektywy psychologicznej dyskryminacja może przejawiać się na wiele sposobów: w bezpośrednim krzywdzeniu, odmawianiu pomocy, zachowaniach werbalnych i niewerbalnych, jawnym ocenianiu, nieprzychylnym traktowaniu, przemocy fizycznej i symbolicznej⁴.

Definicji pewnie można mnożyć ale wszystkie one sprowadzają się do niewłaściwego, wybiórczego, krzywdzącego, nieuzasadnionego i niesprawiedliwego traktowania poszczególnych jednostek z powodu ich przynależności grupowej⁵.



Łańcuch dyskryminacji. Źródło: (Cieślakowska D., 2010, s. 109).

Pojęcie dyskryminacji często mylone jest z uprzedzeniem, które w literaturze przedmiotu definiowane jest jako zwykła nieuzasadniona niechęć, nieprzyjemne uczucie w stosunku do kogoś lub czegoś⁶. Uprzedzenia wywodzą się ze stereotypów, które są uproszczonym sposobem ujmowania świata i zjawisk w nim występujących. To także pewna postawa będąca dyspozycją do powstania dyskryminacji (ryc.1).



Ryc. 2. Poziomy dyskryminacji Źródło: (Cieślakowska D., 2010, s. 112).

Zjawisko dyskryminacji nie jest pojęciem jednorodnym, jest zróżnicowane pod względem siły jaką może przybierać oraz pod względem formy. W literaturze przedmiotu można spotkać różne sposoby opisywania zjawiska dyskryminacji. Jednym z nich jest odniesienie się do poziomu indywidualnego, społecznego i strukturalnego (ryc. 2).

Poziom indywidualny zależy od negatywnych zachowań jednostkowych danego człowieka w zetknięciu odmienną kulturą, instytucjonalny wiąże się z organizacją pracy w instytucji, firmie, podczas gdy strukturalny to cały system prawno-społeczno-ekonomiczny kraju.

Europejskie prawo o niedyskryminacji będące kompilacją różnych systemów różnicuje dyskryminację jeszcze inaczej dzieląc ją na dyskryminację⁷:

- pośrednią to neutralna reguła, kryterium lub praktyka; która ma wpływ na grupę zdefiniowaną przez „cechę chronioną”⁸ w znacząco bardziej negatywny sposób; w porównaniu z innymi osobami będącymi w podobnej sytuacji;
- bezpośrednią, która ma miejsce wówczas gdy osoba jest traktowana niekorzystnie w porównaniu do tego jak są traktowane byłoby traktowane inne osoby znajdujące się w podobnej sytuacji; zaś przyczyną takiego stanu rzeczy jest konkretna właściwość tej osoby kwalifikująca się jako „cecha chroniona”.

**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W KOSZALINIE**

**KUPON WAŻNY DO
31.05.2014 R.**

Ważnym aspektem szerzenia się zjawiska dyskryminacji jest brak reagowania na nie, co powoduje, że zachowania świadków odbierane są jako poparcie dla osób dyskryminujących. Może to również wzmacniać agresję oprawcy oraz wywoływać zjawisko rozproszonej odpowiedzialności, czyli zwiększająca się liczba świadków zmniejsza potencjalność zareagowania na przemoc i dyskryminację, gdyż każdy/a z obserwatorów/rek liczy, że ktoś inny zareaguje i czuje się zwolniony z odpowiedzialności⁹.

Reagowanie na dyskryminację jest decyzją każdego człowieka, która jest podejmowana pod wpływem zadziałania wielu czynników, zarówno tych zewnętrznych, np. konsekwencje grupowe podjęcia interwencji, zachowania świadków, jak i wewnętrznych, np. motywacja, utożsamianie się z grupą.

Człowiek przebywający w szpitalu to osoba, która z racji swego stanu zdrowia wymaga opieki medycznej. Jednocześnie jest to osoba prezentująca określoną kulturę, do której personel szpitalny powinien przywiązywać należyłą uwagę oraz uwzględniać i przestrzegać praw pacjenta. Sytuacja chorego jest w sposób wieloznaczny trudna dla niego z powodu zagrożenia jego poczucia bezpieczeństwa fizycznego, psychicznego jak i społecznego. Personel szpitalny powinien zdawać sobie sprawę z tego, że choć udziela świadczeń na swoim terenie, gdzie przynależna jest mu z tego wynikająca władza, autorytet i prestiż, nie jest zwolniony z obowiązku holistycznego i pełnego poszanowania różnic postrzegania drugiego człowieka.

Material i metoda

Prezentowane wyniki badań są fragmentem badań dotyczących zagadnień wielokulturowości w pielęgniarstwie. Badania przeprowadzono wśród studentów studiów pomostowych Akademii Pomorskiej w Słupsku. W badaniu wykorzystano metodę statystyczną polegającą na ilościowym ujmowaniu zjawisk społecznych i psychospołecznych – tutaj mierzącą poglądy pielęgniarek i pielęgniarzy. Uzupełnieniem wyników badań była także analiza jakościowa wypowiedzi respondentów. Zastosowaną w badaniu techniką była autorska ankieta skierowana do pracujących pielęgniarek i pielęgniarzy.

Celem pracy było poznanie opinii i postaw pielęgniarek na temat występowania zjawiska dyskryminacji wśród pacjentów odmiennych kulturowo.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 100 osób w wieku od 30 – 54 lat, średnia wieku 40,1, pracujących w zawodzie od 1 roku – 33 lat, średnia 16,2 lat, pracujących w różnych zakładach opieki zdrowotnej – szpital, podstawowa opieka zdrowotna, sanatorium.

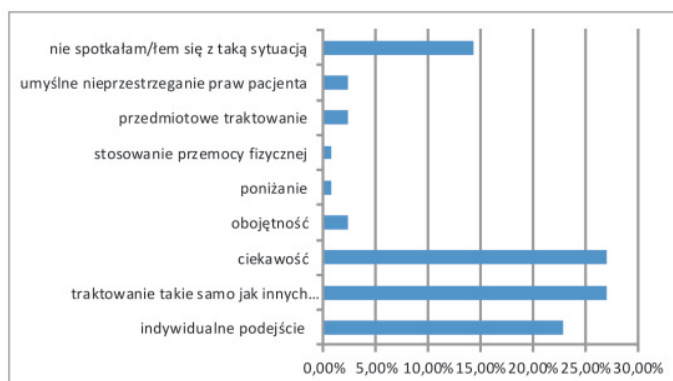
Respondenci w większości legitymowali się wykształceniem średnim - 85,7%, wykształcenie wyższe niepielęgniarskie posiadało 14,3% badanych osób. 99% respondentów deklarowało wierzący stosunek do religii; 77,1% zamieszkiwało tereny miejskie.

Spośród badanych 68,5% miało w pracy zawodowej kontakt z osobą odmienną kulturowo - innej narodowości (39,5%), innej religii (34,2%) i o innej orientacji seksualnej (26,2%).

Podczas kontaktu z osobą odmienną kulturowo respondenci spotkali się z różnorodnymi postawami względem osób prezentujących inną kulturę. Były to zachowania, takie jak – indywidualne podejście do pacjenta i jego problemów, poprzez ciekawość aż do działań dyskryminujących. (ryc. 3)

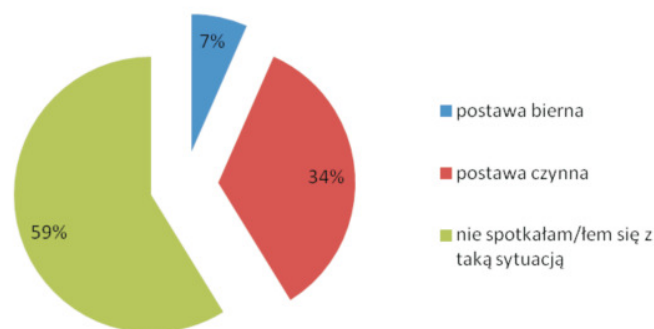
Wśród zachowań dyskryminujących, które pojawiły się w wypowiedziach respondentów wymieniane były: obojętność, przedmiotowe traktowanie, umyślne nieprzestrzeganie praw pacjenta, poniżanie, niechęć do wykonywania czynności pielęgniarzkich i stosowanie przemocy fizycznej. Wszystkie te zachowania wynikają z indywidualnego podejścia personelu medycznego do podmiotu opieki

i zakwalifikować je można do poziomu indywidualnego dyskryminacji.



Ryc. 3. Zaobserwowane przez respondentów postawy względem osób odmiennych kulturowo.

Respondenci, którzy spotkali się z sytuacją dyskryminowania w większości (34,% wskazań) przyjmowali postawę czynną wobec niesprawiedliwego zachowania poprzez wyrażanie słownego sprzeciwu na zaistniałą sytuację, udzielenie pomocy merytorycznej i medycznej lub powiadomienie przełożonego (ryc. 4).



Ryc. 4 Postawy respondentów będących świadkiem dyskryminacji.

Niepokój budzi postawa bierna respondentów, która nie jest zjawiskiem korzystnym dla opisywanych sytuacji. Wycofanie, obojętność i akceptacja zachowań innych osób to raczej zachęta do dalszych przykładów niż do przeciwdziałania dyskryminacji.

Przeciwdziałanie dyskryminacji wiąże się z uświadomieniem i zaakceptowaniem różnic wynikających z kultury, w której dany człowiek żyje a do tego potrzebna jest odpowiednia wiedza, umiejętności i postawa.

Wśród elementów poznawczych, które są istotne w pracy z osobą odmienną kulturowo wymieniane przez respondentów przytaczanych badań były najczęściej:

- wiedza na temat różnych kultur, różnic kulturowych, różnorodności, stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji – 21,9% wskazań,
 - wiedza o rytuałach i obrzędach związanych z narodzinami i śmiercią – 21,3%,
 - wpływ różnych kultur na zdrowie, chorobę profilaktykę, diagnozowanie, leczenie chorób – 21,%,
 - wiedza o polityce socjalnej respektującej np. kwestie leczenia mniejszości narodowych, etnicznych – 20,4%,
 - główne wyznaczniki stylu życia różnych kultur – 15,4%.
- W dziedzinie afektywnej respondenci kładli największy nacisk na:
- przewyciężanie barier i różnic kulturowych – 18,9%,
 - zdolności wyznaczania granic tolerancji i bronięcia ich – 17,4%,
 - otwartość w stosunku do innych kultur – 16,9%,
 - umiejętności komunikacji werbalnej i pozawerbalnej w sytuacji międzykulturowej – 16,1%,

- rozpoznawanie problemów wynikających z różnic kulturowych – 15,9%,
 - patrzeć na wydarzenia zdrowotne z różnych perspektyw – 14,8%.
- W zakresie postaw i zachowań respondenci podkreślali:
- przewyżczenie postawy etnocentrycznej, uprzedzeń, stereotypów – 20,9%,
 - postawa poszanowania siebie i drugiego człowieka – 20,9%,
 - gotowości konfrontowania własnego postępowania na tle własnej i obcej kultury i religii – 20,1%,
 - wrażliwość na różnice kulturowe, respektowanie i uznawanie różnic kulturowych – 19,8%,
 - rozbudzanie świadomości – 18,3%.

Warto zwrócić uwagę, że oprócz wiedzy merytorycznej potrzebnej do zapewnienia opieki na właściwym poziomie, respondenci zgłaszali również istotę wiedzy ogólnej kulturowej i kształtowanie postaw związanych z poszanowaniem drugiego człowieka bez względu na to kim jest, co wyznaje i reprezentuje. Jest to trudna wiedza i umiejętności, które wymagają ukierunkowanego, ustawicznego samokształcenia. Ważne jest aby w tym kształceniu uświadomić wpływ stereotypów i uprzedzeń na postrzeganie ludzkiej różnorodności, na własne uczucia, sposób myślenia i działania.

Podsumowanie i wnioski

Zaprezentowane wyniki z badań opisują opinie i postawy wobec osób oddmiennych kulturowo z perspektywy samego personelu medycznego. Optymistyczny jest fakt dostrzegania i czynnego reagowania na działania dyskryminacyjne pielęgniarskiej grupy zawodowej, jednocześnie niepokojące jest w ogóle występowanie takich sytuacji.

Dyskryminacja w zakładach opieki zdrowotnej jest regulowana m.in. w oparciu o Konstytucję RP, rodzimą Ustawę o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 roku. Wymienione dokumenty pokazują ogólne perspektywy poszanowania praw pacjenta a co za tym idzie człowieka i przeciwdziałania dyskryminacji.

Warto zwrócić uwagę również na Europejską Kartę Praw Pacjenta, to dokument nieformalny pozarządowy, sporządzony w 2002 roku przez organizację *Active Citizenship Network* we współpracy z 12 organizacjami z różnych krajów Unii Europejskiej. Zawiera ona 14 praw pacjentów, które łącznie prowadzą do zagwarantowania „wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia” (art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej) i do zapewnienia wysokiej jakości usług dostarczanych przez różne systemy ochrony zdrowia w Europie. Karta jest skierowana do wszystkich osób, uznając, że fakt istnienia takich różnic jak wiek, płeć, wyznanie religijne, status społeczno-ekonomiczny, ect., może wpływać na indywidualne potrzeby w kwestii opieki zdrowotnej¹⁰. Jest to jeden z europejskich dokumentów tak mocno i dobitnie podkreślających istnienie odmienności kulturowych, które mogą rzutować na postawy personelu medycznego i poziom sprawowanej opieki medycznej

Przeciwdziałanie dyskryminacji na poziomie strukturalnym i instytucjonalnym jest regulowane określonymi przepisami, przykłady których wymieniono w tym artykule, jednak najistotniejsze wydaje się w tym miejscu respektowanie praw człowieka i tym samym pacjenta w interakcjach pacjent – pracownik medyczny.

Wspomniana już Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 8 mówi, że przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych, czyli należy domniemywać, że każdy wykonawca zawodu medycznego będzie przestrzegał podczas podejmowania swych czynności zawodowych praw człowieka, zachowywał się adekwatnie do sytuacji i z należytą powagą traktował odbiorcę swych usług.

Opisywane zjawisko dyskryminacji w zakładach opieki zdrowotnej w dużej mierze wynika z braku refleksji nad różnorodnością

kulturową i postawy etnocentrycznej, lęku przed odmiennością oraz brakiem umiejętności przyjęcia właściwej postawy wobec niesprawiedliwości. Aby przeciwdziałać takim zjawiskom warto byłoby wprowadzić w programy kształcenia pielęgniarek w Polsce elementy treningu antydyskryminacyjnego.

1. Zachowania dyskryminujące spotkane są w relacjach pacjent – personel medyczny.
2. Personel medyczny podejmuje adekwatne decyzje i postawy w sytuacji dyskryminowania pacjentów, jednak wymaga profesjonalnego przygotowania do efektywnych kontaktów z osobami odmiennymi kulturowo, których podstawą będzie respektowanie praw człowieka.

Małgorzata Lesińska-Sawicka
Akademia Pomorska w Słupsku, Instytut Nauk o Zdrowiu

Przypisy:

- 1 Sobol, E. (red.) Nowy Słownik języka polskiego. PWN, Warszawa, 2002, s. 167
- 2 Kopaliński, W. Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. WP, Warszawa, 1989, s. 133.
- 3 Olechnicki, K., Załęcki, P. Słownik socjologiczny, Graffiti BC, Toruń, 2002, s. 49.
- 4 Cieślukowska, D. Dyskryminacja (in:) Branka M., Cieślukowska D. (red.) Edukacja antydyskryminacyjna. Podręcznik trenerski. Stowarzyszenie Willa Decjusza, Kraków 2010, s. 108.
- 5 Cieślukowska D., Edukacja antydyskryminacyjna..., wyd. cit. s. 108.
- 6 Sobol, E. (red.) Nowy Słownik ..., wyd. cit., s. 1087.
- 7 Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej. 2011. Podręcznik europejskiego prawa o niedyskryminacji. Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg, 2011, s. 23.
- 8 Cecha chroniona według europejskich przepisów dotyczących niedyskryminacji to: płeć, orientacja seksualna, niepełnosprawność, wiek, rasa, pochodzenie etniczne, pochodzenie narodowe i religia lub przekonania wg Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej Podręcznik europejskiego prawa o niedyskryminacji. Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg, 2011.
- 9 Cieślukowska D., Edukacja antydyskryminacyjna..., wyd. cit. s. 120.
- 10 Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, 2007, <http://www.prawapacjenta.eu/index.php?pld=443 on-line: 24.09.2012>



NOWE AKTY PRAWNE

DYREKTYWA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 roku procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów i sposobu klasyfikacji substancji chemicznych i ich mieszanin.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie sposobu i procedur przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz wysokości opłaty za tę analizę.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru wniosków o przedłużenie lub skrócenie okresu ważności pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013, poz. 1562).

Opieka paliatywna w Polsce 2014 r. 4-5 kwietnia 2014 r.

Miejsce:

Hotel Westin
Aleja Jana Pawła II 21, Warszawa

Konferencja pod patronatem redakcji czasopism *Medycyna Paliatywna* i *Menedżer Zdrowia* oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Organizatorzy:

wydawnictwo *Termedia*, Redakcja czasopisma *Medycyna Paliatywna*, Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik naukowy:

dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz
Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Oddziału Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi

Na konferencję zapraszamy:

osoby zarządzające placówkami medycyny paliatywnej
organizatorów służby zdrowia
pracowników prywatnego sektora opieki zdrowotnej
pracowników opieki paliatywnej
przedstawicieli MZ, NFZ, AOTM

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o.

ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl

Szczegóły konferencji i rejestracja: www.termedia.pl
Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.



**POLSKIE
TOWARZYSTWO
PIELĘGNIARSTWA
RATUNKOWEGO**

VI Konferencja PTPR

Krynica, 01-03 października 2014

**WSPÓŁPRACA
Z JEDNOSTKAMI
WYSPECJALIZOWANYMI**

www.ptpr.org.pl

VI Konferencja Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Alergologicznego „Alergologia na granicy specjalności” 2-5 kwietnia 2014 r.

Termin i miejsce Konferencji:

2 - 5 kwietnia 2014 r., Hotel Gołębiowski w Wiśle, Al. Ks. Bp. Bursche 3, 43-460 Wisła

Identyfikatory:

Identyfikatory umożliwiają wejście na sesje naukowo-szkoleniowe, warsztaty, wystawę medyczną i imprezy wieczorne. Każdy z uczestników Konferencji ma obowiązek noszenia identyfikatora przez cały czas jej trwania. W przypadku zaginięcia nowy identyfikator można uzyskać w recepcji Konferencji. Koszt wydania nowej plakietki wynosi 30 PLN.

Język Konferencji:

Oficjalnym językiem Konferencji jest język polski.

Punkty edukacyjne:

Za udział w Konferencji zostaną przyznane punkty edukacyjne.

Certyfikaty uczestnictwa:

Wydawanie certyfikatów uczestnictwa rozpocznie się po lunchu 4 kwietnia.

Doba Hotelowa:

Doba hotelowa trwa od godziny 14.00 do 12.00 następnego dnia. W związku z tym zameldowanie do pokoju możliwe będzie od godziny 14.00. W pokoju mogą zostać Państwo zameldowani przed godziną 14.00 tylko wtedy gdy Państwa pokój będzie wolny. Z góry przepraszamy za ewentualne utrudnienia spowodowane tym faktem.

Rejestracja na warsztaty szkoleniowe:

Zapisy na warsztaty będą przeprowadzone w formie rezerwacji na miejscu w Hotelu Gołębiowski. Liczba miejsc na warsztatach szkoleniowych jest ograniczona.

W celu uzyskania dodatkowych informacji prosimy o kontakt z Biurem Organizacyjnym pod adresem:

konferencje@altasoft.pl

Szczegółowy program konferencji: <http://konferencje2014.szkoleniapta.pl>

Rajd ROWEROWY

Z OKAZJI DNIA PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

**KOSZALIŃSKIE STOWARZYSZENIE ROWEROWE „ROWERIA”
OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
MIASTO KOSZALIN**

ZAPRASZAJĄ 10.05.2014 r. o godz. 09:00

Miejsce zbiórki: Amfiteatr w Koszalinie

Trasa: Koszalin – Kłos – ścieżka Jezioro Topiele – Przytok – Szczeglino – Maszkowo - Koszalin - około 42 km

Trasa przewidziana dla osób początkujących, bezpieczna do pokonania dla każdego.

W ramach rajdu przewidujemy dobrą zabawę i poczęstunek.

Udział w rajdzie jest bezpłatny – **wymagane zgłoszenie do dnia 17.04.2014 r.**

Uczestników zobowiązuje się do przestrzegania regulaminu rajdu.

Szczegółowe informacje od 2.04.2014 na www.roweriakoszalin.pl

Spotykamy się bez względu na pogodę.

Rejestracja i zgłoszenia:

email: roweria_koszalin@onet.pl; roweria.koszalin@wp.pl;

telefon: Krystyna Morawska - 602 397 022, Monika Zaremba – 602 196 882

ORIENTACYJNY PROGRAM RAJDU

9.00 - 9.30 zbiórka i rejestracja uczestników rajdu przy Amfiteatrze

9:45 - wyjazd na trasę:

Koszalin – Kłos – ścieżka Jezioro Topiele – Przytok – Szczeglino –

Maszkowo - Koszalin – ok. 42 km

11.45 - przyjazd do Przytoku - leśne miejsce odpoczynku

12.15 - 15.15 posiłek, konkursy, gry i zabawy

15.15 - Powrót do Koszalina

ZGŁOSZENIA PRZYJMUJEMY

do 17.04.2014 r.

**Serdecznie zapraszamy
- Organizatorzy Rajdu**





Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej
odprawiona zostanie Msza Św. w dniu 12 maja 2014 r.
o godz. 18:00 w Kościele św. Kazimierza w Koszalinie
(przy ul. Popiełuszki).

Po Mszy Św. odbędzie się spotkanie w Domu Parafialnym.
Serdecznie zapraszamy!

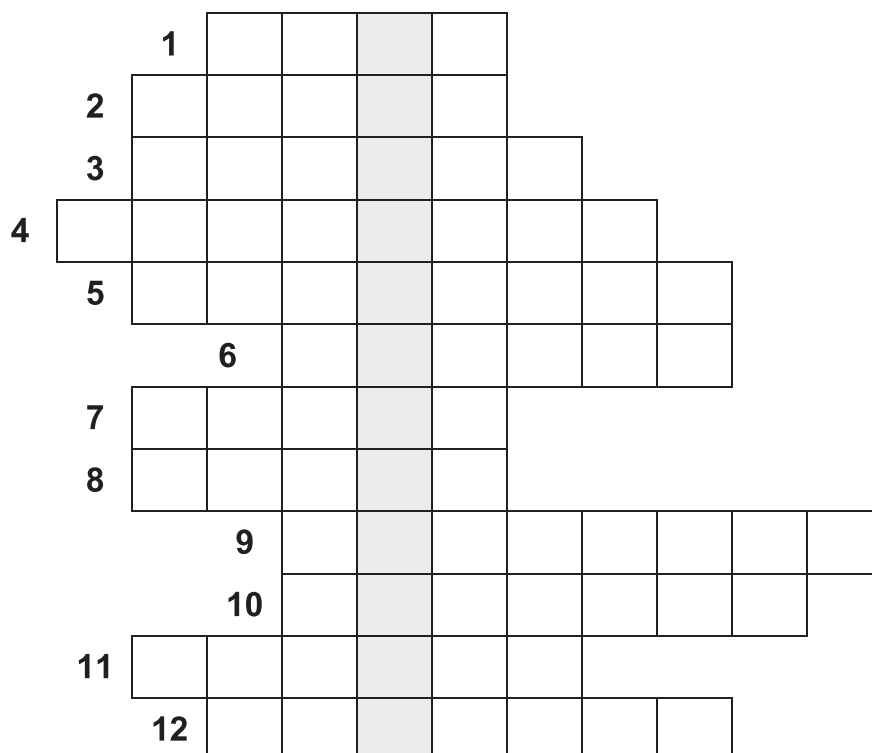
HARMONOGRAM OBCHODÓW DNIA PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

10 MAJA - II Rajd Pielęgniarek i Położnych OIPiP

12 MAJA godz. 18:00 - Msza Święta

17 MAJA - Bałtycki Teatr Dramatyczny w Koszalinie

KRZYŻÓWKA nr 9



1. Wietrzna choroba
2. Nieżyt nosa
3. Doza, dawka
4. Rwa kulszowa
5. Robaczkowy
6. Forma leku do oczu
7. Filtruje krew w organizmie
8. Lekarstwo na kaszel
9. Miesiąc z Wielkanocą
10. Szpitalna celuloza
11. Duża strzykawka
12. Zbiornik moczu

Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr 8, której hasło brzmiało: „TRANSFUZJOLOGIA” wygrała Pani Beata Gerschendorf ze Szczecinka.

Nagrodę można odebrać osobiście w siedzibie OIPiP.

Hasło, które będzie rozwiązaniem krzyżówki można przesyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej lub na adres e-mail OIPiP.

Termin nadsyłania rozwiązań: **15.05.2014 r.**

Za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki przewidziano jedną nagrodę rzeczową.

Imię i nazwisko zwycięzcy, wyłonionego w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.

UWAGA DELEGACI

XXIX

OKRĘGOWY ZJAZD PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH w Koszalinie

**odbędzie się w dniu 22 marca 2014 roku (Sobota) o godz. 10:00
w sali konferencyjnej ENERGA OPERATOR SA
w Koszalinie przy ul. Morskiej 10**

***Prosimy o zabranie mandatu delegata!
Obecność Delegatów obowiązkowa!***



Położna...

Rozmowa z Panią Renatą Ataman
- Kierownikiem Zakładu Opieki Zdrowotnej "Femina",
mgr położnictwa, specjalistą opieki przed i okołoporodowej
oraz specjalistą w pielęgniarstwie położniczo-ginekologicznym.

Co skłoniło Panią do wybrania zawodu położnej?

To był mój przemyślany wybór - i tak się stało... To piękny i inspirujący zawód dla kobiety.

Co Pani najmilej wspomina z pracy położnej?

Najmilej wspominam ten dzień, kiedy poczułam samodzielność zawodową, dla mnie to wyzwanie i wielka radość. Każdy dzień przynosi coś nowego. W mojej pracy dużą satysfakcję daje mi świadomość zaufania jakim darzą mnie kobiety i ich wiara w moje umiejętności.

Z kim się Pani najlepiej współpracowało?

Od 13 lat pracuję ze wspianiałymi, kompetentnymi położnymi. Z tym zespołem najlepiej mi się współpracowało i oby tak zostało.

Jaki dzień utkwił Pani w pamięci?

Rozpoczęcie samodzielnej działalności w ZOZ „Femina”.

Jakie ma Pani hobby?

Czytanie książek, dobry film, spacer, jazda na rowerze, podróże z rodziną.

Czy Pani zdaniem pielęgniarki powinny pracować do 67 roku życia?

Wyłącznie na zasadzie dobrowolności, jeśli ktoś chce pracować i pozwala mu na to zdrowie.

Powinna istnieć granica wiekowa, może 55-60 lat? (pod dyskusję środowiska), po przekroczeniu której pielęgniarki i położne powinny mieć prawo do emerytury.

Alternatywą mogły być rozwiązania systemowe umożliwiające podjęcie lżejszej pracy, w mniejszym wymiarze czasu ale tylko za zgodą osób zainteresowanych.

Dziękuję bardzo za rozmowę

SUDOKU

			2		3			1
2	6	8				4		5
				8		6	9	
	1				9	7		
8		6		2		1		9
		7	3				2	
	2	3		7				
7		5				2	8	4
6			9		2			

REBUS z nagrodami



..t...N



...ANT



BR...EK



AM...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hasło, które będzie rozwiązaniem rebusu można przesyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej lub na adres e-mail OIPI.

Termin nadsyłania rozwiązań: **15.05.2014 r.**

Za prawidłowe rozwiązanie rebusu przewidziano trzy nagrody rzeczowe.

Imiona i nazwiska zwycięzców, wyłonionych w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.

Marrakesz

Wspomnienia z Marrakeszu - część 99

Marrakesz, jak już pisałam w poprzednim numerze biuletynu to jedno z najważniejszych, a zarazem najpiękniejszych miast Maroka. Miasto to położone jest na przedgórzu Atlasu Wysokiego, na wysokości 465 m n.p.m., więc naszym kolejnym miejscem do zobaczenia były wodospady Ouzoud, znajdujące się w sercu gór Atlasu Wysokiego. Wyruszając na tą całodniową wycieczkę, wynajęliśmy taksówkę, kierowca miał być naszym przewodnikiem. Trasa przebiegała przez malownicze tereny doliny Ourika. Dolina ta położona jest 60 km od Marrakeszu zamieszkała głównie przez tubylczą ludność – Berberów. W czasie podróży zatrzymujemy się kilkakrotnie, nie tylko po to, by nacieszyć oczy niezwykłymi krajobrazami, ale także zwiedzić miejsca polecane przez naszego przewodnika. Pierwszy przystanek w miejscu w którym można było zobaczyć całą gamę produktów z olejku arganowego, wymieszanego z różnymi ziołami, eukaliptusem, różą, rozmarynem, także posmakować tego specyfiku oraz przyjrzeć się kobietom jak wytwarzają ten "cud Maroka", sprawnie rozbijając orzeszki arganowe kamieniami. Olej arganowy, znany jest od wieków jako eliksir młodości i jak mówią tubylcy pomaga na wszystko. Berberyjki smarują nim twarze, wmasowują w skórę, stosują jako odżywkę do włosów, a dodany do herbaty leczy przeziębienie. Oprócz tego jest po prostu znakomitym dodatkiem do wielu dań. Po zakupieniu paru drobiazgów jedziemy dalej, na horyzoncie już widać było wyniosłe szczyty Atlasu Wysokiego, pokryte śniegiem. Widok

niezapomniany, wokół kolczaste opuncje, dojrzewające drzewka pomarańczowe, palmy i małe berberskie wioski osadzone na rdzawo-czerwonych stokach gór. Kolejny przystanek przed sklepem, gdzie można było zobaczyć i kupić tkane ręcznie dywany. Na półkach cała gama przeróżnych wyrobów, piękne cienkie kilimy, narzuty, ozdobne dywany tarasowe i domowe. Im dłużej oglądamy te dzieła sztuki, tym coraz bardziej zaskakuje nas ich wielobarwność i różnorodność wzorów. Tkactwo dywanów to jedna z najstarszych tradycji rękodzielniczych w Maroku, marokańczycy od wieków pielęgnują swoje tkackie tradycje, którym szczególnie się szczyją. Pełne „kolorowych” wrażeń jedziemy dalej, tym razem bez zakupów. Dojeżdżamy do samego podnóża gór Atlasu Wysokiego do miejscowości Setti Fatma. Setti Fatma to mała berberska miejscowość, która całkowicie skoncentrowała się wokół turystyki, wodospady są jej główną atrakcją. Tu zostawiamy naszego taksówkarza i dalej udajemy się w stronę wodospadu z lokalnym kilkunastoletnim przewodnikiem. Musimy przedostać się na drugą stronę kanionu przez most linowy, bo wewnątrz kanionu płynie rwący potok. Po 30 minutach wspinaczki dotarliśmy do podnóża wodospadu, musiałyśmy jeszcze wejść na strome skałki by z podziwem spojrzeć na te najwyższe wodospady w Maroku, ale było warto. Piękny wodospad, wspaniałe otoczenie i wszędobylskie małpki zrekompensowały cały trud wspinaczki. Wodospady Ouzoud mają 110 metrów wysokości, ich nazwa wywodzi się od słowa „uzud” co oznacza oliwka, gdyż wokół na tym terenie rosną przede wszystkim gaje oliwkowe. Jest to jedno z najpiękniejszych miejsc w Maroku. Niestety czas biegnie nieubłaganie, powoli schodzimy do Setti Fatma, po drodze mijamy prowizoryczne stragany nie tylko z sokiem pomarańczowym przygotowywanym ze świeżych owoców. W dolinie czekała na nas już taksówka, tam też pożegnaliśmy się z naszym lokalnym przewodnikiem.



Setti Fatma



Marrakesz



Czas niezapomniany, przepiękne wspomnienia... egzotyczny świat

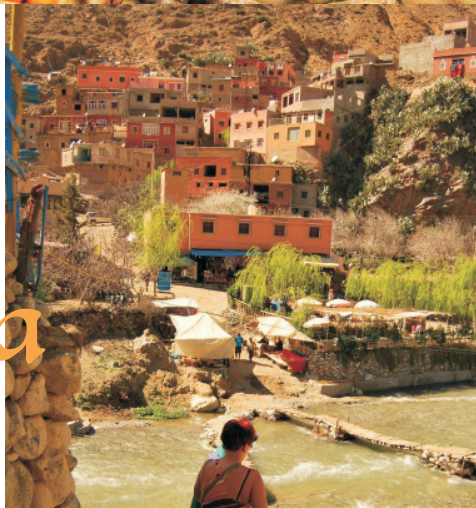
Tak jak wspomniałam dolina ta zamieszkała jest przez Berberów, nie ma większych problemów by zwiedzić dom Berbera. Berberowie chętnie otwierają drzwi swoich domów, zapraszając do nich turystów. Licząc przy tym, że na oprowadzaniu uda im się zarobić kilka gorszy. Ich domy wznoszone są z materiału, który można znaleźć dokoła osady i którego jest pod dostatkiem. Cała ta „berberska architektura” dostosowana jest do panującego tam klimatu, domy są tak wkomponowane w teren, że prawie wcale ich nie widać. Najczęściej w takim domu znajduje się jeden duży salon, używany także jako kuchnia, pokój dla gości, sypialnie oraz stodoła. Wszystko mieści się pod jednym dachem. Kobiety zajmują się domem i rodziną, również wyrobem drobnych przedmiotów i tkaniem dywanów na własny użytek i na sprzedaż.

Ourika znana jest również ze swojej ceramiki, kryształów i minerałów, turyści najczęściej kupują wyroby ceramiczne. Przy każdej drodze stoją stragany z kolorowymi misami, talerzami i dzbankami. Ceramika jest tu niedroga i bardzo atrakcyjna. Po zwiedzeniu sklepu z wyrobami ceramicznymi i kryształami oraz zakupieniu pamiątek udałyśmy się na posiłek a konkretnie na tadżin. Nazwa tej potrawy wywodzi się od glinianego naczynia, w którym się ją przyrządza. Naczynie to wyróżnia stożkowata, pięknie zdobiona pokrywka. Potrawy w tadżinie gotuje się na parze bez użycia tłuszczu, dzięki czemu

danie jest lekkostrawne i ze smakiem się je spożywa w upalne dni. Dolina Ouriki nazywana zieloną doliną, to idealne miejsce aby odpocząć z daleka od gwaru miasta oraz zupełnie odmiennego stylu życia. Malowniczo położone berberskie miejscowości, krajobrazy ciągnące się wzdłuż rzeki, soczysta zieleń palm i gajów oliwnych kontrastująca z rdzawo-czerwonymi odcieniami skał i błękitnym niebem urzeka swoimi naturalnymi widokami.

Ostatni dzień przed wyjazdem do domu, spędziłyśmy nad wodą wygrzewając się w słończku. Ponieważ Marrakesz nie znajduje się w pobliżu morza, więc udałyśmy się na basen w Nikki Beach. Miejsce to położone jest w samym sercu gaju palmowego i oczarowuje wyjątkowym klimatem - egzotyka połączona ze współczesnością. Wylegując się na bardzo wygodnych, szerokich kanapach w cieniu palm, korzystając z kąpeli wodnych i rozkoszując się orientalnymi potrawami, zakończyłyśmy naszą przygodę z Marrakeszem. Myślę, że tu jeszcze wrócimy, żeby znowu chłonąć uroki tego miasta. Jest to miejsce niezwykle z niepowtarzalną atmosferą, miejsce, które wskrzesza pokłady pozytywnych emocji, które choć przemijają, to jednak ich wspomnienia na długo pozostaną w pamięci.

Grażyna Margas



Zachęcamy do wspólnego zwiedzania świata i dzielenia się wrażeniami z naszymi

Ourika

„A gdy serce twe przytoczy myśl, że żyć nie warto,
z łez ocieraj cudze oczy
choć Twoich nie otarto...”

Głębokie wyrazy współczucia

**Koleżance
Janinie Maduzia**

Z powodu śmierci

MAMY

składają
pielęgniarki
z Zakładu Opiekuńczo-Pielęgnacyjnego
„Patronka” w Szczecinku



Głębokie wyrazy współczucia

**Koleżance
Barbarze Hulko**

z powodu śmierci

MAMY

Składają
pielęgniarki i położne
z SP ZOZ MSW w Koszalinie

„...Zgasł płomyk życia, spłynęła z rozpaczyleża,
smutek i ból dała losu gra.
Otoczona przyjaźnią oraz sercem wędrujesz gwiazdnym
kobiercem do odległej i nieznannej krainy,
gdzie będziesz zbierać za swe życie nagrody i daniny...”

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość,
że 21 grudnia 2013 roku
odeszła z naszych szeregów

**Anna Gęsiarz
wieloletnia położna**

oddziału położniczo-ginekologicznego Regionalnego
Szpitala w Kołobrzegu

**Najbliżej rodzinie
wyrazy szczerego współczucia**

składają pielęgniarki i położne
z Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu

Naszej Koleżance

Marzenie Popławskiej

wyrazy szczerego współczucia
z powodu straty

Mamy

Składają
Koleżanki i Współpracownicy
Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy
i Chorób Płuc w Koszalinie



*„Życie przemija, jednak pamięć
o kochanej osobie
pozostaje w sercach na zawsze”*

Koleżance Dorocie Fenkanin

wyrazy głębokiego żalu i współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składa
Personel
Oddziału Chirurgii Naczyniowej
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

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

Najszczerze wyrazy współczucia dla

Sławomiry Siudowskiej

z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ

Składają
Pracownicy Oddziału Wewnętrznego B
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

*„Śmierć boli nie tych, którzy odchodzą,
Lecz tych, co wśród żywych pozostają”*

Wyraz głębokiego współczucia

**Koleżance
Beacie Cygan**

z powodu śmierci

TATY

składają
koleżanki z Oddziału Neonatologicznego
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

*„Śmierć boli nie tych, którzy odchodzą,
lecz tych, co wśród żywych pozostają”*

Głębokie wyrazy współczucia

**Koleżance
Małgorzacie Kozłowskiej**

z powodu śmierci

MAMY

Składają
pielęgniarki i położne
z SP ZOZ MSW w Koszalinie

*„Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim,
Najdroższym,
Pozostaje ból i pamięć...”*

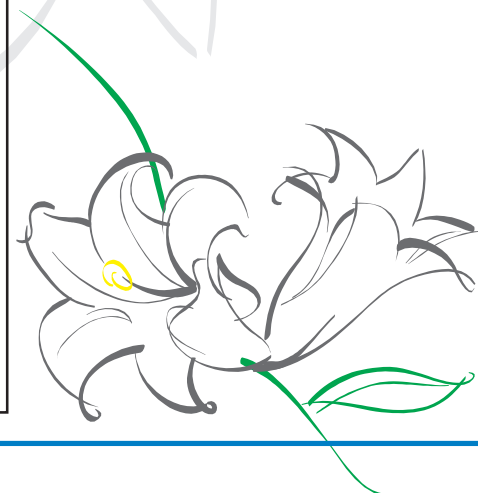
Najszczerze wyrazy współczucia

**Koleżance
Ewie Stankiewicz**

z powodu śmierci

TATY

składają
pielęgniarki i personel oddziału otolaryngologii
Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu



PASCHA

WIELKANOCNA

Składniki:

1 litr mleka
5 jajek
0,5 litra śmietany z niebieskim wyczkiem
2 serki Mascarpone
1 kostka masła
1 paczka biszkoptów
1 szklanka cukru
tabliczka gorzkiej czekolady

Jajka roztrzepać ze śmietaną i wlać do gotującego się mleka. Oddzieli się serwatka i ją należy odcedzić i ostudzić. Wymieszać masło z cukrem i stopniowo dodawać ser-serwatkę, cały czas mieszając mikserem na jednolitą masę. Do gotowej masy wmieszać serki Mascarpone i posiekaną gorzką czekoladę. Biszkopty rozłożyć w formie i poleć gorzką kawą lub skropić alkoholem. Na to rozłożyć masę serową. Wstawić do lodówki.

Polewa:

1/2 paczki kakao Wedla
2 spore łyżki masła
2 łyżki cukru
trochę mleka – jeden gul

Wszystko na patelnię podgrzewać na małym ogniu cały czas mieszając. Jak będą robić się grudki dodać trochę wody i dalej mieszać do konsystencji lanej czekolady. Poleć gotowy sernik.

SMACZNEGO!



Zakład Opieki Zdrowotnej „FEMINA”

Zakład Opieki Zdrowotnej „FEMINA” powstał w 2000 roku, obejmuje opieką około 26 tysięcy kobiet z miasta i okolic Koszalina. Zakład ma podpisany bezpośredni kontrakt na usługi medyczne z zakresu położnictwa rodzinnego z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Szczecinie. Opieka sprawowana jest od poniedziałku do piątku od godziny 8.00 do 18.00

Położne rodzinne z ZOZ „FEMINA” zapewniają kompleksową opiekę w domu nad kobietą ciężarną, położnicą i noworodkiem oraz pacjentkami po operacjach ginekologicznych.

Zakład dysponuje nowoczesnym sprzętem ułatwiającym badania ciężarnych: detektory tętna płodu, glukometry, wagi noworodkowe, laktatory, które są udostępniane do użytku domowego. Z uwagi na specyfikę miejsca świadczenia usług położne podejmują działania z zakresu: promocji zdrowia, profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych.



Opieka poporodowa sprawowana przez położne rodzinne jest jednym z podstawowych elementów opieki nad matką, noworodkiem/niemowlęciem do końca 8 tygodnia życia. Obejmuje dbałość o zdrowie fizyczne i potrzeby emocjonalne pacjentek. Ułatwia rozwój prawidłowych relacji między matką, ojcem i dzieckiem w rodzinie.

Promocja zdrowia prowadzona przez położne u pacjentek w środowisku domowym polega na edukacji w zakresie:

- udzielaniu wskazówek na temat diety matki karmiącej;
- motywowaniu do karmienia piersią;
- prawidłowej higieny osobistej w okresie połogu;
- udzielaniu porad w zakresie pielęgnacji noworodka;
- konieczności szczepień ochronnych noworodka;
- podawaniu witaminy D jako profilaktyki przeciw-krzywiczey;
- podawaniu witaminy K jako profilaktyki choroby krwotocznej noworodków;
- prowadzenia zdrowego stylu życia;
- udzielaniu porad w zakresie samoopieki;
- zapobieganie nowotworom – głównie narządu rodnego i gruczołu sutkowego;
- prowadzenie poradnictwa w zakresie planowania rodziny, świadomego rodzicielstwa;
- czynne poradnictwo dotyczące profilaktyki chorób ginekologicznych, onkologicznych i społecznych (głównie wykonywanie samobadania piersi konieczność systematycznego wykonywania badania cytolo-gicznego);
- zapobieganie zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonymi drogami płciowymi.

Bezpłatna Szkoła Rodzenia AKADEMIA BOCIANA

W ramach Zakładu funkcjonuje bezpłatna szkoła rodzenia -Akademia Bociana.

Zajęcia w Akademii Bociana obejmują zagadnienia związane z ciążą, porodem i okresem połogu oraz pielęgnacją noworodka i niemowlęcia. W trakcie zajęć przyszłe mamy mogą wzbogacić swoją wiedzę o metodach radzenia sobie z dolegliwościami ciążowymi. Dowiadują się co należy robić, aby łatwiej znieść ból towarzyszący skurczom macicy oraz w jaki sposób najlepiej współpracować z położną w czasie porodu. Uczestnictwo w zajęciach ojca dziecka pozwala uświadomić mu rolę, jaką spada na niego w tym okresie.

Szkoła Rodzenia daje możliwość lepszego przygotowania się do narodzin dziecka, zmniejsza lęk przed nieznanym doświadczeniem, zwiększając świadomość tego, co dzieje się podczas poszczególnych faz porodu. Podczas spotkań młodzi rodzice mają możliwość podzielenia się swoimi doświadczeniami i przeżyciami z innymi uczestnikami kursu. Zajęcia warsztatowe to nauka karmienia piersią, kąpiel i pielęgnację noworodka, ćwiczenia mające na celu zapoznanie z technikami relaksacyjnymi i oddechowymi, przydatnymi w czasie porodu.



ZOZ Femina

Szkoła Rodzenia "AKADEMIA BOCIANA"

al. M.Cassino 13 gab. 112, sala ćwiczeń - sala 108

75-414 Koszalin

telefon kom.: 502 482 017, 606 657 665

email: info@akademiabociana.pl