



Morze Spraw

Nr 4 (95) 2013 r. (ROK XXI) ISSN 1231-4846

BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



W numerze:

Kącik Dobrej Książki s. 6

Depresja poporodowa s. 13

Urlop wychowawczy - nowe regulacje s. 24

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy Szanowni Państwo Czytelnicy!



Justyna Laska
przewodnicząca
ORPiP w Koszalinie

Świąteczny czas sprzyja rozmyśleniom, dyskusjom i spotkaniom w kręgu rodziny. To między innymi właśnie wtedy rozmyślamy o spełnionych i niespełnionych planach, marzeniach i o tym, co przyniósł nieoczekiwanego mijający rok.

W polskiej tradycji Święta Bożego Narodzenia są wielką wartością odbieraną jako dar międzyludzkich więzi, zrozumienia i zadumy a jednocześnie radości spotkań rodzinnych, wesołych nowin i obdarowywania się morzem prezentów.

W imieniu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie życzę wszystkim, aby tegoroczne Święta Bożego Narodzenia przyniosły wiele radości, wspólnie przeżywanych chwil w gronie rodziny i najbliższych, a Nowy Rok 2014 był szczęśliwy, pełen spełnień, obfitujący w sukcesy i miłe zdarzenia oraz w dni warte zapamiętania.

Przewodnicząca ORPiP
Justyna Laska

Historia piernika

Piernik należy do najstarszych ciast, a wywodzi się z tzw. miodowników wielkich – wielkich bochnów chleba robionych na miodzie. Pochodzi z XII wiecznej Bazylei i Norymbergii, głównych ośrodków piernikarskich średniowiecznej Europy. Charakteryzuje się ciemną barwą, specyficznym słodkim smakiem i aromatem korzennym, niespotykanymi w innych ciastach.

Polska nazwa piernik pochodzi od starodawnego słowa pierny (czyli pieprzny) i odnosiła się właśnie do intensywnych przypraw w nim zawartych. Zamożniejsi obywatele chętnie używali go jako zakąski do wódki, damy jednak z lubością raczyły się nim podczas podwieczorków. Najstarszy zachowany przepis na wypiek piernika pochodzi z 1725 roku i zanotowany został nie w książce kucharskiej, ale poradniku medycznym o tytule „Compendium medicum auctum, to jest krótkie zebranie i opisanie chorób, ich różności, przyczyn, znaków, sposobów do leczenia”. Dowodzi to tezy, że początkowo ciasto to było nie tylko przysmakiem, ale i lekarstwem. W dodawanych do nich przyprawach występują liczne związki istotne w zwalczaniu chorób cywilizacyjnych, w tym także i chorób przewodu pokarmowego. Pierniki posiadają także wiele zalet żywieniowych: glukoza i fruktoza są środkami wzmacniającymi i odmładzającymi organizm; przyprawy korzenne pomagają w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, serca, nerwów, niedokrwistości i wielu innych.

W staropolszczyźnie wypiekano wiele rodzajów pierniczek: katarzynki przed Andrzejkami lub mikołajki na 6 grudnia, dołączane następnie do prezentów. Obecne pierniki nie są już dobrem luksusowym i możemy cieszyć się ich niepowtarzalnym smakiem niemal bez ograniczeń.

Dlatego też zachęcamy wszystkich Czytelników do własnoręcznego upieczenia pierniczek bożonarodzeniowych według zamieszczonego przepisu, który pochodzi z początku XX wieku.

DZIAŁY TEMATYCZNE

DOBRA PRAKTYKA	4
KALENDARIUM	7
WOKÓŁ SAMORZĄDU	8
AKTUALNOŚCI	13
WARTO WIEDZIEĆ	21
PORADY PRAWNE	24
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	25
OGŁOSZENIA	30
W WOLNEJ CHWILI	31
WARTO ZOBACZYĆ	32
PIÓREM PISANE	34

WAŻNE DATY

- 01.12 Dzień walki z AIDS
- 06.12 Mikołajki
- 24.12 Święta Bożego Narodzenia
- 31.12 Sylwester/Nowy Rok
- 12.01 WOŚP
- 21.01 Dzień Babci
- 22.01 Dzień Dziadka
- 25.01 Dzień Sekretarki/Asystentki
- 03.02 Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem
- 11.02 Światowy Dzień Chorego
- 14.02 Dzień Zakochanych

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 uprzednim uzgodnieniu tel. 94 342 59 93

Uzasadnienie permanentności edukacji

Edu_kacja Edukacja

Staość, niezmienność, stagnacja to cechy będące zaprzeczeniem otaczającej nas rzeczywistości. Ciągły ruch, nieustanna zmiana, ewolucja, dążność do celu nawet bliżej nieoznaczonego stanowi istotę rzeczywistości, w której przyszło nam się znaleźć.

Każda dziedzina naszego życia podlega tym procesom, które mogą warunkować zarówno postęp, rozwój, ale i też konsekwencje niepożądane, dlatego też człowiek (jako jedna z wielu istot) aktywnie uczestniczący w tych procesach usiłuje zarazem na nie wpływać oczywiście z różnym skutkiem. Nieodłącznym wytworem wymienianych tutaj zjawisk jest walka (rywalizacja, konkurencja), która wydaje się być gwarantem uzyskania jak najlepszych rezultatów (doskonałości) i osiągnięcia zamierzonego celu.

W kontekście wyżej wspomnianych uniwersalnych zasad nader znaczącą, jeśli nie nadrzędną rolę spełnia jedna z najważniejszych dziedzin naszego życia, a mianowicie szeroko rozumiana edukacja. Jej istotne cechy to wielopoziomowość, wielosektorowość. Praktycznie towarzyszy nam przez całe życie, począwszy od momentu narodzenia przyjmując w tej fazie życia nieformalne podstawy, zaś na dalszych etapach ludzkiej egzystencji opiera się na formach instytucjonalnych (przedszkola, szkoły, uczelnie wyższe). Znamienne konsekwencją tego zjawiska jest także to, iż każdy etap naszego życia wyznacza w dzisiejszej dobie odpowiedni poziom procesu edukacji, a konkretnie jego zwieńczenie otrzymaniem dyplomu, czy też zaświadczenia swoiście dokumentującego określony poziom wiedzy i kwalifikacji. Odpowiedni poziom wiedzy i kwalifikacji wiąże się z pożądanymi chyba przez wszystkich możliwościami, a także wymiernymi korzyściami; warunkuje nasz status społeczny, a zarazem materialny, czyli sytuuje nas w określonym miejscu w hierarchii społecznej.

Jak już wspomniałem istotą natury jest walka. Wszędzie dostrzec można wszechobecną batalię pomiędzy osobnikami o przetrwanie. Silniejszy, sprawniejszy, zdrowszy wygrywa zapewniając swojemu gatunkowi jak najlepszy materiał genetyczny. Podobnie dzieje się w sferze edukacji, wiedza przykro to stwierdzić stała się towarem, o który trzeba rywalizować i w tym kontekście ma ona swoją jasno określoną wartość materialną. Jak się zdaje w obecnych czasach staje się towarem już nie pierwszej potrzeby, ale ekskluzywnym, na który stać nielicznych. Słychać głosy, by ograniczyć znacząco ilość absolwentów szkół średnich i studiów wyższych na rzecz kształcenia na poziomie podstawowym-zawodowym, gdyż w tym obszarze polska gospodarka zaczyna odczuwać brak tzw. zasobów ludzkich. Nawiasem mówiąc te ciche przyzwolenie elit na przedmiotowość w traktowaniu ludzi świadczących pracę od czasu transformacji ustrojowej jest ciągle gloryfikowana, święci swoje nie zaprzeczalne tryumfy i bywa, że ewoluuje do granic absurdu.

Postaram się teraz mając na względzie powyższe przedstawione uniwersalia, a także powołując się na moje może nienadzwyczajne doświadczenie, jakie dane mi było pozyskać w trakcie około 10-letniej praktyki prowadzenia szkoleń pielęgniarek i położnych wskazać na konieczność- potrzebę ciągłej aktualizacji wiedzy jako priorytetowy wymóg w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej.

Zapewne powszechnie znany jest fakt, iż nabywanie wiedzy sprowadza się ogólnie mówiąc do umieszczenia jej w określonych obszarach naszego mózgowia, gdzie jest ona, skrzętnie przechowywana, a jeśli zajdzie taka potrzeba stosownie wykorzystana do czasu, kiedy nie ulegnie eliminacji. Niestety nasza zdolność przechowywania pewnych informacji jest warunkowana koniecznością w miarę częstego posługiwania się tym informacjami. Zatem, aby skutecznie korzystać ze zgromadzonej wiedzy należy się nią posługiwać na co dzień. W praktyce np. szkoleń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, czy też z udzielania pierwszej pomocy spotykamy się z problemem posługiwania się zdobytą wiedzą właśnie w codziennym świadczeniu obowiązków zawodowych. Większość osób, które nabyły w trakcie szkolenia pewne umiejętności i uprawnienia w codziennej pracy ma niewielkie szanse, by wykazać się owymi zdobytymi umiejętnościami, ponieważ specyfika ich pracy tylko w nielicznych przypadkach pozwala mieć do czynienia ze stanami bezpośredniego zagrożenia życia. Zatem z uwagi na wspomnianą wcześniej „przypadłość” naszego mózgu należałoby moim skromnym zdaniem cyklicznie odświeżać wcześniej nabyte i potwierdzone dokumentem, a niewykorzystywane dotąd umiejętności i wiedzę. Pozostawiam oczywiście do dyskusji, w jakiej formie należałoby to czynić; czy za pomocą tzw. szkoleń przypominających, na których doskonałe byłyby umiejętności praktyczne i aktualizowana wiedza, czy też w formie cyklicznych staży w placówkach zajmujących się leczeniem pacjentów w stanach krytycznych. Oczywiście pozostają jeszcze pytania, kto miałby ponosić koszty związane z przyjęciem jakiegokolwiek formy doskonalenia nabytych umiejętności, oraz jaką konkretnie grupę osób należałoby wytypować do tego typu szkoleń. Myślę, że znaczącą rolę w podjęciu takich działań powinna mieć Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, tym bardziej, że posiada w swoich strukturach Komisję Kształcenia jak i Ośrodek Kształcenia Podyplomowego, które są praktycznym wyrazem statutowych powinności.



Ogromną rolę w edukacji stanowi właściwa motywacja, skłaniająca do podjęcia wysiłku związanego bezpośrednio z pozyskaniem wiedzy, ale także, a jeśli nie w przeważającej mierze wysiłku umożliwiającego zdobycie środków finansowych w celu podnoszenia kwalifikacji. Z moich doświadczeń wynika, że głównymi czynnikami motywacyjnymi są:

- utrata pracy
- brak osobistych materialnych kosztów kształcenia
- wzrost uposażenia
- nowe możliwości na rynku pracy
- presja najbliższego środowiska
- rzeczywista chęć pozyskania wiedzy i umiejętności

Jak się wydaje hierarchia tych czynników motywacyjnych przedstawiała się do pewnego czasu w kolejności przedstawionej powyżej. Jednakże daje się dostrzec korzystną pewną zmianę preferencji naszych uczestników szkoleń. Pomimo, iż nadal korzyści finansowe, jakie można uzyskać po odbyciu szkolenia są wiodącą motywacją, nieśmiało zaznacza swoją obecność autentyczna chęć zdobycia określonej wiedzy. Coraz częściej i śmiało kursanci wyrażają swoje oczekiwania dotyczące sposobu, zakresu i możliwości przekazywania wiedzy. Takie zachowania wcześniej nie miały miejsca bądź były rzadkością. Ten trend zdaje się wskazywać na pojawienie się wśród naszego środowiska tzw. swoistej świadomości edukacyjnej, która jak miernikiem jest przejawem zaspokajania potrzeb umieszczonych na najwyższym miejscu w piramidzie Masłowa. Jest nadzieja, że wyrażona tutaj potrzeba samorealizacji z biegiem czasu będzie się pogłębiać i przyniesie

naszemu środowisku tak bardzo pożądany efekt, jakim jest uznanie i prestiż zawodu pielęgniarki i położnej.

Tak też pozwalając sobie na wyrażenie pewnej konkluzji wypada mi stwierdzić, że kluczowym elementem motywującym do pogłębiania wiedzy będzie rozbudzenie głęboko drzemającej w każdym człowieku ciekawości, chęć poznawania, eksploracji świata. Należy dążyć, by widok interesującej książki, ciekawy i przystępnie przeprowadzony wykład sprawił, że względny porządek w naszym mózgu zostanie zaburzony i pobudzi nawet nieuporządkowane procesy myślowe.

Kończąc ten skromny wywód, którego celem było uzasadnienie potrzeby ciągłego aktualizowania zdobytej wiedzy pragnę zwrócić uwagę na znaczenie badania efektów kształcenia pielęgniarek i położnych, a to choćby w kontekście wspomnianej ich świadomości edukacyjnej. W każdym procesie nauczania potrzebna jest cykliczna ocena przebiegu i efektów szkolenia na każdym jego etapie (ewaluacja). Rozpoznanie i analiza potrzeb szkoleniowych oraz skuteczna ewaluacja szkoleń sprawią, iż uczestnicy posiadają wiedzę świadomie i zgodną z ich potrzebami, natomiast podmiotowi szkolącemu umożliwi to wzbogacenie oferty, a także doskonalenie efektywności i dobór odpowiednich metod nauczania.

Zdzisław Piekarski
*piel. spec. w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej terapii*

Przy świątecznym stole

Wigilia

kojarzy się zwłaszcza z uroczystą ucztą obrzędową, jaką jest wigilijna wieczerza. Wigilia to czas wyjątkowy dla wszystkich, zarówno dla zdrowych, jak i tych, którzy zmagają się z cukrzycą. Zapachy i smak potraw stołu wigilijnego kusza i pobudzają apetyt. Tym bardziej, że przez wiele godzin pościmy przed kolacją wigilijną. Co poradzić, żeby chory na cukrzycę mógł cieszyć się świątecznym nastrojem i nie musiał sobie odmawiać przyjemności skosztowania tradycyjnych wigilijnych potraw? Przede wszystkim należy zaufać wiedzy i umiejętnościom chorego na cukrzycę, który potrafi ocenić wartość kaloryczną potraw i ich „słodkość”. Wigilię tradycyjnie może rozpocząć barszcz czerwony z uszkami lub zupa grzybowa. Oczywiście do barszczu należy wrzucić symbolicznie 3 uszka, a do zupy grzybowej mało makaronu. Po tym daniu można spróbować tradycyjnie 2 lub 3 pierogi z grzybami i kapustą czy krockieta.

Na stole wigilijnym powinny znaleźć się ryby morskie jak dorsz, halibut, łosoś czy pstrąg, bogate w nienasycone kwasy tłuszczowe. Można zaserwować dania z ryb słodkowodnych, jak szczupak po żydowsku czy sandacza z warzywami. Jakże nie pamiętać o „dzwonku” śledzia w oleju albo w „pierzynce” warzywnej. Pożądany sposób przygotowania ryb to ryby w galarecie, gotowane na parze lub pieczone w folii. Oczywiście warto pamiętać o dodaniu warzyw i przypraw ziołowych do ryb, które doskonale komponują się z gotowanymi potrawami i są bogate w witaminy.

Na świątecznym stole powinny znaleźć się sałatki warzywne o różnej kompozycji, które będą zachwycać kolorem i smakiem uzupełnią świąteczną dietę o witaminy i składniki mineralne. Zalecane są sałatki surowe, by podczas gotowania nie straciły cennych witamin. Niewątpliwie smak sałatek uzależniony będzie od dodatków, które do nich dodamy. Najlepiej wybrać sosy na bazie jogurtu z dodatkiem czosnku lub ziołowych przypraw, a także octu winnego. Należy zrezygnować z majonezu i tłustych sosów, by nie obciążać zbyt mocno organizmu chorego na cukrzycę „złym” cholesterolem. Dobrym dodatkiem do sałatek lub spożywanym osobno są owoce w umiarkowanej ilości lub świąteczny kompot z suszu owocowego. Na koniec

kolacji wigilijnej można by zjeść mały kawałek ciasta drożdżowego z bakaliami czy makowca. Tak więc mając takie bogactwo jedzenia na świątecznym stole chcieliby się pofolgować swojemu apetytowi bez umiaru. Przemyślany wybór potraw na stole wigilijnym i sposób ich przygotowania pozwoli choremu na cukrzycę cieszyć się świąteczną ucztą z bliskimi, a umiar w jedzeniu da możliwość skosztowania każdej potrawy w małej ilości.

A w prezencie dla siebie samego chory na cukrzycę po kolacji wigilijnej powinien zrobić 30-40 minutowy spacer ciesząc się świątecznym nastrojem z bliskimi.

Dobrych i spokojnych Świąt Bożego Narodzenia.

Danuta Cybulska
lek. spec. diabetolog



Kącik Dobrej Książki

"A to miej na pilnej pieczy,
abyś czytał, kiedy tylko możesz"

Mikołaj Rej

Zacytowane słowa Mikołaja Reja, wypowiedziane dawno temu są uniwersalne i nie straciły na ważności i aktualności.

Książki rozbudowują naszą wyobraźnię i kreatywność, kształtują charakter oraz rozwijają umysł.

Warto czytać, ponieważ dzięki książkom rozwijamy pamięć, zdobywamy umiejętność poprawnego pisania, nie robimy rażących błędów, co ma istotny wpływ na nasz wizerunek. Książka dostarcza nam wiedzy o innych krajach i kulturach, o przyrodzie, technice, historii. Rozwijają nasze uczucia i zdolność do empatii. Wyrabia w nas umiejętność wczucia się w czyjąś sytuację, dodaje sił i zapału, dostarcza rozrywki i emocji. Może rozśmieszyć lub zasmucić do łez. Dla mnie książka jest wiernym przyjacielem, towarzyszem w samotności. Pomaga udowodnić, że często jedno pytanie ma dużo odpowiedzi, a na problem można spojrzeć z różnych stron. Książka pomaga mi zrozumieć siebie, umacnia w poczuciu własnej wartości. Jest jak narkotyk. Uwielbiam czytać!

Chciałabym podzielić się z moimi koleżankami i kolegami recenzjami książek, zachęcić do sięgnięcia po lekturę, zaproponować „coś”, od czego ciężko się oderwać. Chcę polecić książki, które na długo zostają w pamięci, a z chwilą przewrócenia ostatniej strony pojawia się żal.... że to już koniec.

Zacznę od pozycji „z naszego podwórka” - „Medyczka z Bolonii”, Wolf Serno. Jest rok 1552, rzecz dzieje się w Bolonii. Główną bohaterką jest Carla, która rodzi się z oszpeconą twarzą. Podwójnie naznaczona przez los - znamieniem na twarzy, które inkwizycja traktuje jako znak czarownicy, i wielkim talentem medycznym. Nosząc „vogilia di peccato”, co po włosku oznacza „znięcie grzechu”, dziewczynka wyróżnia się spośród rówieśników. Zdana jest jedynie na matkę, pobożną i małomówną kobietę. Nie mogąc legalnie uczęszczać na studia medyczne, potajemnie ze strychu uniwersytetu bolońskiego przysłuchuje się wykładom wybitnego chirurga Gasparego Tagiacozii. Wkrótce zostaje jego asystentką i kochanką. Asystuje przy operacjach mistrza, zdobywając wiedzę, ale nie udaje jej się zdobyć serca słynnego medyka. Wykorzystana i odepchnięta nie rezygnuje ze swoich marzeń. Zaczyna w sekrecie leczyć ludzi biednych, pokrzywdzonych przez los, żebraków, narażając się siepaczom inkwizycji. Super książka. Intrygująca podróż w zakamarki historii. Autor, Wolf Serno napisał ją po mistrzowsku. Polecam (i mogę pożyczyć), gdyż naprawdę warto przeczytać!!!

A druga propozycja to „Gorzka czekolada” Lesley Lokko. Lekka, wciągająca, wzruszająca i trzymająca w napięciu powieść o przyjaźni, odwadze, radzeniu sobie w życiu i oczywiście o miłości. To książka, którą czyta się jednym tchem (też mogę pożyczyć!). Głównymi bohaterami „Gorzkiej czekolady” są trzy młode dziewczyny: Melanie, Laura oraz Ameline. Żadna z nich nie ma łatwego życia, popełniają błędy, za które później płacą. Melanie jest córką znanego piosenkarza. Pewnego dnia zauważa, jak działa na swojego ojczyma i wdaje się z nim w romans. Nakryta przez matkę zostaje wysłana do Los Angeles.

Laura i Ameline wychowywały się razem. Laura wdała się w romans ze starszym mężczyzną, z którym zachodzi w ciążę i dlatego zostaje odesłana do Chicago. Trzecia z dziewczyn zostaje na Haiti. Jednak z przyczyn politycznych jest zmuszona opuścić ojczyznę. Śledzimy dziesięć lat z życia bohaterek. Trzy siedemnastolatki rozpaczliwie szukające akceptacji i miłości. Okazuje się jednak, że dorosłe życie ma smak gorzkiej czekolady.

Ciekawa lektura: lekka, miła i przyjemna. Super przebój, a przy tym bardzo mądra książka z wielką dawką realiów. Kapitalna historia o poszukiwaniu miłości, partnera na całe życie oraz swojego miejsca na ziemi. Miłość, seks, przygoda oraz wielki świat. Koniecznie tę pozycję trzeba wchłonąć w szare, długie zimowe wieczory.

Postanowiłam prowadzić **Kącik Dobrej Książki**, by udowodnić, że nie tylko ja jestem uzależniona od dobrej prozy.

**Pozdrawiam
Dorota Fenkanin
Chirurgia Naczyniowa
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie**



KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



WRZESIEŃ 2013 ROK

3-4 września 2013 r.

- udział przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w Konferencji naukowo-szkoleniowej pt. „Pielęgniarstwo XXI wieku – profesjonalizm czy etos”

6 września 2013 r.

- udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu Rady Społecznej WSPL w Szczecinku

10 września 2013 r.

- posiedzenie Prezydium ORPiP

12 września 2013 r.

- posiedzenie Komisji Położnych

23 września 2013 r.

- posiedzenie Komisji Kształcenia ds. refundacji

24 września 2013 r.

- posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

27 września 2013 r.

- posiedzenie Komisji Socjalnej

PAŹDZIERNIK 2013 ROK

1 października 2013 r.

- posiedzenie Komisji POZ

7 października 2013 r.

- udział Wiceprzewodniczącej w inauguracji roku akademickiego w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Koszalinie

8 października 2013 r.

- posiedzenie Komisji ds. 5-letniej przerwy

10 października 2013 r.

- posiedzenie Kadry Kierowniczej

15 października 2013 r.

- posiedzenie Prezydium ORPiP

17 października 2013 r.

- Konferencja naukowo-szkoleniowa „WOKÓŁ NOWORODKA”

LISTOPAD 2013 ROK

14 listopada 2013 r.

- szkolenie na temat Problem przewlekłej niewydolności żyłnej w praktyce pielęgniarskiej

19 listopada 2013 r.

- posiedzenie Prezydium ORPiP

20 listopada 2013 r.

- posiedzenie Komisji ds. 5letniej przerwy

25 listopada 2013 r.

- posiedzenie Komisji ds. Opieki Długoterminowej

26 listopada 2013 r.

- warsztaty edukacyjne dla położnych i pielęgniarek zorganizowane przez OIPiP w Koszalinie i firmę PELARGOS nt. „Cukrzyca ciążowa” 2. Synbiotyki XXI wieku. 3. Przyjaciele w bezpiecznej, skutecznej i wygodnej pielęgnacji dziecka od pierwszych lat życia 4. Ochrona karmienia piersią – nowe rozwiązania LOVI wspomagające laktację

28 listopada 2013 r.

- posiedzenie Komisji ds. Położnych

GRUDZIEŃ 2013 ROK

02 grudnia 2013 r.

- posiedzenie Komisji ds. POZ

03 grudnia 2013 r.

- posiedzenie Komisji Kształcenia ds. Refundacji

04 grudnia 2013 r.

- posiedzenie Komisji Epidemiologicznej

10 grudnia 2013 r.

- posiedzenie Komisji Rewizyjnej

14 grudnia 2013 r.

- posiedzenie ORPiP

17 grudnia 2013 r.

- spotkanie Pełnomocnych Przedstawicieli ORPiP

30 grudnia 2013 r.

- posiedzenie Komisji Rewizyjnej

Opinia Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w sprawie samodzielnego użytkowania i obsługi zastosowanego u pacjenta portu naczyniowego przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne, bez obecności lekarza, w warunkach domowych

Szczecin, 11.02.2013 r.

Sz. Pani
mgr Jolanta Zagowańko

Prezes Oddziału Terenowego
w Koszalinie
Kolegium Pielęgniarek i Położnych
Rodziny w Polsce

Opinia Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

dotyczy: odpowiedzi na zapytanie dotyczące samodzielnego użytkowania i obsługi zastosowanego u pacjenta portu naczyniowego przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne, bez obecności lekarza, w warunkach domowych z dnia 10.01.2013 roku.

Odpowiedź:

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej z kursem kwalifikacyjnym pielęgniarstwa rodzinnego może podawać leki do wkłucia centralnego/portu naczyniowy w domu pacjenta wyłącznie po ukończeniu kursu specjalistycznego w tym zakresie. Ponieważ takiego kursu nie ma w ofercie kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych, pielęgniarki powinny przejść przeszkolenie w zakresie obsługi i pielęgnowania portu naczyniowego/wkłucia centralnego.

Uzasadnienie:

Podstawą prawną wykonywania zawodu pielęgniarki jest ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z dnia 23 sierpnia 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm. - 2012-01-01 zm. Dz.U.2011.291.1707 art. 16) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresy świadczeń zapobiegawczych diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540). W paragrafie § 1 ust. 1 pkt 3 ppkt s cytowanego powyżej rozporządzenia czytamy:

„Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń leczniczych obejmujących podawanie na zlecenie lekarskie dożylnie, zewnątrzoponowe i podskórne leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych objętych opieką paliatywną, z uwzględnieniem nowoczesnych technik (stosowanie analgezji sterowanej przez chorego - PCA, ciągłego podawania leków i płynów podskórnie przy użyciu zestawu „Butterfly” oraz infuzorów), pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.”

Przepis ten dotyczy pielęgniarki opieki paliatywnej a ustawodawca w rozporządzeniu nie precyzuje jaki to ma by kurs specjalistyczny.

Zakres zadań pielęgniarki POZ precyzuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.) w katalogu świadczeń przewidzianych dla pielęgniarki POZ przewiduje w części 1 ust. 1 pkt załącznika nr 2 wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) w załączniku nr 2 zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w części II pkt A zakres zadań pielęgniarki POZ w ust. 6 pkt 2 wskazuje na obowiązek

podawania leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórych oraz wykonywanie wlewów dożylnych.

Wskazując na uprawnienia pielęgniarki w zakresie udzielania świadczeń samodzielnie bez zlecenia lekarskiego należy mieć na uwadze treść § 9 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresy świadczeń zapobiegawczych diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540), zgodnie z którym pielęgniarka, położna przy podejmowaniu czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego.

Ramowy program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek nie przewiduje w programie kształcenia i wykazie umiejętności czynności polegających na podaniu leku u do wkłucia centralnego/portu naczyniowego. Jedynie w programie kursu specjalistycznego: Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową dla pielęgniarek uwzględniono treści dotyczące pielęgnowania dziecka z portem naczyniowym. Obsługa i pielęgnowanie chorych z portami naczyniowymi zawierają się w kwalifikacjach pielęgniarki ogólnej uzyskanych po ukończeniu studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Nie ma podstaw prawnych regulujących podawanie leków i pielęgnowanie portów naczyniowych u osób dorosłych i dzieci. Jednakże opracowane zostały wytyczne dla pracowników ochrony zdrowia zakładających cewniki donaczyniowe i porty naczyniowe. Według wytycznych - "porty obsługują wykwalifikowane pielęgniarki". W wielu zakładach precyzują to wewnętrzne przepisy. W celu zapobiegania wystąpieniu powikłań związanych z użytkowaniem portów naczyniowych opracowane zostały standardy dotyczące szkoleń personelu:

a) każda pielęgniarka podająca przez porty leki lub płyny oraz wykonująca zabiegi pielęgnacyjne powinna być odpowiednio przeszkolona w tym zakresie;

- rodzaj i sposób szkolenia powinien być zgodny z odpowiednim zaświadczeniem.

Szkolenie pielęgniarek powinno być etapowe: szkolenie wprowadzające (podstawowe), a następnie coroczne szkolenie przypominające w ramach kształcenia ustawicznego. W trakcie szkoleń pielęgniarki poznają standardy pielęgnowania, możliwe do wystąpienia powikłania, oraz sposoby ich rozpoznawania.

- http://onkologia.zalecema.med.pl/tom1/ptok_2011,17_Porty.pdf.

Podobne wskazania dotyczące szkoleń opracowano z ogólnych wytycznych amerykańskich, z udziałem różnych towarzystw naukowych. Konsultacja w Polsce: prof. dr hab. med. Waleria Hryniewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w Warszawie; dr med. Tomasz Ozorowski, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu:

1. Zgodnie z zaleceniami producenta w celu zapobiegania zakażeniom związanym z cewnikami donaczyniowymi należy kształcić personel medyczny w zakresie wskazań do stosowania cewników wewnątrznaczyniowych, odpowiednich procedur ich zakładania i pielęgnacji, jak również stosowania właściwych metod kontroli zakażeń. Należy okresowo kontrolować znajomość i stosowanie się do wytycznych u wszystkich osób biorących udział w zakładaniu i pielęgnacji cewników donaczyniowych.

2. Do zakładania i pielęgnacji cewników donaczyniowych obwodowych i centralnych należy wydelegować wyłącznie wyszkolone osoby posiadające odpowiednie kompetencje.

3. Należy zapewnić odpowiedni poziom opieki pielęgniarskiej na oddziałach intensywnej terapii (OIT). Wyniki badań obserwacyjnych wskazują, że zwiększenie odsetka "przypadkowych pielęgniarek" lub zwiększenie liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę prowadzi do zwiększenia ryzyka szerzących się z prądem krwi zakażeń związanych z cewnikami donaczyniowymi (catheter-related bloodstream infection- CRBSI) na OIT, na których pielęgniarki zajmują się chorymi z cewnikami centralnymi (central venous catheter - CYC); <http://nagle.mp.pl/wytyczne/show.html?id=65782>.

W związku z powyższym pielęgniarka, która nie odbyła szkolenia w zakresie obsługi i pielęgnowania portu naczyniowego, nie posiada uprawnień do podłączania wlewow kropłowych, pobierania krwi i pielęgnowania portów naczyniowych w warunkach domowych.

Z poważaniem
dr Bożena Mroczek
Konsultant wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
woj. zachodniopomorskie

Opinia w sprawie delegowania pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, podczas gdy nie odbywają się zabiegi, do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały np.. zachowawcze, zabiegowe, intensywnej opieki medycznej, izbę przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa, także takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego, za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka, a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy.

W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego. W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewłaściwe, bowiem naruszają zasadę tzw. hermetyzacji bloku. Po wejściu w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapki, maski i zdezynfekowanego obuwia, personel nie może opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń, jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Taki ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarno-higienicznego, ładu i porządku. Jednak, aby wymagać od wysoko

wykwalfikowanej kadry personelu pielęgniarskiego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wyżej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 i upubliczniony w dokumencie pod nazwą „Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie, stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, ich aspekty prawne, prawa pacjentów, aspekt roszczeń w kontekście zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarskiego.

Wniosek:

Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.

Reasumując:

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym bloków operacyjnych w porozumieniu z personelem stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa chorych i personelu.

dr n. med. Beata Ochocka
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa
Epidemiologicznego

Zalecenie Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W związku z wejściem od 1 stycznia 2013 roku nowego rozporządzenia o sposobach ustalenia minimalnych norm zatrudnienia przywołanego powyżej oraz zgodnie z art. 50 ust.1 ustawy o działalności leczniczej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustala kierownik podmiotu leczniczego po zasięgnięciu opinii:

1. Przedstawiciele kierujących jednostkami i komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym.
2. Przedstawiciele organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych na terenie działania podmiotu.

Korzystając z tego ustawowego uprawnienia zaleca się powołanie w każdym podmiocie leczniczym zespołu pielęgniarek i położnych (najlepiej wspólnie z przedstawicielami samorządu i związków zawodowych), który dokona oceny ustalonych przez kierownika norm zatrudnienia. Ocena powinna obejmować obsady pielęgniarek i położnych na dyżurach dziennych i nocnych w wybranych oddziałach.

Podstawą do liczenia norm zatrudnienia stanowią kryteria oraz poszczególne kategorie opieki właściwe dla wybranych rodzajów działalności zamieszczone w załącznikach do rozporządzenia. Tzw. „kategoryzacja pacjentów” zamieszczona w tabelach umożliwia ocenę pacjentów w zakresie wskazanych kryteriów obejmujących między innymi: aktywność fizyczną, higienę, odżywianie, wydalanie. Tabele te ułatwiają zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniej kategorii opieki w poszczególnych oddziałach szpitala. W przywołanym akcie prawnym brak jednak określenia czasu właściwego dla wykonania świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w stosunku do pacjentów zakwalifikowanych odpowiednio do I, II lub III kategorii opieki.

Mając świadomość ograniczeń wynikających z obowiązującego rozporządzenia oraz uwzględniając aktualny stan wiedzy w zakresie planowania obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych dotyczących uśrednienia czasów jakie należy przeznaczyć na wykonanie świadczeń pielęgniarstkich bezpośrednich należy przy obliczeniach minimalnej normy zatrudnienia skorzystać z zaproponowanych czasów:

1. Dla oddziałów o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarstkiej, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarstkich bezpośrednich wynoszących odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 1 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku I kategorii - 38 minut na dobę na pacjenta,
b) w przypadku II kategorii - 95 minut na dobę na pacjenta,
c) w przypadku III kategorii - 159 minut na dobę na pacjenta,
Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniujący od 5-10 %.

2. Na oddziałach o profilu psychiatrycznym, lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy opiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarstkiej, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarstkich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 2 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku I kategorii - 40 minut na dobę na pacjenta,
b) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na pacjenta,
c) w przypadku III kategorii - 160 minut na dobę na pacjenta,
Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniujący od 5-10 %.

3. Dla zespołu porodowego lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne w stosunku do rodzących siłami natury, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 3 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku I kategorii - 137 minut na dobę na rodzącą siłami natury,
b) w przypadku II kategorii - 274 minut na dobę na rodzącą siłami natury,
c) w przypadku III kategorii - 328 minut na dobę na rodzącą siłami natury.

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniujący od 5-10 %.

4. Dla zespołu porodowego lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu ciąży powikłanej lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 4 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku II kategorii - 53 minuty na dobę na rodzącą,
d) w przypadku III kategorii - 120 minut na dobę na rodzącą.
Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniujący od 5-10 %.

5. Dla oddziału o profilu położniczo-ginekologicznego w systemie „matka z dzieckiem” lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 5 obowiązującego rozporządzenia):

e) w przypadku I kategorii - 72 minuty na dobę na położnicę

i noworodka,

f) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na położnicę i noworodka,

g) w przypadku III kategorii - 98 minut na dobę na położnicę i noworodka.

Przy ocenie ustalonych przez kierownika jednostki normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych należy również wziąć pod uwagę opinię pielęgniarki epidemiologicznej zatrudnionej w danym zakładzie.

W przypadku wydania opinii negatywnej należy ją merytorycznie uzasadnić odnosząc do obowiązujących przepisów prawnych, zapewnienia pacjentom bezpiecznej opieki w danym oddziale szpitalnym i przesłać do organu założycielskiego i Ministerstwa Zdrowia.

Kraków: 14.03.2013r.

Dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie usuwania przez pielęgniarkę kleszczy

Zgodnie z art.2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r (Dz.U.2011.174.1039) zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym i polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Art. 2 ust 1pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz U. Z 2013 r., poz.654) określa, że świadczenia zdrowotne są działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Wykonywanie zawodu pielęgniarki zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej polega w szczególności na:

1. rozpoznaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
2. rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,
3. planowaniu i sprawowaniu opieki nad pacjentem,
4. samodzielnym wykonywaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
5. realizowaniu zleceń lekarskich w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji,
6. orzekaniu o rodzaju świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,
7. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na pielęgniarkę obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń, o których mowa w art. 66 ustawy i może być uzupełniane w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych.

Biorąc pod uwagę, że usuwanie kleszczy mieści się w czynnościach określanych jako pierwsza pomoc przedlekarska ich usunięcie powinna wykonać każda przeszkolona w tym zakresie osoba, tym bardziej pielęgniarka jako przedstawiciel samodzielnego zawodu medycznego. Po wykonaniu zabiegu pielęgniarka ma obowiązek pouczenia pacjenta o konieczności obserwacji miejsca po usunięciu kleszcza oraz możliwości pojawienia się rumienia wędrującego lub innych objawów tj. gorączka powyżej 38°C, zmęczenie, ból głowy, ból pleców i kończyn, kaszel, katar, objawy żołądkowo-jelitowe, utrata łaknienia, nudności. W sytuacji zaobserwowania powyższych objawów pacjent powinien skontaktować się z lekarzem celem wdrożenia leczenia.

Kraków 09.07.2013 r.

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

Opinia konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę szczepionek dla dzieci, z którymi do punktu szczepień zgłaszają się rodzice

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) obowiązkowe szczepienia ochronne finansowane są ze środków publicznych, a realizowane przez świadczeniodawcę, z którym NFZ zawarł stosowne umowy. Natomiast w przypadku osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, koszty szczepień są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Same szczepionki, służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, zakupuje Minister Zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych. Ustawa nie wyklucza jednak podania szczepionki uzyskanej poza tym trybem. Zgodnie, bowiem z ust. 9 powołanego artykułu, osoba może się poddać obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu z zastosowaniem szczepionki innej niż nabyta przez Ministra Zdrowia. Jednak w takim wypadku ponosi koszt jej zakupu. Pielęgniarka może zatem wykorzystywać inną szczepionkę niż dystrybuowaną przez Ministra Zdrowia. Dostarczony produkt leczniczy (np. przyniesiony przez rodziców) musi być jednak dopuszczony do obrotu na terenie Polski oraz odpowiadać merytorycznym wymogom danego szczepienia, wytyczonym wspomnianym komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego. Pielęgniarka powinna również zachować warunki stosowania szczepionki określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego tego preparatu. W zasadzie w takich okolicznościach pielęgniarka nie powinna odpowiadać za ewentualne niekorzystne następstwa użycia takiego produktu. W praktyce należy jednak zachować dodatkowe środki ostrożności. Przepisy określają bowiem odpowiednie standardy przechowywania i dystrybucji szczepionek (np. z art. 18 ust. 8 ustawy wynika, iż szczepionki zakupione przez Ministra Zdrowia są transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w przepisach prawa farmaceutycznego). Wymogi te mają zapewnić trwałość i skuteczność danej szczepionki. W przypadku produktu leczniczego dostarczonego przez samego zainteresowanego może wystąpić ryzyko niezachowania tych zasad. Pielęgniarka powinna więc uprzedzić rodziców lub opiekuna prawnego o zaistnieniu zagrożenia i uzyskać od nich informację na temat przechowywania czy dystrybucji danej szczepionki (tzn. odebrać odpowiednie oświadczenie na piśmie o ww. okolicznościach-formularz zgody i odmowy zgody na szczepienie oraz formularz dotyczący wykorzystania szczepionki dostarczonej przez pacjenta). Jeśli istnieją w tym zakresie uzasadnione wątpliwości (np. pacjent nie wie, nie jest pewien lub rażąco naruszył wymagane warunki), pożądana jest odmowa pielęgniarki użycia dostarczonego produktu. Na mocy bowiem art. 11 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, pielęgniarka wykonuje swój zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowania praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto art. 12 ustawy stanowi, że pielęgniarka może odmówić wykonanie zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji, podając przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej. W przypadku odmowy pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. W sytuacji więc, gdy pielęgniarka ma uzasadnione wątpliwości co do jakości szczepionki transportowanej i/lub przechowywanej w niewłaściwych warunkach, powinna odmówić jej wykorzystania i zasugerować produkt, który wątpliwości tych nie stwarza (dotyczy to także przypadków, gdy szczepionka przechowywana w lodówce pacjenta uległa zamrożeniu, np. w wyniku umieszczenia jej

w zamrażalniku lub w bezpośrednim kontakcie z oblodzoną ścianą lodówki).

Odebranie wspomnianego powyżej oświadczenia jest wskazane, gdyż wykonanie szczepienia wymaga odpowiedniego udokumentowania. Na mocy bowiem art. 17 ust. 8 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne zostały zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, w tym przechowywania karty uodpornienia oraz dokonywania wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia. Rozwinięcie tej powinności następuje w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086.).

Zgodnie z jego § 9, ust. 1, informacje na temat szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane:

- a) w karcie uodpornienia, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia,
- b) w książeczce szczepień, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, stanowiącej odrębną część włączoną do książeczki zdrowia.

W obu tych dokumentach należy odnotować informacje na temat nazwy użytej szczepionki, numeru jej serii oraz daty szczepienia. Dane te zamieszcza się w odpowiednich rubrykach na formularzu, odnośnie do poszczególnych rodzajów szczepień. Kartę uodpornienia przechowuje – jak wspomniano – osoba przeprowadzająca szczepienie ochronne. Natomiast książeczkę szczepień założoną dla dziecka przekazuje się za pokwitowaniem jego przedstawicielowi ustawowemu (osobie sprawującej prawną pieczę nad dzieckiem) lub opiekunowi faktycznemu.

Kraków 08.04.2013 r.

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie pobierania i oznaczenia przez pielęgniarkę badań laboratoryjnych w oddziałach szpitalnych

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Samodzielne wykonywanie przez pielęgniarkę badań diagnostycznych zostało uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540). § 1 pkt 2 lit. c-h przywołanego rozporządzenia określa, że pielęgniarka jest uprawniona jest do wykonywania samodzielnego bez zlecenia lekarskiego czynności wskazanych w cytowanym wyżej rozporządzeniu.

Należą do nich:

- a) kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiału do badań diagnostycznych pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- b) kierowanie na badania lub pobieranie materiału do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocinę, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny) pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- c) wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
- d) oznaczenia glikemii za pomocą glikometru,
- e) wykonywania pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnografii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Załącznik nr 1 do przywołanego rozporządzenia wskazuje, że pielęgniarka jest uprawniona do samodzielnego pobierania krwi, ale nie jest uprawniona do samodzielnego wykonania badania krwi i materiałów oraz autoryzacji wyników badań.

Zgodnie z art. 2 pkt 4 i art. 6 i 6a ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 144, poz. 1529 z późniejszymi zmianami) do wykonania badania uprawniony jest wyłącznie diagnosta laboratoryjny lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie przydatnej w diagnostyce, licencjat analityki medycznej oraz osoba posiadająca studia wymienione w art. 7 ust 1 pkt 2 ustawy i mając prawo do podjęcia kształcenia podyplomowego. Autoryzację wyniku badań może przeprowadzić tylko i wyłącznie diagnosta lub lekarz z odpowiednią specjalizacją. Pobrany przez pielęgniarkę materiał do badań powinien być przekazany do badań diagnostycznych. Wykonywanie przez pielęgniarkę badań między innymi tj. oznaczenie równowagi kwasowo-zasadowej, elektrolitów jonogram w oddziałach szpitalnych stanowi naruszenie art. 6 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, który wskazuje, że czynności diagnostyki laboratoryjnej muszą być wykonywane w laboratorium.

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie przekazywania raportów pielęgniarstkich w formie ustnej

W aktualnie obowiązującym systemie prawnym **brak przepisów regulujących formę, w jakiej mogą być przekazywane raporty pielęgniarstkie**. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) nie uwzględnia formy ustnej raportów pielęgniarstkich jedynie odnosi się do księgi raportów pielęgniarstkich. Zawartość księgi raportów pielęgniarstkich została określona w § 31 przywołanego rozporządzenia. Przepisy prawne nie zabraniają wprowadzenia drogą decyzji pracodawcy obowiązku jedynie pisemnego przekazywania raportu pielęgniarstkiego.

Nie bez znaczenia jednak dla oceny zasadności wprowadzenia jedynie pisemnego przekazywania raportów pielęgniarstkich jest niezmiennie stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (*nr 43 z dnia 16 czerwca 2010 roku w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarstkich w formie ustnej i pisemnej*), zgodnie z którym istnieje bezwzględna konieczność przekazywania raportów pielęgniarstkich w formie pisemnej i ustnej. Podobną opinię prezentuje Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stwierdzając, iż forma pisemna nie może zastąpić ustnego przekazywania raportu, gdyż zmiana rozporządzająca dyżur musiałaby mieć min. 1 godzinę na szczegółowe przeczytanie wszystkich zapisów w poszczególnych drukach dokumentacji medycznej, bez świadczenia w tym czasie usług zdrowotnych, co stanowiłoby zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów (*stanowisko PTP w sprawie czasu pracy przeznaczonego na raport pielęgniarstki z dnia 17 marca 2010 roku*).

Osobiście przychyliam się do stanowisk NRPiP oraz PTP w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarstkich w formie pisemnej i ustnej. W mojej opinii przekazywanie raportów pielęgniarstkich tylko w formie pisemnej jest niewystarczające. Przekazywanie raportów pielęgniarstkich w formie pisemnej i ustnej ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz dbania o wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie w podmiotach leczniczych zakazu przekazywania raportów pielęgniarstkich w formie ustnej uważam za niedopuszczalne, bowiem stanowi bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa opieki. Ponadto podmiot leczniczy zgodnie z Kodeksem pracy jest zobowiązany do stworzenia bezpiecznych warunków pracy pracownikom, a jako świadczeniodawca – do bezwzględnego wywiązywania się z podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców.

dr hab. Maria Kózka

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę leków odczulających w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej

Leczenie odczulające wykonuje się preparatami do alergicznej immunoterapii swoistej, które są lekami silnie działającym, bowiem istnieje możliwość występowania po ich podaniu powikłań takich jak wstrząs anafilaktyczny i zgon. Wskazaniem do ich podawania są wybrane choroby alergiczne. Do podawania alergicznej immunoterapii swoistej uprawnieni są lekarze z kwalifikacjami w dziedzinie alergologii, wiedzą i doświadczeniem w prowadzeniu tego typu leczenia. Przy podawaniu leków obowiązuje zasada przestrzegania zaleceń producenta, zasad kwalifikacji do leczenia, wyboru preparatu i monitorowania leczenia. Biorąc pod uwagę zagrożenia związane z leczeniem Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Alergologicznego opracował szczegółowe warunki prowadzenia alergicznej immunoterapii swoistej, które zostały zamieszczone w części I Standardów w Alergologii. Zgodnie z zasadami kontraktowania świadczeń zdrowotnych podawanie alergicznej immunoterapii wchodzi w zakres badania lekarskiego i należy do uprawnień lekarza. Pielęgniarka bez względu na poziom i rodzaj ukończonego kształcenia nie jest uprawniona do podawania wyżej wymienionych leków.

Przedstawione stanowisko jest zgodne ze stanowiskiem konsultanta krajowego oraz województwa małopolskiego w dziedzinie alergologii.

Kraków, luty 2013 r.

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w sprawie samodzielnego nadzoru nad pacjentem w czasie znieczulenia miejscowego oraz uprawnień pielęgniarki anestezyjologicznej do podawania leków na ustne zlecenie.

Pielęgniarka anestezyjologiczna w myśl *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 7 stycznia 2013 r. poz 1315)* współpracuje przy wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego z lekarzem anestezyjologiem, dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną.

Podobnie w przypadku znieczuleń do zabiegów chirurgii jednego dnia lub dokonywania znieczulenia do zabiegów diagno-stycznych w trybie leczenia jednego dnia świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić opiekę lekarza anestezyjologa i pielęgniarki anestezyjologicznej, warunki powyższe określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W zakresie wykonywania przez pielęgniarkę zleceń lekarskich należy się kierować zapisem art. 15 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który określa, że *pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, wyjątek stanowią mogą zlecenia wykonywane w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego*.

Reasumując w odniesieniu do powyższych zapisów prawa, pielęgniarka anestezyjologiczna uczestniczy w znieczuleniu miejscowym z lekarzem anestezyjologiem oraz wykonuje zlecenia związane z prowadzonym znieczuleniem i zapisane w dokumentacji medycznej.

Poznań, 10.10. 2013 r.

Danuta Dyk
Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezyjologicznego i Intensywnej Opieki

DEPRESJA POPORODOWA

„Znacznie lepiej jest zapobiegać chorobie niż ją leczyć, podobnie jak lepiej jest zawczasu przewidzieć burzę i ratować się przed nią, niż być przez nią porwanym.”

Bernard Ramzzini

Zdrowie psychiczne to niezwykle ważny obszar naszego życia. Dotyczy zarówno osób zdrowych, normalnie funkcjonujących w społeczeństwie, jak i osób chorych.

W obecnych czasach mówi się też o człowieku jako integralnej całości - przez co rozumiem jego sferę somatyczną, psychiczną i duchową jako nierozdzielalną część psychiki. W tym wymiarze psychika ludzka powinna stać zawsze na pierwszym miejscu, ponieważ zdarzają się sytuacje szczególne, jakimi są choroby psychiczne, które często powodują wielkie przerażenie, lęk środowiska, a więc stany, których specyfika wymaga od osób niosących pomoc szczególnej wrażliwości, zaangażowania, wiedzy, czyli profesjonalnego przygotowania.

Wśród naszego społeczeństwa powszechne jest przekonanie, że związek kobiety i jej nowonarodzonego dziecka jest niezniszczalny i uświęcony przez instynkt macierzyński. Wizerunek młodej matki tulącej niemowlę - to symbol bezgranicznej miłości, oddania, poczucia bezpieczeństwa, to gwarancja pokonania wszelkich trudności.

Występujące bardzo często po porodzie: lęk, niepewność, przygnębienie, apatia, nabierają w tym kontekście wymiaru patologii stając się skazą na kobiecości.

Analizując różne procesy psychiczne, takie jak myślenie, pragnienia, uczucia możemy twierdzić, że wykazują one pewną stałość i organizację wewnętrzną. Dzięki centralnemu systemowi regulacyjnemu każdy człowiek przejawia określone nastawienie emocjonalne, oczekiwania, integruje też różnego rodzaju informacje, tworząc określone reprezentacje poznawcze ludzi, sytuacji i wydarzeń. Popularne zdanie F. Bacona *Możemy dokładnie tyle ile wiemy* to istota znaczenia procesu poznawczego, który wytycza kierunek zachowania człowieka, określa jego emocje, sposób myślenia - czyli reguluje cały proces psychiczny.

Ciąża jest okresem wielkiej przemiany biologicznej, psychologicznej i społecznej w życiu kobiety. Każda przeżyta ciąża pozostawia w jej ustroju ślady, a w opiece położniczej chodzi o to, aby one były jak najmniej odczuwalne i widoczne. Połóg obok ciąży i porodu to okres bardzo dynamiczny, chociaż procesy w nim zachodzące, wcale tak dynamicznie nie przebiegają. Cofanie się zmian ciążowych i porodowych polegające na powrocie macznych narządów do pierwotnego położenia, kształtu i stanu, a więc funkcji fizjologicznych niejednokrotnie przysłaniają problemy emocjonalne kobiety. Problemy emocjonalne, nierozwiązane w tym okresie mogą mieć długotrwały wpływ na rodzinę, na kształtowanie się więzi uczuciowych między matką a dzieckiem, wreszcie na samą kobietę.

Czynnikami warunkującymi stan emocjonalny kobiety w okresie okołoporodowym są:

- subiektywne odczucia kobiety związane z ciążą i porodem - samopoczucie, przebieg ciąży;
- sytuacja rodzinna, ekonomiczna, społeczna;
- przebieg porodu - fizjologiczny, operacyjny;
- jakość opieki poporodowej - system rooming-in, przebieg karmienia piersią, opieka nad noworodkiem-problemy, uzyskane wsparcie i pomoc;
- zmiany hormonalne związane z ciążą i porodem - nadwrażliwość, sugestywność;

- relacje małżeńskie, partnerskie - konflikty w ciąży nieplanowanej;
- jakość przygotowania do ciąży, porodu i położu
- osoby bliskie i personel medyczny- postawy: akceptacja, wsparcie, pomoc, wzrost zależności;
- osobowość kobiety przed zajściem w ciążę - indywidualna skłonność do zaburzeń psychicznych uwarunkowana genetycznie, doświadczenia z dzieciństwa;
- relacje z własnymi rodzicami, wahania nastroju, fobie i lęki;
- bardzo młode matki- tj. poniżej 18 roku życia;
- niepowodzenia ciąży lub strata dziecka;
- matki samotne, nie mogące liczyć na żadne źródło wsparcia.

Ze względu na siłę emocjonalnego zaangażowania i zmianę sytuacji życiowej okres okołoporodowy jest najbardziej narażony na różnego rodzaju trudności emocjonalne i zaburzenia psychiczne. Mimo, że poród to okres przeważnie szczęśliwy i twórczy, to ryzyko owych zaburzeń jest bardzo duże. Nowonarodzone dziecko, w sposób dobitny zmienia dotychczasowy rytm i życie kobiety. Staje ona wobec nowej bardzo odpowiedzialnej roli, która może generować niepokój, brak wiary w swoje umiejętności, doświadczenia, a w końcu w konsekwencji niską samoocenę.

Amerkańscy psychiatrzy ocenili na podstawie badań, że urodzenie dziecka szesnastokrotnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia problemów emocjonalnych i zaburzeń psychicznych o różnym nasileniu. Psychologiczne komplikacje po porodzie mają tło: hormonalne, osobowościowe, i społeczne.

Myśląc i mówiąc o naszej położnicy, u której występuje zmiana hormonalna, odreagowanie po porodzie, zmęczenie, brak informacji, wejście w nową rolę-matki, lęk przed nieznanym, prowadzi do przemęczenia fizycznego to zaś do obniżenia odporności psychicznej pod postacią zaburzeń psychicznych okresu poporodowego. Pogorszenie nastroju, rozdrażnienie czy bezsenność mogą być psychologicznie uzasadnione i interpretowane jako odreagowanie sytuacji stresującej po spełnionym zadaniu, jakim była ciąża i poród, ale równoczesne uchwycenie zmian niepokojących w zachowaniu kobiet, przez położne, pielęgniarki oddziałów położniczo-noworodkowych, później środowiskowych i rodzinnych oraz odpowiednia ich interpretacja, pozwala na wczesną pomoc w zaburzeniach okresu poporodowego.



W literaturze przedmiotu można spotkać występujące terminy: depresja trzeciego dnia, depresja poporodowa, psychozy poporodowe, zespół stresu poporodowego.

Depresja trzeciego dnia lub *Baby blues* to stan, który po porodzie przeżywa około 85% kobiet. Nie jest on zaburzeniem psychicznym, a raczej częścią procesu adaptacji do roli matki. Jest to okres emocjonalnego rozchwiania 2-4 doba po porodzie, związany z przestrojeniem hormonalnym i z poczuciem odpowiedzialności. Kobieta w tym okresie staje się: płacziwa, smutna bez powodu, bezradna, szybko się irtuje wobec personelu i osób bliskich, występują u niej: lęk, obawa, słaba koncentracja i brak zaufania do siebie. Wynika to z nowych obowiązków wobec dziecka, którym na początku nie jest w stanie sprostać i często prowadzi to do poczucia winy i samooskarżania się: *jestem złą matką, nie nadaję się*.

Czynnikami sprzyjającymi występowaniu *Baby blues* są: poród pierwszego dziecka, ponadprzeciętna potrzeba opieki w czasie ciąży, negatywne lub ambiwalentne uczucia związane z porodem, ból, brak opieki i zainteresowania ze strony personelu (w subiektywnym odczuciu matki). Często okres pierwszych trudności laktacyjnych, w tym brak pokarmu lub nawet pokarmowy zbiega się z *blękitnym nastrojem* lub wręcz go wywołuje. Depresja trzeciego dnia trwa od około 10 dni do 2 tygodni, czasem przedłuża się do miesiąca, mieści się w klinicznym sensie, obszarze subdepresji, jednak objawy poważnie nie wpływają na zdolność kobiety do prawidłowego funkcjonowania, pogarszają natomiast jakość jej życia. Stan ten nie wymaga leczenia farmakologicznego, na ogół ustępuje samoistnie.

Ponieważ z niejasnych do końca przyczyn, u części kobiet z *Baby blues* rozwija się pełnoobjawowy obraz depresji, to podjęcie działań terapeutycznych w tym okresie może mieć znaczenie profilaktyczne dla depresji poporodowej. Pomoc w tego rodzaju problemach polega głównie na działaniach edukacyjnych stosowanych wobec pacjentki i jej rodziny oraz udzieleniu wsparcia. Podstawowym zadaniem personelu medycznego jest udzielenie wyczerpującej informacji pacjentce i jej rodzinie na temat natury tych zaburzeń i uspokojenie ich. Potrzebna jest też porada, jak postępować by objawy nie nasilały się. Należy zwrócić uwagę bliskich pacjentki, na konieczność odciążenia jej w obowiązkach, umożliwienie odpoczynku, utwierdzenie kobiety w tym, że jest dobrą mamą dla swojego dziecka. Warto też wesprzeć rodziców w nauce pielęgnacji dziecka, zadbać o pomoc konsultanta laktacyjnego. Rolę edukacyjną, dostarczającą wsparcia spełniają również położne, pielęgniarki środowiskowe. Niekiedy wskazana jest też konsultacja z psychoterapeutą przeznaczona indywidualnie dla pacjentki, dla pary rodziców lub dla całej rodziny.

Uważam, że nie powinno się bagatelizować przynębienia poporodowego, ponieważ jak już wcześniej wspomniałam, u niektórych kobiet zwiększa ono ryzyko rozwinięcia się depresji poporodowej. Kobiety w położu (który trwa 6 tygodni) należy bacznie obserwować pod względem możliwości powikłań.

Czym jest więc depresja? Aby prawidłowo rozpoznać i zrozumieć depresję, należy pamiętać, że stanowi ona zespół objawów. Depresja jest *syndromem*, czyli zespołem objawów, w których dominujące znaczenie mają zaburzenia psychiczne, objawiające się uciążliwym dla otoczenia głębokim smutkiem, brakiem wiary we własne wartości i zniechęceniem do aktywnych poczynań. U części osób mogą wystąpić zaburzenia snu oraz niepokój, wyjątkowo myśli samobójcze. Depresja to nie tylko obniżony nastrój, ale stwierdzany obiektywnie i subiektywnie cały szereg objawów, które określić można mianem epizodu depresyjnego.

W obowiązującej w Polsce klasyfikacji chorób (ICD-10), depresja poporodowa nie występuje jako odrębna jednostka chorobowa, rozpoznaje się ją, gdy pojawi się do 6 tygodni po porodzie. Zalicza się ją do zaburzeń depresyjnych o podłożu somatycznym z podkreśleniem wagi czynników reaktywnych, genetycznych i psychospołecznych. Czynniki ryzyka depresji poporodowej można podzielić na trzy grupy: psychiatryczne, związane z ciążą, psychospołeczne.

- Psychiatryczne: depresje w rodzinie, przeżyta depresja poporodowa (DPP), inne zespoły depresyjne tj. CHAJ (choroba afektywna jednobiegunowa), CHAD (choroba afektywna dwubiegunowa), stan euforyczny po porodzie, objawy BB (baby blues)
- Związane z ciążą: niechciana ciąża, ciążą zagrożoną, traumatyczne doświadczenia w poprzednich ciążach, ciężki lub urazowy poród
- Psychospołeczne: trudne wydarzenia życiowe niezależne od ciąży, samotne macierzyństwo, złe relacje z matką, problemy finansowe, złe relacje w rodzinie.

Depresja poporodowa może jednak dotknąć i te kobiety, które przed urodzeniem dziecka dobrze sobie radziły i nie miały żadnych poważniejszych problemów, czyli nie znajdowały się w żadnej grupie ryzyka.

Objawy depresji poporodowej to w dużej mierze typowe objawy depresyjne, takie jak w innego rodzaju zaburzeniach afektywnych, należą do nich:

- stały nastrój przygnębenia (smutek, brak emocji);
- negatywne myśli-depresyjna ocena rzeczywistości, wszystkie wydarzenia interpretowane są jako niepomyślne, groźne lub szkodliwe;
- poczucie beznadzieiści- matka deklaruje brak nadziei na zmianę, poprawę samopoczucia;
- poczucie winy-postrzeganie siebie w negatywnym świetle, przeświadczenie kobiety, że do niczego się nie nadaje, albo iż ponosi całą winę za to, że jest chora;
- złe samopoczucie fizyczne jak bolesność ciała (piersi, pleców, głowy, brzucha) bez wyraźnej somatycznej przyczyny – hipochondria;
- znaczne osłabienie energii życiowej- stałe uczucie zmęczenia, pogorszenie koncentracji i zdolności do podejmowania decyzji;
- anhedonia-niezdolność do przeżywania radości;
- zaburzenia snu w tym trudności w zasypianiu, wczesne budzenie się, sen przerywany, ucieczka w sen lub senność;
- zaburzenia łaknienia- utrata apetytu lub wzmożone łaknienie;
- niepokój i ciągłe pobudzenia;
- drażliwość, szczególnie w stosunku do najbliższych;
- izolowanie się i unikanie kontaktów;
- myśli samobójcze - wyobrażenia na ten temat i plany popełnienia samobójstwa.



Oprócz wyżej wymienionych objawów istnieje także specyficzna grupa objawów związanych bezpośrednio z macierzyństwem i relacją z nowonarodzonym dzieckiem. Pierwsza grupa to poczucie bezwartościowości w roli matki, druga dotyczy zaburzonego kontaktu z niemowlęciem, trzecia dotyczy nawracających myśli o śmierci własnej lub dziecka. Warto przybliżyć drugą grupę i związane z nią:

- przewrażliwienie matki na punkcie zdrowia dziecka i jego rozwoju, wyolbrzymianie drobnych trudności, zamartwianie się o karmienie, sen i płacz dziecka
- obojętność wobec potrzeb potomstwa
- trudność w odczytywaniu i zrozumieniu sygnałów wysyłanych przez dziecko
- postrzeganie dziecka jako wyjątkowo kłopotliwego
- rozdrażnienie i lęk w kontakcie z dzieckiem
- brak odczuwania przyjemności-pozytywnego wzmocnienia przy zajmowaniu się dzieckiem
- niemożność zajęcia się niemowlęciem lub opiekowanie się nim w sposób mechaniczny
- chęć oddania dziecka z poczucia braku kompetencji.

W ogólnym podejściu do depresji uważa się, że najbardziej efektywne jest leczenie skojarzone łączące podawanie leków z psychoterapią. Można powiedzieć, że leki pomagają uporać się z objawami depresji, jednak nie rozwiązują problemów z nią związanych, ponieważ kobieta, u której ustąpiły objawy depresji poporodowej musi jeszcze stawić czoła innym aspektom choroby np. swojemu poczuciu winy wobec dziecka, czy konieczności pogodzenia się z ingerencją bliskich w jej życie, bowiem stała kontrola i opieka sprawowana przez osoby bliskie może być dla niej źródłem stresu i utrudniać powrót do zdrowia. Ważna jest psychoterapia, która spełnia funkcję profilaktyczną. Może ona mieć formę krótkotrwałą (interwencja kryzysowa) bądź indywidualną. Jednak o formie psychoterapii decyduje kobieta wspólnie z terapeutą na wstępnej konsultacji.

Powszechnie wiadomo, że praktyce ginekologiczno-położniczej bardzo rzadko podejmuje się leczenie kobiety z zaburzeniami emocjonalnymi, natomiast można zapobiegać tym zaburzeniom, a także próbować je rozpoznawać jak najwcześniej. Podobnie jak w innych dziedzinach medycyny, ważne są działania edukacyjne. W opiece nad kobietą, ważną rolę spełnia średni personel medyczny w tym położne i pielęgniarki. Jedną z bardzo istotnych i potrzebnych form, należących do najbardziej efektywnych strategii profilaktycznych jest edukacja przedporodowa. Główną rolę spełnia tu Szkoła Rodzenia, w której to przyszła matka ma okazję do zdobycia wiedzy na temat ciąży, porodu i pogoju, opieki nad dzieckiem. Podczas spotkań w Szkole Rodzenia, kobieta może zgłaszać różne, istotne dla niej wątpliwości, a profesjonalści mogą ocenić czy kobieta znajduje się w grupie ryzyka czy też nie, po to by zmniejszyć wystąpienie u nich problemów i dalszych powikłań okresu poporodowego. Ważne jest też by nie idealizować porodu, ale też nie straszyć możliwymi powikłaniami.

Ogromne znaczenie ma również poszanowanie potrzeby intymności podczas porodu i zagwarantowanie przez personel medyczny poczucia bezpieczeństwa (przez odpowiedni, nie szpitalny wystrój sali porodowej, unikanie obecności zbyt wielu osób z personelu medycznego podczas porodu, udzielanie dokładnych informacji i wyjaśnień, pytanie pacjentki o zgodę na zabiegi), pozwala to zminimalizować tzw. urazowości porodu, oraz wzbudza zaufanie do personelu. Jednak nie zawsze udaje się uniknąć trudnych sytuacji, bowiem czasem występują problemy medyczne przy porodzie, które są traumą dla kobiety.

Rolą położnych i pielęgniarek jest więc zadbanie o to by poród, który nadal w naszej kulturze traktowany jest jako wydarzenie medyczne, stał się jak najmniej stresującym, przyjaznym matce i dziecku, bowiem warunki porodu, procedury medyczne z nim związane oraz działania personelu medycznego mają duży wpływ na przystosowanie kobiety do macierzyństwa.

Reasumując przygotowanie do porodu w Szkole Rodzenia daje podstawowe informacje i może wpływać na poczucie kompetencji rodzających i matek. Uważam też, że edukacja przedporodowa w Szkole Rodzenia powinna

obejmować wszystkie kobiety, a tym samym znajdować się w podstawowym standardzie opieki na kobietą w ciąży.

Warto też zauważyć, że mimo iż, temat emocjonalnych trudności kobiet po narodzinach dziecka jest poruszany częściej niż kiedyś, to wiedza na ich temat wśród ginekologów-położników, położnych i pielęgniarek, neonatologów, pediatrów jest wciąż niedostateczna. Pogłębienie wiedzy w tym zakresie to podstawa do wypracowania i wdrożenia odpowiednich schematów postępowania wobec kobiet przejawiających trudności emocjonalne.

Światowym standardem, nieosiągalnym jeszcze w większości oddziałów położniczych w Polsce, jest możliwość kontaktu z psychologiem, dlatego personel medyczny musi sobie radzić kierując się własną intuicją i wiedzą. Pomocnym narzędziem może być skala depresji poporodowej. W wielu ośrodkach na świecie skalę tę wypełniają wszystkie kobiety i służy ona jako narzędzie przesiewowe. Edynburska Skala Depresji Poporodowej jest skalą samooceny. Z badań wynika, że EPDS wykazuje się dużą czułością i specyficznością niezależnie od kręgu kulturowego. Jest dość prosta i nie wymaga zbyt długiego czasu na wypełnienie. Występuje w formie kwestionariusza, jako zestaw pytań i odpowiedzi oceniających samopoczucie pacjentki. Wynik 10 punktów i powyżej wskazuje, że matka prawdopodobnie przeżywa epizod depresyjny. Ostatni punkt dotyczący myśli samobójczych należy oceniać oddzielnie, odpowiedź twierdząca wymaga szczególnej uwagi, nawet gdy całościowy wynik nie jest zbyt wysoki. Rolą personelu medycznego jest więc wczesne wykrycie problemów kobiety, zwrócenie na nie uwagi rodzinie, przedstawienie propozycji kontaktu z psychologiem czy psychiatrą. Bardzo istotne jest wykrycie początkowych objawów zaburzeń emocjonalnych poprzez:

- zebranie wywiadu;
- zachęcanie pacjentek do opowiedzenia o przebiegu porodu - jest to istotne źródło informacji przydatnych do oceny ryzyka pojawienia się zaburzeń psychicznych, a także sposób odciążenia stresu;
- regularne monitorowanie czynników ryzyka dla poporodowych zaburzeń afektywnych;
- zachęcanie do korzystania z psychoterapii i innych niemedycznych form pomocy (grupy wsparcia dla matek małych dzieci, przekazanie kobiecie ulotek o emocjach po porodzie, oraz adresów miejsc, w których prowadzone są grupy wsparcia
- używanie narzędzi do oceny ryzyka występowania zaburzeń psychicznych i oceny stanu psychicznego (ESPD)

Tak jak już napisałam, zdrowie psychiczne to niezwykle ważny obszar naszego życia. Dotyczy nas wszystkich zarówno osób zdrowych jak i osób chorych. Kobieta i rodzina jest najważniejsza dziecka i jego prawidłowego rozwoju więc powinna być objęta kompleksową opieką przez personel medyczny, psychologa bądź terapeutę rodzin, czasem pracownika socjalnego a także instytucje niemedyczne związane z pomocą rodzinie aby zminimalizować występowanie problemów, które poruszone zostały w tej pracy.

Marzena Czajkowska

Załączniki:

1. Kwestionariusz: Czynniki ryzyka po porodzie
2. Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie: Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)

Literatura:

1. Borysewicz K., Edynburska Skala Depresji Poporodowej-zastosowanie w badaniach polskiej populacji-doniesienie wstępne. Wiadomości Psychiatryczne T4 Nr2
2. Dillon S., Benson M.CH., Kobieta i poczucie własnej Wartości, Gdańsk 2007
3. Fijałkowski W., W Szkole Rodzenia-odkrywanie radości rodzicielstwa, Gdańsk 1996
4. Kościelska M., Trudne macierzyństwo, Warszawa 1998
5. Modele ochrony zdrowia psychicznego- nowe formy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Materiały konferencyjne, Warszawa 2002
6. Ożarowski A., Stała Z., Nerwice i depresje, Kraków 2000
7. Pisarski T. (red), Położnictwo i Ginekologia, Warszawa 1991
7. Położna Środowiskowa 2/2004
8. Preskom S.H., Depresje- postępowanie w leczeniu otwartym, Wrocław 2004
9. Pużyński S., Depresje i zaburzenia afektywne, Warszawa 2009

Kwestionariusz

czynniki ryzyka po porodzie

(w trakcie wywiadu należy ustalić z pacjentką czy:) tak nie

1. Miała problemy emocjonalne w obecnej ciąży
2. Leczyła się w psychiatrycznie w przeszłości
3. Była kiedykolwiek w szpitalu psychiatrycznym
4. Zażywała jakieś leki uspokajające
5. Zażywała leki przeciwdepresyjne
6. Zażywała leki psychotropowe
7. Ma za sobą próbę samobójczą
8. Dokonywała w przeszłości samouszkodzeń
9. Przyjmowała ostatnio narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)
10. W rodzinie ktoś chorował psychicznie
11. W rodzinie zdarzały się samobójstwa
12. Przyjmowała kiedykolwiek narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)
13. W poprzednich ciążach miała problemy emocjonalne
14. Przy poprzednich porodach występowały jakieś problemy
15. Przeżywała depresję poporodową po poprzednim porodzie
16. Ostatni poród ocenia jako ciężki i urazowy
17. Przeprowadzała się w ciągu ostatnich 6 miesięcy
18. Chodziła do szkoły rodzenia
19. Jest w stałym związku z ojcem dziecka
20. Ma już dziecko specjalnej troski lub chore
21. Ma stałą pracę
22. Ma problemy finansowe
23. Jest w dobrych relacjach z własną matką
24. Ma wsparcie w dalszej rodzinie czy wśród przyjaciół

Instrukcja do kwestionariusza

„Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie”

Proponowany kwestionariusz służy oszacowaniu ryzyka pojawienia się zaburzeń emocjonalnych po porodzie.

Zaznaczone odpowiedzi są istotne dla oceny ryzyka, jeżeli umieszczone są w nich odpowiedzi, potwierdzają obecność czynnika ryzyka zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym.

W dużej części czynniki ryzyka w tym okresie podobne są do tych w ciąży.

Odpowiedź twierdząca w jednym z punktów od **1** do **9** skłaniać powinna położną i lekarza do szybkiego kontaktu z psychiatrą, leczącym pacjentkę, a jeżeli kobieta obecnie się nie leczy, należy ją nakłonić do konsultacji psychiatrycznej.

Po stwierdzeniu obecności jednego z czynników ryzyka opisanych w punktach **10-16**, należy bacznie obserwować pacjentkę i często sprawdzać jej stan psychiczny.

Ostatnia grupa pytań (od **17** do **24**) opisuje pozamedyczne czynniki ryzyka, które w porównaniu z poprzednimi są mniej istotne, ale także zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń. Stwierdzenie dwóch z nich może być sygnałem ostrzegawczym dla położnika.

Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie (aut. Joanna Krzyżanowska-Zbucka)**Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)** wersja dla badanej

Imię i Nazwisko Wiek dziecka.....Data.....

Pytania dotyczą pani samopoczucia w ciągu ostatniego tygodnia. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź.

1. Potrafiłam się śmiać z różnych spraw i dostrzegać radosne strony życia

- tak często jak zazwyczaj
- trochę rzadziej niż zwykle
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle
- zupełnie nie byłam zdolna do radości

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- tak jak zawsze
- rzadziej niż zawsze
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle
- nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją

3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

- tak, w większości przypadków
- tak, czasami
- rzadko
- wcale

4. Bałam się i martwiłam bez istotnej przyczyny:

- zupełnie nie
- raczej nie
- tak, czasami
- tak, bardzo często

5. Czulałam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów:

- tak, często
- tak, czasami
- nie, raczej nie
- nie, wcale

6. Wydarzenia przerastały i przytłaczały mnie:

- tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady
- czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle
- przez większość czasu radziłam sobie zupełnie nieźle
- radziłam sobie tak dobrze jak zawsze

7. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- tak, przez większość czasu
- tak czasami
- rzadko
- nie, wcale nie

8. Czulałam się smutna i nieszczęśliwa

- tak, przez większość czasu
- tak, dość często
- niezbyt często
- nie, wcale nie

9. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- tak, przez większość czasu
- tak, dość często
- tylko sporadycznie
- nie, wcale nie

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- tak, dość często
- czasami
- rzadko
- nigdy

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)

wersja dla profesjonalistów (do sumowania wyniku)

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

- tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
- trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- tak jak zawsze (0 punktów)
- rzadziej niż zawsze (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

- tak w większości przypadków (3 punkty)
- tak, czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- wcale (0 punktów)

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się

- zupełnie nie (0 punktów)
- raczej nie (1 punkt)
- czasami (2 punkty)
- tak, bardzo często (3 punkty)

5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów

- tak, często (3 punkty)
- czasami (2 punkty)
- nie, raczej nie (1 punkt)
- nie, nigdy (0 punktów)

6. Wydarzenia przerastały mnie

- tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
- czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
- przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
- radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- niezbyt często (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- tylko sporadycznie (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- tak, dość często (3 punkty)
- czasami (2 punkty)
- bardzo rzadko (1 punkt)
- nigdy (0 punktów)

Instrukcja stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej EPDS

1. Matkę należy prosić o podkreślenie odpowiedzi najlepiej pasującej do jej samopoczucia w ciągu ostatnich 7 dni.
2. Należy uzyskać odpowiedzi na wszystkie 10 pytań.
3. Matka powinna udzielać odpowiedzi samodzielnie, nie należy dopuścić do omawiania odpowiedzi z kimś trzecim.
4. Matka powinna wypełnić ankietę osobiście, chyba że nie zna języka lub ma kłopoty z czytaniem.
5. Skalę można stosować aż do 6-8 tygodni po urodzeniu dziecka, aby zbadać samopoczucie pacjentki. Można w takim przypadku skorzystać z okazji, jaką stwarza wizyta matki z niemowlęciem u lekarza.
6. Wynik graniczny 10 punktów może świadczyć o problemach emocjonalnych u matki, kobiety które uzyskają 12 – 13 punktów prawdopodobnie cierpią na depresję poporodową – wskazana jest konsultacja psychiatryczna, twierdząca odpowiedź na ostatnie pytanie nawet bez punktacji powyżej 10 wymaga interwencji psychiatry.

ZIP Zintegrowany Informator Pacjenta

ZIP, czyli Zintegrowany Informator Pacjenta,

jest ogólnopolskim serwisem udostępniającym zarejestrowanym użytkownikom historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu leczenia, gromadzone od 2008 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rejestrując się w ZIP otrzymujemy:

- Szybki dostęp do informacji o Twoim prawie do świadczeń zdrowotnych.
- Wiedzę o leczeniu i udzielonych świadczeniach oraz o przepisanych lekach.
- Informację o kwotach, które zostały przekazane na sfinansowanie Twojego leczenia.

Jak uzyskać dostęp do ZIP

Żeby mieć dostęp do informacji o swoim leczeniu, danych medycznych i finansowaniu udzielonych świadczeń trzeba zapoznać się z [zasadami korzystania z ZIP](#) dostępnymi na stronie internetowej www.nfz-szczecin.pl, a następnie wejść na [stronę rejestracji](#) i wypełnić zamieszczony formularz. Po wypełnieniu wniosku należy udać się z dowodem osobistym do oddziału NFZ w celu uzyskania danych dostępowych (identyfikator użytkownika oraz tymczasowe hasło). Po ich otrzymaniu można zacząć korzystać z serwisu. Zarówno rejestracja jak i korzystanie z serwisu są bezpłatne.

Zanim zarejestrujesz się w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta można zobaczyć [wersję demonstracyjną systemu](#) (w dolnym, lewym rogu ekranu na stronie logowania kliknij link "Demo" i zaakceptuj poprzez wybranie opcji "Zaloguj"). Dane, które zobaczysz są fikcyjne, jednak będziesz mógł zapoznać się z funkcjonowaniem zamkniętej części portalu.

Ważne!

Żeby korzystać z serwisu nie wystarczy rejestracja na stronie internetowej. Informacje o Tobie udostępniane w Informatorze są tak zwanymi "danymi wrażliwymi" i zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych oraz wytycznymi GIODO, **podlegają szczególnej ochronie**. Dlatego wymagana jest Twoja osobista wizyta w siedzibie Funduszu.

Pamiętaj! Nigdy nie udostępniaj swoich danych służących do logowania w ZIP!

Jak szybko można zobaczyć informacje o leczeniu?

Informacje o Twoim leczeniu pojawią się w serwisie po upływie co najmniej 24 godzin od otrzymania loginu i hasła oraz będą aktualizowane raz na dobę.

Pamiętaj jednak, że dane pojawiają się w Informatorze dopiero wtedy, kiedy NFZ otrzyma je od świadczeniodawców (może to potrwać nawet do 2 miesięcy). Nie oczekuj zatem, że zobaczysz w zestawieniu np. niedawno zrealizowaną receptę. Wiedz również, że przedstawione dane mogą się zmieniać w trakcie roku, gdy świadczeniodawca dokona np. korekty faktury.

Chcesz wiedzieć więcej o ZIP

Jeżeli szukasz odpowiedzi na pytania lub masz wątpliwości dotyczące Zintegrowanego Informatora Pacjenta wejdź na stronę z **najczęściej zadawanymi pytaniami** (FAQ) lub **skontaktuj się z oddziałem NFZ**.

Ważne!

Przed rozpoczęciem korzystania z ZIP koniecznie zapoznaj się z **zasadami bezpieczeństwa**.

Tutaj wydawane są dane dostępne do ZIP, czyli login i hasło:

Siedziba ZOW NFZ w Szczecinie, ul. Arkońska 45, tel. 91 425 11 27, tel. 91 425 11 32, tel. 91 425 11 35
Delegatura ZOW NFZ w Koszalinie, ul. Konstytucji 3 Maja 7, tel. 94 346 52 27, tel. 94 346 52 28
Punkt Obsługi Ubezpieczonych w Pyrzycach, ul. Lipiańska 4, tel. 91 397 18 39, tel. 91 391 17 00

RYCERZE Z WIZYTA W SZPITALU

Wielkie poruszenie, oczekiwanie i dużo radości związane było z wizytą rycerzy z Koszalińskiej Kompanii Rycerskiej w Oddziale Dziecięcym Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Koszalinie.

Mali pacjenci oczekując na gości malowali, rysowali i wymyślali jak może w obecnych czasach wyglądać rycerz i księżniczka. O ile dziewczynki tworzyły najpiękniejsze postacie księżniczek, chłopcy mieli różne wyobrażenia rycerza. Jedni malowali ludzi całych zakutych w metalową zbroję, inni rycerzy na koniu, a jeszcze inni rycerzy w kaftanach i rajstopach. Pomysłów był ogrom. Za to elementem łączącym wszystkich dzielnych mężczyzn był miecz, którym powinni się bronić. Patrząc na emocje malujące się na buźkach dzieci, zaproszeni rycerze zrobili na nich ogromne wrażenie! Byli ubrani w hełmy i skórzane kaftany z metalowymi zbrojami i mieli miecze, którymi pasowali małych pacjentów na rycerzy. Każde dziecko za dzielność w walce z chorobą było pasowane prawdziwym mieczem na rycerza. Wystawiany był też stosowny glejt z pieczęcią Kompanii Rycerskiej potwierdzający uroczyste pasowanie.

Rycerze wraz z wieloma sponsorami przywieźli bardzo, bardzo dużo prezentów. W wielkich skrzyniach i paczkach znalazły się zabawki, maskotki, gry, książki, płyty z bajkami i gramy, malowanki, kredki, koszulki i wiele, wiele innych rzeczy uprzyjemniających pacjentom pobyt w szpitalu. Oddziały dziecięce otrzymały także radiomagnetofony i zestaw DVD do obejrzenia na nim wszystkich podarowanych bajek.

Najważniejszymi pomocnikami rycerzy byli pracownicy służby więziennej z Zakładu Karnego w Czarnem na czele z Panem Cezarym Sierzputowskim, który przez dwa miesiące zbierał dary i pakował w wielkie skrzynie wykonane specjalnie dla oddziałów dziecięcych przez jego podopiecznych.

Tak zgrana grupa działaczy nie poprzestaje na jednej akcji w Koszalinie. Planowana jest także wizyta u małych pacjentów w Szczecinku. Potrzeby są bardzo duże szczególnie w przypadku dzieci przewlekłe chorych, które wymagają sprzętu rehabilitacyjnego i wszelkiego rodzaju udogodnień potrzebnych w życiu codziennym.

Z opowieści Pana Cezarego Sierzputowskiego wynika, że wszystko zaczęło się od jednej chorej dziewczynki o imieniu Iga, dla której wraz z Kompanią Rycerską organizowali zbiórkę funduszy niezbędnych na leczenie. Niestety Iga po ciężkiej chorobie zmarła, a jej rodzice postanowili pomóc innym chorym dzieciom. Dzięki Idze ruszyła lawina działań i porwała za sobą bardzo wielu ludzi chętnych pomagać dzieciom.

Grudzień to miesiąc, gdy wszyscy chętniej pomagamy tym, którzy są w potrzebie i borykają się z chorobami. Nastroja nas do tego okresu przygotowań przed Świętami Bożego Narodzenia i myśl, że zawsze jest gdzieś ktoś, kto leży w szpitalu lub nie ma rodziny, z którą usiądzie do wigilijnej kolacji.

Wielkie podziękowania dla ludzi zaangażowanych w pomoc potrzebującym.

**niech pomoc ta trwa
bez ustanku cały rok!**





Autoryzowana Pracownia Instytutu Jadwiga Centrum Dystrybucji i Sprzedaży Kosmetyków

ul. Lniana 1A, Koszalin

kontakt: Mariola Kantorska tel. 692 494 050

ZASTRZYK MŁODOŚCI

BIELENDĄ ZABIEG PRZECIWMARSZCZKOWY Z KWASEM HIALURONOWYM

WSKAZANIA DO ZABIEGU:

- każdy rodzaj cery po 25 roku życia,
- szczególnie cera sucha, wymagająca regeneracji,
- zmarszczki strukturalne i mimiczne,
- po kuracjach odchudzających celem wzmocnienia i poprawy jędrności,
- jako uzupełnienie zabiegów medycyny estetycznej,

DZIAŁANIE:

- spłycenie i wygładzenie zmarszczek,
- intensywne nawilżenie poprzez uzupełnienie niedoborów wody w warstwie rogowej naskórka,
- ochrona skóry przed wysuszeniem,
- poprawa gęstości i wzmocnienie struktury skóry,
- aktywizacja procesów przeciwdziałających starzeniu się skóry,
- odżywienie i regeneracja,
- redukcja objawów zmęczenia i stresu.

ZALECENIA:

- zabieg stosować na twarz, szyję i dekolc,
- dla podtrzymania efektów 1 zabieg raz w miesiącu,
- jednorazowo przed specjalnymi okazjami.



KUPON W CENIE
zastrzyk młodości

50,00 zł
tel. 692 494 050

Opracowała: Mariola Kantorska

KONFERENCJA

naukowo-szkoleniowa

„Wokół noworodka”



Dnia 17 października 2013 r. odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa pod tytułem „Wokół Noworodka”, której głównym organizatorem była Komisja Położnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie. Honorowy patronat nad konferencją objął Prezydent Miasta Koszalina, Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej – dr Jan Kuriata oraz „Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej”.

Do udziału w konferencji zaproszono lekarzy ordynatorów Oddziałów Neonatologicznych z okolicznych szpitali naszego regionu. Obecni byli również sponsorzy konferencji, którzy przedstawili oferty dotyczące pielęgnacji noworodka. Konferencja zaadresowana była do pielęgniarek i położnych z rejonu woj. Zachodniopomorskiego, chętnych do poszerzenia wiedzy na temat opieki i edukacji okołoporodowej i pielęgnacji noworodka. Przybyłych gości i uczestników konferencji powitała Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie pani Justyna Laska. W pierwszej części konferencji jako pierwszy swoją prezentację przedstawił pan Tomasz Grzegorzewski – Prezes Komitetu wspierający Ogólnopolski Program Edukacji Poporodowej „Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej”. Pan Tomasz zwrócił uwagę na temat edukacji poporodowej, m. in. poprawę relacji personel medyczny – rodzice. Zaznaczył jak ważną istotą jest konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego, która rodzi w nas umiejętność empatii. Dowiódł, że kluczową rolę we współpracy z rodzicami ogrywa komunikacja i ilość przekazywanych informacji oraz ich jakość.

Prezentacja pani dr n. med. Justyny Tołłoczko z Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodków WUM – dotyczyła tematu „Żółtaczki okresu noworodkowego”. Był to bardzo interesujący wykład szczególnie dla pielęgniarek i położnych pracujących na Oddziałach Noworodkowych i położnych środowiskowych. Poszerzyliśmy wiedzę na temat istoty powstawania żółtaczek u noworodków, ich diagnozowanie, leczenie (fototerapia) oraz postępowanie z noworodkiem w domu.

Ważną sprawą opieki okołoporodowej oraz wdrażaniem i realizacją standardu postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu tej opieki nad kobietą w okresie ciąży fizjologicznej, porodu fizjologicznego, porodu oraz opieki nad noworodkiem, przedstawiła dr n. med. Dorota Ćwiek – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego. Uzyskaliśmy informacje na temat występowania trudności z wdrożeniem standardu w naszym województwie. Po pierwszej części teoretycznej odbyła się przerwa na kawę, w trakcie której można było porozmawiać i wymienić doświadczenia z pracy zawodowej.

Drugą część konferencji rozpoczął ratownik medyczny mgr Przemysław Małecki wykładem na temat „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka”. Był to wstęp do części warsztatowej. Uczestnicy konferencji zostali podzieleni na 3 grupy i brali udział w zajęciach praktycznych, które dotyczyły:

- resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka,
- rehabilitacji noworodka,
- usprawniania położnicy po porodach zabiegowych.

Pierwsza część warsztatowa była prowadzona przez mgr Przemysława Małeckiego i można było się na niej wykazać umiejętnościami udzielania pomocy noworodkowi w stanach zagrożenia życia. Druga część była prowadzona przez panią Katarzynę Sabat i zawierała także pierwiastek teoretyczny – wykład na temat edukacji sensomotorycznej niemowląt. Trzecią część prowadził pan Piast Bazyliński i dotyczyła ona usprawniania położnicy po porodach zabiegowych i pacjentki ginekologicznej po zabiegach operacyjnych.

Na konferencji został ogłoszony konkurs dla uczestników z bardzo licznymi i atrakcyjnymi nagrodami. Główną nagrodą było dofinansowanie do udziału w II-gim Międzynarodowym Kongresie Ogólnopolskiego Programu Edukacji Poporodowej „Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej” p.t. „Jakość życia wcześniaków – walka i troska” w 01-03.12.2013 r. w – Kołobrzegu. Na zakończenie konferencji podziękowano wszystkim uczestnikom za liczne przybycie, czynne uczestnictwo i duże zainteresowanie poruszaną tematyką spotkania oraz rozdano certyfikaty.

Podziękowania składamy również firmom sponsorującym:

- PLIVA FEM – Krzysztof Sokół
- Mead Johnson Nutrition – Bartosz Krupiński
- Polski Bank Komórek Macierzystych – Ewa Barwikowska

Gorące podziękowania dla Komitetu Organizacyjnego

Opracowały:
K. Jasik, A. Knap



OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W KOSZALINIE

**KUPON WAŻNY DO
28.02.2014 R.**

„Bajki Samograjki” -sezon drugi



Udział w przedstawieniu teatralnym „Bajki Samograjki sezon drugi”, jakie miało miejsce w dniach 24-25.11.2013 r., był nie tylko charytatywnym przedsięwzięciem mającym na celu pozyskanie funduszy na remont i zakup sprzętu dla Oddziału Dziecięcego, ale również z punktu widzenia zainteresowanych był niezapomnianą, fantastyczną przygodą i wielkim wyzwaniem.

Udział w spektaklu to nie tylko wyjście na scenę i wyrecytowanie kilku kwestii. To długo skrupulatnie przygotowywane przedsięwzięcie (gdzie często zwykły widz nie ma pojęcia oglądając spektakl). To są kilku miesięczne spotkania wymagające od niektórych nie lada wysiłku logistycznego. Pierwsze nasze spotkania polegały na czytaniu i poznawaniu ról, omawianiu postaci. Następnie staraliśmy się odgrywać role na sali prób lub na scenie. Początkowo pracowaliśmy z tekstem, ale przełomowym i bardzo trudnym momentem jest odłożenie tekstu i mówienie z pamięci. Mimo, iż się wydaje, że wszystko umie się na pamięć, w chwili wypowiedzi nagle się zapomina. Trzeba pamiętać nie tylko swoją kwestię, ale również innych bohaterów, trzeba wiedzieć co, kto i kiedy mówi, kiedy i skąd wychodzi, kiedy i jaka będzie muzyka. Na scenie ważne jest wszystko: skala głosu, odpowiednie ustawienie do widza, do aktora. Trzeba wiedzieć, kiedy można przechodzić, w którą stronę, żeby nie wpaść, nie zasłonić, nie zagłuszyć bohatera, kiedy mówić. Wystarczy, że osoba mówiąca odwróci się z gestem, to widz nie słyszy końcówki słowa czy zdania. Przychodzi też taki etap prób, kiedy nie wiadomo co zrobić z rękami i nogami, jak stać i jak mówić (ponoć, zawodowi aktorzy też tak mają). Jednak z pomocą reżysera zaczyna się to układać i wtedy wszystko ma sens. Trzeba się również zaprzyjaźnić ze swoją postacią. Postacie, które są grane to nie my. Trzeba było sobie zadać pytanie, kim jest ta postać, jaka jest, pokazać to ciałem i głosem. Intencja powinna być prawdziwa, to znaczy że każdy aktor musiał polubić tę postać, czyli obronić ją. Oprócz postaci trzeba było zaprzyjaźnić się również z ubiorem. Pokochać peruki, w których jest niemiłosiernie gorąco, miliony falbanek w halkach, a co niektórzy panowie przede wszystkim zaakceptować swoją nową garderobę, między innymi gustowne pończoszki, welury, atłasy i koronki, oraz zbyt duże buty wypchane watą (tu szacun dla królewicza z bajki „Królowna Śnieżka”), jak również przyzwyczaić się do makijażu: kreski, cieni, podkładu i pudru. Ale panowie byli tak zdyscyplinowani i z wielkim dystansem do siebie, że nie mieli z przebierankami i makijażem najmniejszego problemu! W czasie ostatnich prób i występów mieliśmy przyjemność współpracować z choreografem (naszym kolegą), panią inspicjentką, garderobianą, makijażystką, „fachowcem” od nakładania peruk i wszystkich naszych „dziwnych problemów”, panów od świateł, dźwięku, sprzątnia - prawdziwy teatr! Mnóstwo osób miało duży wkład w to nasze dzieło, z którego jesteśmy dumni. Przekraczając drzwi teatru nie miało znaczenia czy ktoś był prezesem, wice-marszałkiem, senatorem, pielęgniarką, biznesmenem czy dyrektorem. Wszyscy się

szanowali, wspierali i bardzo dobrze bawili. W czasie prób towarzyszyło nam absolutne poczucie humoru, w tym śmiech i chichot do łez. W ostatnim tygodniu próby zaczynały się o 18-tej a kończyły po 24.00. Było zmęczenie, ale nie było narzekań.

W dniu premiery i na kolejnych przedstawieniach najważniejszym pytaniem było: „czy ktoś przyjdzie, czy są ludzie? ile poszło biletów? czy w ogóle ktoś będzie chciał nas oglądać?! czy widzowie klaszczą czy się śmieją?! Czym więcej śmiechu i okłasków, tym lepsze nasze samopoczucie i mniejszy stres!

Ta fantastyczna przygoda z teatrem nie miałaby racji bytu, gdyby odpowiednia osoba nie zarządzała tym przedsięwzięciem. Oczywiście mowa tu o wspaniałej Pani Reżyser. Głowa i szyja całego projektu. Pani Magda Muszyńska-Płaskowicz to niesamowita osoba, która ma dar zjednywania sobie ludzi, zarażania pozytywną energią. Mimo wielu obowiązków służbowych i rodzinnych wszystko było zawsze zorganizowane z pietyzmem. Potrafiła nawet na każdą próbę przygotować kolację dla bajkowiczów. Patrząc na ilość obowiązków i zadań jakie miała do zrealizowania, nie raz się zastanawialiśmy jak ona to robi i czy w ogóle śpi. Ale dzięki niej na każdą próbę przychodziło się z przyjemnością, radością i poczuciem humoru, który wybuchał na scenie.

Mam nadzieję, że ta praca, ten przyjemny trud docenili wszyscy lub chociaż większa część oglądających spektakl. To była wielka, fantastyczna przygoda, którą nawet trudno opisać słowami, ale która zostanie na zawsze w pamięci realizatorów tego pomysłu. A w niedługiej przyszłości będzie zapamiętana także w każdym kafelku, gwoździu, centymetrze wykładziny i sprzęcie zakupionym dla Oddziału Dziecięcego, Odcinka Dzieci Młodszych.

Anna Iwanisik - Królowna Śnieżka



Urlop wychowawczy - nowe regulacje



Rok 2013 jest bez wątpienia rokiem korzystnych dla rodziców zmian dotyczących urlopu wychowawczego. Pierwsza zmiana, obowiązująca od 17 czerwca 2013 r., wprowadzona została ustawą z dnia 28 maja 2013 r. o zmianie ustawy – **Kodeksu pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2013.675)**. Przed tym dniem korzystanie z urlopu wychowawczego nie mogło trwać dłużej niż do ukończenia przez dziecko 4 roku życia. Obecnie wydłużono ten czas do ukończenia przez dziecko **5-go roku życia**. Nadal urlop ten może trwać **maksymalnie do 36 m-cy** (do 3 lat). Zmieniono tylko sposób określenia wymiaru urlopu, z "do 3 lat" na "do 36 miesięcy".

Od 1 października zaczęły obowiązywać kolejne zmienione regulacje dotyczące urlopów wychowawczych, wprowadzone ustawą z dnia 26 lipca 2013r. o zmianie ustawy – **Kodeksu pracy (Dz.U. 2013.1028)**, które przede wszystkim zmodyfikowały zasady podziału tego urlopu między rodziców. Przyjęte rozwiązania mają na celu głównie większe zaangażowanie ojców w opiekę nad dzieckiem i szersze korzystanie przez nich z uprawnień rodzicielskich. Nowela podwyższyła z 3-ech do **4-ech miesięcy** okres urlopu wychowawczego, z którego rodzice dziecka mogą **korzystać jednocześnie**. Dodatkowo każdemu z rodziców, w ramach ogólnego, 36-miesięcznego wymiaru tego urlopu, przyznano wyłączone prawo do 1-go miesiąca urlopu wychowawczego. Uprawnienie to jest niezwykłe, tak więc nie można go przenieść na drugiego z rodziców. Jeśli nie zostanie wykorzystane w naturze – przepadnie. W praktyce oznacza to, że jedno z rodziców będzie mogło spędzić z dzieckiem maksymalnie **35 miesięcy**. Prawo do urlopu wychowawczego w wymiarze do 36 miesięcy ma jednak rodzic dziecka, jeżeli:
-drugi rodzic dziecka nie żyje,
-drugiemu rodzicowi dziecka nie przysługuje władza rodzicielska,
-drugi rodzic dziecka został pozbawiony władzy rodzicielskiej albo taka władza uległa ograniczeniu lub zawieszeniu.

Aby umożliwić rodzicom wykorzystanie tego obligatoryjnego, 1-miesięcznego okresu urlopu wychowawczego, zwiększono liczbę części, w jakich urlop ten może być wykorzystywany. Po zmianie, urlop wychowawczy może być wykorzystywany najwyżej **w 5 częściach** (art. 186 § 8 K.p.). Nie wprowadzono żadnych ograniczeń co do długości poszczególnych części urlopu wychowawczego ani obowiązku wykorzystywania ich bezpośrednio jedna po drugiej. Wniosek o daną część urlopu musi być jednak złożony nie później niż na 14 dni przed rozpoczęciem jej wykorzystywania. Opisane zmiany dotyczą rodziców lub opiekunów którzy rozpoczynają urlop wychowawczy dopiero od dnia wejścia w życie ustawy nowelizującej. Jeśli urlop wychowawczy rozpoczął się przed tą datą, musimy opierać się na starych zasadach z poniższym wyjątkiem:

- rodzice lub opiekunowie dziecka, którzy do dnia wejścia w życie ustawy jednocześnie korzystali z urlopu wychowawczego na dane dziecko, od dnia wejścia w życie ustawy mają prawo do jednoczesnego korzystania z takiego urlopu w wymiarze

stanowiącym różnicę między wymiarem dotychczasowym (3 m-ce) a nowym wymiarem urlopu wychowawczego wykorzystanym jednocześnie na dane dziecko (4 m-ce) – art. 2 ust.1 ustawy nowelizującej:

- rodzice lub opiekunowie dziecka, którzy do dnia wejścia w życie ustawy korzystali z urlopu wychowawczego na dane dziecko w częściach, od dnia wejścia w życie ustawy mają prawo do wykorzystania takiego urlopu w liczbie części stanowiącej różnicę między liczbą części dotychczasową (4 części), a nową liczbą części urlopu wychowawczego wykorzystaną na dane dziecko (5 części).

Korzystna zmiana nastąpiła także w zasadach nabywania prawa do urlopu wypoczynkowego, która najbardziej chyba ucieszyła pracowników. Z Kodeksu pracy wyeliminowana została zasada proporcjonalności urlopu wypoczynkowego w stosunku do pracownika powracającego z urlopu wychowawczego w sytuacji, gdy pracownik po nabyciu prawa do urlopu wypoczynkowego korzysta z urlopu wychowawczego i powraca do pracy w ciągu tego samego roku kalendarzowego. Jeśli więc pracownik po nabyciu z dniem 1 stycznia prawa do urlopu wypoczynkowego, wykorzystuje część urlopu wychowawczego i jeszcze w tym samym roku powróci do pracy, wówczas nie straci ani jednego dnia z przysługującego mu wymiaru urlopu.

Nowelizacja wprowadziła także zasadę, że bieg przedawnienia roszczenia o urlop wypoczynkowy nie rozpoczyna się, a rozpoczęty ulega zawieszeniu na czas korzystania z urlopu wychowawczego (art. 293¹ K.p.). Pracownik będzie miał prawo do skorzystania z urlopu wypoczynkowego nabytego przed urlopem wychowawczym, nawet jeżeli ten ostatni spowodował upływ 3 lat od nabycia prawa do urlopu.

Powyższą zmianą dostosowano nasze przepisy do standardów wynikających z prawa unijnego, zgodnie z którym pracownik **po powrocie z urlopu wychowawczego powinien mieć możliwość skorzystania z urlopu wypoczynkowego**, do którego nabył prawo przed urlopem wychowawczym.

Od 1 października 2013 r. zaczęło obowiązywać także nowe rozporządzenie r. w sprawie szczegółowych warunków udzielania urlopu wychowawczego (Dz. U. 2013. 1139). Rozporządzenie to w znacznej części powtarza regulacje dotychczasowe. Odmienne uregulowania dotyczą wniosku o udzielenie urlopu wychowawczego:

- musi on teraz zawierać także informację, z ilu części urlopu na dane dziecko dotychczas skorzystano,
- wyszczególnić dokumenty dołączone do wniosku w sytuacji, gdy nie jest wymagane dołączanie pisemnego oświadczenia drugiego z rodziców lub opiekunów dziecka o braku zamiaru korzystania z urlopu wychowawczego przez okres wskazany we wniosku,
- wymogów formalnych wniosku o urlop wychowawczy składanego przez rodzica lub opiekuna dziecka uprawnionego do wykorzystania pełnego wymiaru urlopu wychowawczego (36 miesięcy).

Korzystne rozwiązania związane z urlopem wychowawczym zostały z dniem 1 września 2013 r. wprowadzone też do ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Nowelizacja rozszerzyła krąg osób, za które budżet państwa opłaca składki na ubezpieczenie społeczne w związku ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem. Przedsiębiorcy i zleceniobiorcy którzy zrezygnują z pracy, aby zająć się wychowaniem dzieci korzystają z rozwiązań analogicznych do tych przysługujących pracownikom na mocy przepisów Kodeksu pracy dotyczących urlopu wychowawczego. Składki za te osoby podobnie jak w przypadku pracowników na urlopiach wychowawczych, finansować będzie w całości budżet państwa za pośrednictwem ZUS. Z budżetu państwa będą za te osoby opłacane składki emerytalno-rentowe i zdrowotne przez okres do 3 lat, nie później niż do ukończenia przez dziecko 5 roku życia.

Irena Renda
radca prawny OIPIP w Koszalinie

XIV Ogólnopolska i IV im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej

Konferencja Naukowo - Szkoleniowa „Pielęgniarstwo - historia - profesja - nauka”

Ciechanów, WOZiNH PWSZ, ul. Wojska Polskiego 51

26 kwietnia 2014 r.

Serdecznie zapraszamy do udziału w XIV Ogólnopolskiej i IV im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Pielęgniarstwo – historia – profesja – nauka”, która odbędzie się w dniu 26 kwietnia 2014 roku, w siedzibie Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie, przy ul. Wojska Polskiego 51.

Zachęcamy Państwa do uczestnictwa w konferencji i podzielenia się własnymi doświadczeniami, poglądami, refleksjami i wynikami badań naukowych. Proponowane tematy sesji:

- Historia pielęgniarstwa
- Pielęgniarstwo – zawód czy powołanie?
- Etyka – jakość – odpowiedzialność w pielęgniarstwie
- Kliniczne aspekty pracy pielęgniarki/pielęgniarsza
- Szanse i zagrożenia dla rozwoju pielęgniarstwa w XXI wieku
- Badania naukowe w pielęgniarstwie
- Varia

Mamy nadzieję, że organizowana Konferencja będzie doskonałą okazją do dialogu przedstawicieli różnych dziedzin nauki i zawodów, zarówno medycznych jak i niemedycznych.

*dr n. hum. Bożena Ostrowska
Dziekan Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych
Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie*

ORGANIZATOR KONFERENCJI:

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych
Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ciechanowie
Uczelniane Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej przy PWSZ w Ciechanowie

SEKRETARIAT KONFERENCJI:

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych
Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych PWSZ w Ciechanowie, ul. Wojska Polskiego 51, 06-400 Ciechanów, tel./fax. (023) 672 22 13, tel. (023) 674 37 04, wew. 23, e-mail: 4konfjf@gmail.com www.pwszciechanow.edu.pl

WAŻNE TERMINY:

Termin rejestracji czynnego uczestnictwa i przesyłania streszczeń prac: **30.03.2014 r.** (karta CZYNNEGO uczestnictwa i prezentacji pracy)

Termin rejestracji biernego uczestnictwa: **15.04.2014 r.** (karta BIERNEGO uczestnictwa)

Oплата rejestracyjna czynnego uczestnictwa **do 28.02.2014 r.** wynosi 80,00 zł , po tym terminie – 100,00 zł

Oплата rejestracyjna biernego uczestnictwa **do 28.02.2014 r.** wynosi 100,00 zł , po tym terminie – 120,00 zł

Oплата rejestracyjna biernego uczestnictwa studentów **do 28.02.2014 r.** wynosi 30,00 zł , po tym terminie – 50,00 zł

Uwaga! Udział studentów aktywnie uczestniczących w konferencji jest BEZPŁATNY

Oплата rejestracyjna upoważnia do: uzyskania materiałów zjazdowych (streszczenia prac), identyfikatora i certyfikatu uczestnictwa, korzystania z „przerw kawowych”, obiadu w dniu konferencji.

Numer konta:

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie
PKO BP S.A. o/ Ciechanów 63 1020 1592 0000 2302 0084 5701 Hasło: konferencja „Pielęgniarstwo – historia – profesja – nauka”

RAMOWY PROGRAM KONFERENCJI

08.00 – 10.00

Rejestracja uczestników; przyjmowanie opisanych prezentacji multimedialnych i prac na płytach CD; montaż plakatów

10.00 - 11.50 I SESJA PLENARNA

11.50 - 12.10 – przerwa na kawę

12.10 - 14.00 II SESJA PLENARNA

14.00 - 14.30 – OBIAD

14.30 - 14.50 prezentacja prac SESJI PLAKATOWEJ

14.50 - 16.00 SESJA STUDENCKA

16.00 - 16.20 - przerwa na kawę

16.20 - 18.00 WARSZTATY

18.00 - 18.10 ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI

UDZIAŁ W WARSZTATACH POTWIERDZONY CERTYFIKATEM JEST BEZPŁATNY!!!

XIV Ogólnopolska i IV im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
„Pielęgniarstwo – historia – profesja – nauka”
Ciechanów, WOZiNH PWSZ, ul. Wojska Polskiego 51

26 kwietnia 2014 r.

SEKRETARIAT KONFERENCJI:

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych

Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych PWSZ w Ciechanowie
ul. Wojska Polskiego 51, 06-400 Ciechanów
tel./fax. (023) 672 22 13, tel. (023) 674 37 04, wew. 23
e-mail: 4konfjf@gmail.com
www.pwszciechanow.edu.pl

KARTA CZYNNEGO UCZESTNICTWA W KONFERENCJI

Zgłoszenie udziału czynnego i dokonanie opłaty (80 zł) – do 28.02.2014 r.,
po 20.02.2014 r. – 100 zł

Imię i nazwisko:

Tytuł/stopień naukowy/zawodowy:

miejsce pracy:

stanowisko:

adres do korespondencji:

ulica, nr domu, mieszkania:

kod pocztowy, miejscowość:

nr telefonu / nr tel. kom.:

fax:

e-mail:

Charakter udziału w konferencji: **CZYNNY**

XIV Ogólnopolska i IV im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
„Pielęgniarstwo – historia – profesja – nauka”
Ciechanów, WOZiNH PWSZ, ul. Wojska Polskiego 51

26 kwietnia 2014 r.

KARTA ZGŁOSZENIOWA PREZENTACJI PRACY

Imię i nazwisko:

Tytuł/stopień naukowy/zawodowy:

miejsce pracy:

stanowisko:

proponowana forma prezentacji pracy:

REFERAT PLAKAT

tytuł pracy:

autor/autorzy:

Prosimy o nadesłanie streszczeń w języku polskim na adres mailowy Sekretariatu Konferencji w terminie do **30.03.2014 r.** Streszczenie (maksimum 250 słów, czcionka Times New Roman, wielkość 12) prosimy przysyłać pocztą elektroniczną w formacie Word 97-2003.

Streszczenie pracy wg następującego układu:

Imiona i nazwiska (w pełnym brzmieniu) autora/autorów pracy

Miejsce pracy autora / autorów

Tytuł pracy

Wstęp

Cel pracy

Materiał i metody

Wyniki

Wnioski

Słowa kluczowe (4-5 słów)

Piśmiennictwo (wybrane)

O formie prezentacji pracy, po decyzji Komitetu Naukowego Konferencji, poinformujemy Państwa w terminie późniejszym.

Proponujemy Państwu publikację w recenzowanej monografii, szczegółowe informacje w II Komunikacie.

XIV Ogólnopolska i IV im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
 „Pielęgniarstwo – historia – profesja – nauka”
 Ciechanów, WOZiNH PWSZ, ul. Wojska Polskiego 51

26 kwietnia 2014 r.

SEKRETARIAT KONFERENCJI:

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych

Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych PWSZ w Ciechanowie

ul. Wojska Polskiego 51, 06-400 Ciechanów

tel./fax. (023) 672 22 13, tel. (023) 674 37 04, wew. 23

e-mail: 4konfjf@gmail.com

www.pwszciechanow.edu.pl

KARTA BIERNEGO UCZESTNICTWA W KONFERENCJI

Zgłoszenie udziału biernego i dokonanie opłaty (100 zł) – do 28.02.2014 r., po 20.02.2014 r. – 120 zł

Imię i nazwisko:

Tytuł/stopień naukowy/zawodowy:

miejsce pracy:

stanowisko:

adres do korespondencji:

ulica, nr domu, mieszkania:

kod pocztowy, miejscowość:

nr telefonu / nr tel. kom.:

fax :

e-mail :

Charakter udziału w konferencji: **Bierny**

Dane do faktury:

nazwa zakładu pracy / instytucji:

adres:

NIP:

Szanowni Państwo,

Chcielibyśmy przekazać informację o nowatorskim rozwiązaniu, zmieniającym istotnie standard dzisiejszej pracy pielęgniarki i położnej. To pierwszy tak zaawansowany technologicznie projekt, a zarazem bardzo prosty w użyciu.

Adresatem projektu są pielęgniarki i położne, na co dzień edukujące pacjentów i firmy wspierające środowisko medyczne w edukacji. Obszary terapeutyczne objęte projektem w 2013/2014 roku to: **pediatria, neonatologia, diabetologia, ginekologia, dermatologia.**

Projekt otrzymał pozytywne rekomendacje: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych oraz Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii.

a) Innowacyjność projektu polega na wykorzystaniu serwisu internetowego jako magazynu. Pielęgniarka i Położna po zalogowaniu się będzie miała dostęp do oferowanych na rynku materiałów edukacyjnych, pomocy szkoleniowych, wyrobów medycznych czy próbek produktów, oraz możliwość zamawiania ich całkowicie bezpłatnie (dostawa również jest bezpłatna). Dzięki temu niezależnie od miejsca zamieszkania czy możliwości uczestniczenia w szkoleniach, ma stały dostęp do wiedzy, podstawowych materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych.

b) Możliwość komentarzy, ocen i porównania między sobą dostępnych na rynku materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, a dodatkowo wnioski i sugestie będą przekazywane autorom materiałów w celu poprawy ich jakości – wzmocnienie roli Pielęgniarki i Położnej. Najbardziej aktywni otrzymują, co miesiąc nagrody!

c) Doradca Medyczny posiada wiedzę z różnych zakresów medycyny spełnia funkcję 24 h wsparcia pielęgniarki i/lub położnej w edukacji, aktywnie zachęca użytkowników do zapoznania się z nowościami ze świata medycyny, oferując w prosty i szybki sposób dostęp do niej. Utrwala wiedzę zdobytą na szkoleniach i konferencjach.

d) Platforma e-learning – umożliwiającą korzystanie z oferty szkoleniowej z certyfikacją.

Instrukcja rejestracji i logowania:

1. Wejdź na adres strony **www.edukacjapacjenta.pl**
2. Kliknij napis: „jeśli nie posiadasz loginu i hasła zarejestruj się”
3. Wypełnij formularz rejestracyjny
4. Otrzymasz mail lub SMS z loginem i hasłem
5. Zaloguj się i korzystaj z serwisu bez ograniczeń i **BEZPŁATNIE**

Z poważaniem

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Zespół Serwisu www.edukacjapacjenta.pl

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE
75-611 Koszalin ul. Zwycięstwa 190
tel./fax 94/ 341 11 02

HARMONOGRAM REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
W I PÓLROCZU 2014 ROKU

KURSY KWALIFIKACYJNE:

L.p.	Dziedzina szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	Planowana liczba uczestników	Przewidywany koszt kursu (PLN)
1	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek (490 godzin)	luty/marzec	20	1.550
2	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek (473 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	20	1.500
3	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek (505 godzin)	luty/marzec	20	1.580
4	Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek i położnych (515 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	20	1.430
5	Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek (493 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	20	1.400
6	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne dla pielęgniarek (530 godzin)	styczeń/luty	20	1.525
7	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych (517 godzin)	marzec	20	1.560

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE:

L.p.	Zakres szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	Planowana liczba uczestników	Przewidywany koszt kursu (PLN)
1	Pielęgniarstwo diabetologiczne dla pielęgniarek i położnych (14 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	140
2	Profilaktyka zakażeń szpitalnych dla pielęgniarek i położnych (15 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	140

KURSY PODSTAWOWE I UZUPEŁNIAJĄCE:

L.p.	Zakres szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	Planowana liczba uczestników	Przewidywany koszt kursu (PLN)
1	Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (15 godz. - kurs podstawowy)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	160
2	Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (9 godz. - kurs uzupełniający) Szkolenie w zakresie uzupełniającym przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 4 lata od czasu odbycia szkolenia podstawowego!	styczeń luty marzec kwiecień maj czerwiec	15	140

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE
75-611 Koszalin ul. Zwycięstwa 190
tel./fax 94/ 341 11 02

HARMONOGRAM REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
W I PÓLROCZU 2014 ROKU

KURSY SPECJALISTYCZNE:

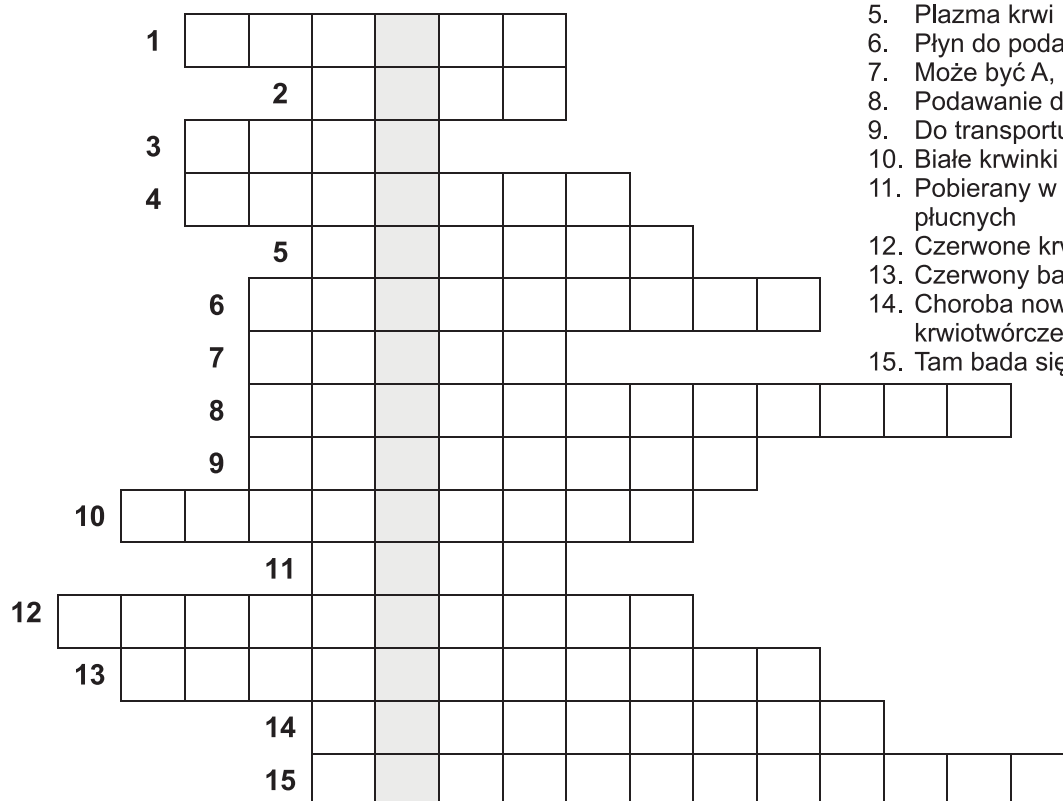
L.p.	Zakres szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	Planowana liczba uczestników	Przewidywany koszt kursu (PLN)
1	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych (90 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	580
2	Leczenie ran dla pielęgniarek (225 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	950
3	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka dla pielęgniarek i położnych (41 godzin)	luty	15	310
4	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych (90 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	510
5	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych (105 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	500
6	Terapia bólu ostrego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (56 godzin)	styczeń	15	380
7	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (49 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	360
8	Szczepienia ochronne dla pielęgniarek (80 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	490
9	Szczepienia ochronne noworodków dla położnych (40 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	305
10	Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek (90 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	530
11	Pielęgnowanie pacjenta w warunkach lecznictwa uzdrowiskowego dla pielęgniarek (160 godzin)	luty	15	870
12	Poradnictwo dietetyczne dla pielęgniarek i położnych (119 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	15	550

Osoby zainteresowane szkoleniem prosimy o nadsyłanie kart zgłoszeń na adres:
 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie ul. Zwycięstwa 190
 bądź przesyłanie drogą elektroniczną na adres: e-mail: izba@oipip-koszalin.org
 Zgłoszenia przyjmujemy również osobiście w siedzibie OIPIp w Koszalinie w pokoju nr 317

Szczegółowych informacji udzielamy pod numerem telefonu (94) 3411102

Koszt kursu uzależniony jest od liczby zgłoszeń

KRZYŻÓWKA nr 8



1. Trombocyty
2. Płynna tkanka w organizmie człowieka
3. Nakłuwamy ją do założenia kaniuli
4. Nimi płynie utlenowana krew
5. Plazma krwi
6. Płyn do podawania we wlewie kroplowym
7. Może być A, B, AB
8. Podawanie dożylnie preparatu krwi
9. Do transportu krwi
10. Białe krwinki
11. Pobierany w wyniku dyfuzji z pęcherzyków płucnych
12. Czerwone krwinki
13. Czerwony barwnik krwi
14. Choroba nowotworowa układu krwiotwórczego
15. Tam bada się krew

Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr , której hasło brzmiało: „KARDIOLOGIA” wygrała Pani Alicja Krzemińska z Koszalina.

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: **17.02.2014 r.**

Za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki przewidziano jedną nagrodę rzeczową.

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

Komunikat

w sprawie formy składania wniosków o wpis do rejestru praktyk zawodowych

Zgodnie z art. 106 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. 2013.217) rejestry podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzi się w systemie teleinformatycznym: wnioski o wpis, zmianę danych objętych wpisem oraz wykreślenia z rejestru **powinny być składane w postaci elektronicznej.**

Przepis § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319 z późn. zm.) przewidywał okres przejściowy, w którym wnioski mogły być składane także w formie papierowej. Okres ten upłynął z dniem 31 marca 2013 r.

Począwszy od 1 kwietnia 2013 r. wnioski o wpis do rejestru praktyk zawodowych, zmianę wpisu do rejestru oraz wykreślenia z rejestru składa się **wyłącznie w postaci elektronicznej** z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (j.t. Dz.U. 2013.235.) - §14 w/w rozporządzenia.

Wnioski należy składać za pomocą aplikacji na stronie www.rpwdl.csioz.gov.pl i podpisać go stosownym narzędziem autoryzacyjnym tj. bezpiecznym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym ePUAP.



rozmowa z Pani Urszulą Broniszewską - Pielęgniarką Naczelną w Szpitalu Powiatowym w Sławnie

Co skłoniło Panią do wybrania zawodu pielęgniarki?

Tak właściwie to rozpoczęcie nauki w szkole dla pielęgniarek było od kiedy pamiętam jedynym właściwym wyborem, o którym myślałam. Nie miałam żadnych wątpliwości z podjęciem decyzji po skończeniu Szkoły Podstawowej. Podobał mi się ten zawód, a w szczególności to, że będę mogła się opiekować ludźmi chorymi. Szczególną grupą pacjentów, były osoby w bardzo podeszłym wieku, często samotne, które liczyły na odrobinę czyjejś troski i uwagi.

Co Pani najmilej wspomina z pracy pielęgniarskiej?

Wiele jest takich sytuacji, ale najmilej wspominam starszą pacjentkę, na początku mojej kariery zawodowej, z powikłaniami po udarze mózgowym (w tym także z afazją), przebywającą w oddziale szpitalnym przez wiele miesięcy. Pacjentka ta na każdy mój gest, czy jakkolwiek czynność pielęgniarską przy niej wykonaną odwdzięczała się wielką życzliwością i uśmiechem, chociaż był to uśmiech przez łzy osoby bardzo samotnej.

Jakiego pacjenta zapamiętała Pani najbardziej ze swojej pracy zawodowej?

Właśnie tą pacjentkę, o której wspominałam w poprzednim pytaniu.

Z kim się Pani najlepiej współpracowało?

Trudno jest wymienić wszystkie osoby, bo przez ponad 30 lat pracy było ich

Pielęgniarka...

bardzo wiele. Chciałabym jednak powiedzieć o osobach, z którymi pracuję obecnie, mianowicie o wszystkich koleżankach pielęgniarek i położnych, a w szczególności o pielęgniarkach i położnych oddziałowych/koordynujących pracę oddziałów bez których zaangażowania nie jest dzisiaj możliwe doskonalenie w zawodzie.

Jaki dzień utkwił Pani w pamięci?

Był taki dzień, który stał się dla mnie dniem wielkiej pokory. Będąc na zajęciach praktycznych podczas kształcenia w Liceum Medycznym, zwróciłam się do jednej z sędziwych pacjentek „babciu”. Wydawało mi się, że pacjentka będzie zadowolona i będzie jej miło. Spotkało mnie niestety rozczarowanie, kiedy okazało się, że owa pacjentka, w sposób bardzo kulturalny zwróciła mi uwagę, abym się tak do niej nie zwracała, bo słowo „babcia” ma zupełnie dla niej inne znaczenie, nie koniecznie jako zwrot do osób starszych. Od tamtej pory nigdy nie zdarzyło mi się tak zwrócić do pacjentów, niezależnie od ich wieku.

Jakie ma Pani hobby?

W sumie to trochę zależy od pory roku. Wiosną, latem i wczesną jesienią lubię wypoczywać w zaciszu przyrody, a w szczególności lasów i jezior, z dala od zgiełku letniskowych kurortów. Natomiast późna jesień i zima są dla mnie porami pełnymi nostalgii. Stają się wtedy typową domatorką, której wystarcza dobra lektura, robotki ręczne. Moją pasją jest też kibicowanie rozgrywkom piłki siatkowej i ręcznej.

Czy Pani zdaniem pielęgniarki powinny pracować do 67 roku życia?

Dla mnie jest to wielkie nieporozumienie. Zawód pielęgniarki wymaga przez cały okres aktywności zawodowej pełnej sprawności zarówno fizycznej jak też umysłowej.

Uważam, że przy wydłużonym wieku emerytalnym może nie starczyć czasu na zasłużony odpoczynek w optymalnym zdrowiu i kondycji.

Dziękuję bardzo za rozmowę

Mój Pupil



Zapraszamy wszystkich czytelników do zamieszczania na łamach Biuletynu, zdjęć swoich pupili. W tym numerze prezentujemy Rena, który jest symbolem Świąt.

SUDOKU

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

Marrakesz

Wspomnienia z Marrakeszu - część 2

Maroko jest jednym z najbardziej popularnych miejsc w Afryce. Jego wyjątkowe położenie pomiędzy wybrzeżem Atlantyckim, Morzem Śródziemnym i Saharą jest gwarancją wspaniałych krajobrazów i niezapomnianych atrakcji. Maroko to również kraj o niezwyklej historii i barwnej tradycji. Planując egzotyczne wycieczki wielu poszukiwaczy wrażeń, Maroko stawia na pierwszym miejscu. Marrakesz, Casablanca, Fez, to uwielbiane przez turystów miasta. Dlatego też na pierwsze spotkanie z Marokiem, razem z moją córką wybrałyśmy się do Marrakeszu, miasta o wielu twarzach i osobliwego czaru zwłaszcza dla nas Europejczyków. Po dotarciu do Marrakeszu i zakwaterowaniu się w pięknej starej kamienicy, zaraz wyruszyłyśmy na zwiedzanie tego historycznego miasta. Na początek skorzystałyśmy z „caleche” – konnej taksówki kursującej po mieście. Jest ich tutaj mnóstwo i czekają na turystów, aby zaoferować swoje usługi a ponadto przejażdżka dorożką to idealna okazja, aby zobaczyć niektóre dzielnice oraz główne atrakcje miasta. Przesympatyczny woźnica przewiózł nas trasą wzdłuż murów obronnych, które ciężko byłoby obejść pieszo, gdyż rozciągają się na długości kilkunastu kilometrów. Pochodzą z XII wieku i są bardzo wysokie, strzeże ich 200 wież oraz znajduje się w nich dziewięć bram a jedną z ciekawszych, jest brama Bab Doukkala. Te monumentalne mury otaczają najstarsze części miasta - medynę Marrakeszu. Wzniesione z ubitej gliny suszonej na słońcu przybierają różne barwy w zależności od pory dnia, najładniej prezentują się o świcie i przed zmrokiem. Można je podziwiać po dziś dzień w niemal niezmiennym stanie.

W Marrakeszu wszystko kończy się i zaczyna na placu Dżemaa el-Fna, znajduje się on w samym sercu starej części

miasta. Jest to największy plac w marrakeszeńskiej a zarazem największa atrakcja turystyczna miasta. Gdy zapada zmierzch środek placu przypomina olbrzymią restaurację, pełną jadłodajni na świeżym powietrzu. Dodatkową atrakcją tego placu są wspaniali uliczni artyści. Można tu było zobaczyć zaklinaczy węży, treserów małp, akrobatów, tancerzy, wróżbitów, kobiety malujące henną wzory na rękach i nawet dentystów pracujących pod gołym niebem. Podczas naszego pobytu wielokrotnie odwiedzaliśmy plac Dżemaa el-Fna, to malownicze miejsce działało jak magnes, kusilo niesamowitym klimatem i zapachem pysznego jedzenia, bowiem stoiska oferowały bogaty wybór marokańskich specjałów. Mięso z grilla, kuskus z kurczakiem, tadżin, królewskie krewetki w panierce, aromatyczną harirę, to tylko kilka z wielu smakowitych dań. Nie zapomnę również stoisk z równiutko ułożonymi pomarańczami i soku z tych owoców, który tam smakował wyjątkowo. Ponadto plac ten otoczony jest licznymi kafejkami pod gołym niebem, gdzie można było odpocząć po dniu pełnym wrażeń i wypić mieszankę przepysznej herbaty zielonej z mięętą. Podobny klimat do placu Dżemaa el-Fna, można było odczuć snując się pomiędzy stoiskami na bazarach. Suk - tak nazywa się po marokańsku bazar. Największym i najbardziej znanym bazarem Maroka jest targ w Marrakeszu. Wzdłuż krętych i wąskich uliczek medyny ciągną się kilometrami stoiska z bogactwem towarów. Labirynt uliczek jest niezmierny. Na suk (bazarze) można kupić absolutnie wszystko, biżuterię, orientalne przyprawy usypane w dekoracyjne stożki, niezliczone gatunki oliwek, dywany, ubrania, buty, zmysłowe tkaniny w tysiącach kolorów, popularne marokańskie bambosze, ażurowe lampy, antyki i zagadkowe mikstury, amulety i kadzidła. Podczas kupowania, oczywiście obowiązkowo należy się targować, jest to rytuał, bez którego nie może się odbyć żadna udana transakcja.



Czas niezapomniany, przepiękne wspomnienia... egzotyczny świat

Zakupienie czegokolwiek bez targowania, może zostać uznane za obrazę sprzedawcy i brak szacunku. Tej panującej tam atmosfery nie da się opisać słowami, trzeba to przeżyć na własnej skórze. Na rozległym obszarze marrakeszeńskiej medyny w sieci uliczek i zaułków kryją się główne zabytki miasta. Najbardziej znanym i najważniejszym zabytkiem w mieście jest meczet Al-Kutubijja z XII wieku. Nazwa meczetu pochodzi od arabskiego słowa al-Kutubijjin (bibliotekarz), gdyż na placu przed meczetem swoje stragany mieli sprzedawcy książek. Ten piękny i bardzo okazały obiekt robi wrażenie. Z uwagi na rozmiary, położenie w sercu miasta oraz historię jest nazywany strażnikiem Marrakeszu. Wieża meczetu ma 70 m wysokości i jest widoczna z wielu punktów Marrakeszu. Turyści nazywają ją miejscową Wieżą Eiffla. Wieża jest ozdobiona czterema kulami z miedzi które, według legendy były tylko trzy, pierwotnie zrobione z czystego złota. Czwartą kulę podarowała żona Kalifa Mansura, jako zadośćuczynienie za złamanie postu, w czasie ramadanu zjadła trzy winogrona. Ze szczytu meczetu rozciąga się wspaniały widok na prawie cały Marrakesz. Niestety w czasie naszego pobytu meczet można było podziwiać tylko z zewnątrz.

Następnym miejscem, które odwiedziłyśmy był Pałac Al-Bahia, zwany „błyszczącym”. Jego nazwa oznacza „pałac faworyty”. Powstał pod koniec XIX. Aleja prowadząca do pałacu wysadzana jest palmami, cyprysami, drzewkami pomarańczowymi i bananowymi, w środku duży dziedziniec ozdobiony fontannami, przy których znajdował się harem wezyra, mieszkały tu jego żony i faworyty. Pałac Al-Bahia to miejsce pełne historii z unikalną arabską architekturą, na sufitach z drewna cedrowego są przepiękne zdobienia, na ścianach mieniące się kolorami mozaiki, wspaniałe witraże, drzwi i łuki pięknie rzeźbione, wszystko to przypomina o dawnej świetności tego pałacu. Szkoda tylko, że nie zachowało się nic z wyposażenia pałacu, ale mimo takich braków, oglądając pałac Al-Bahia czuło się magię tego tradycyjnego arabskiego klimatu. Zachęcam koniecznie do odwiedzenia tego miejsca, należy tylko sprawdzić, w jaki dzień tygodnia Pałac Al-Bahia jest otwarty dla turystów.

Po tej dużej dawce wrażeń, wybrałyśmy się do jednego z najpiękniejszych ogrodów Marrakeszu. Ogród Jardin-Majorelle, to jedyny ogród botaniczny w Marrakeszu. Został zaprojektowany przez artystę Jacques Majorelle i był własnością Yves Saint-Laurent. Jest to wspaniałe miejsce z kolekcją egzotycznych roślin z całego świata. Wspaniała oaza zieleni i wody. Rosną tam egzotyczne drzewa i niesamowite ilości kaktusów. Te przepiękne rośliny zachwycały swoją różnorodnością. Mniej więcej w środku ogrodu wznosi się jaskrawoniebieski dom, muzeum sztuki islamskiej z ciekawą kolekcją berberyjskich dywanów, biżuterii i ceramiki. Ogólnie w ogrodzie dominuje bardzo intensywny kolor niebieski kontrastujący z otaczającą go zielenią. Wielkie donice z roślinnością pomalowane na niebiesko, żółto, pomarańczowo i zielono. To wszystko razem, tworzy piękną paletę barw. Polecam każdemu, kto będzie w Marrakeszu na odwiedzenie tego przepięknego ogrodu. Wspaniały klimat tego miejsca, śpiew ptaków, szum wody oraz cudowna roślinność dają wytchnienie i wspaniały relaks.

Czas niezapomniany, przepiękne wspomnienia i chęć opowiadania o innym egzotycznym świecie. Zapraszam do dalszych wspomnień z pobytu w Marrakeszu w następnym numerze Biuletynu.

Grażyna Margas



Zachęcamy do wspólnego zwiedzania świata i dzielenia się wrażeniami z naszymi Czytelnikami.

W zimowej szacie...

Perspektywa

to nic że zimno
że śnieg z deszczem
buduje kapryśne przeszkody
serwując szarość otoczenia

to nic że chłodno
że wiatr pokazuje siłę
chcąc odebrać resztki ciepła
a mróz jakby się pogubił

to nic że smutno
że słońce zapomniało się obudzić
aby choć troszeczkę rozjaśnić istnienie
zamazać nijakość codzienności

to nic że trudno
że stopy prowadzą inaczej niż zwykle
ciało jakby cięższe
i wszystko na opak

to nic że zima...
w prezencie przyniosę radość chwili
całość opasam tęczą
razem ogrzejemy się przy kominku

zapomnimy o tym co teraz
w perspektywie wiosna
magia odcieni światła zieleni
nowe życie

Krystyna Wajda



Pierniki

Ciasto:

10 dag tłuszczu (masła lub margaryny)
14 dag cukru
30 dag miodu
50 dag mąki
2-3 łyżeczki proszku do pieczenia
szczypta soli
2 żółtka
przyprawa do piernika (lub indywidualnie przygotowana mieszanka przypraw)

Wykonanie:

Tłuszcz, cukier, miód i przyprawę do piernika zagotować. Do wystudzonej masy dodać pozostałe składniki i wyrobić ciasto. Gdy będzie elastyczne, rozwałkować i wycinać pierniczki o przeróżnych kształtach – najlepiej świątecznych. Piec w temperaturze 180-200 °C.

Upieczone pierniczki ozdabiamy kolorowym lukrem, czekoladą i posypkami. Do tej pracy proponuję zachęcić dzieci, dla których będzie to fantastyczna zabawa. Pierniczki należy upiec wcześniej, gdyż bezpośrednio po upieczeniu są twarde, a jak „poleżakują” będą miękkie i rozpływające się w ustach.



Smacznego!



Szpital Powiatowy w Sławnie

MOTTO, KTÓRYM KIERUJEMY SIĘ
W GODZIENNEJ PRACY:

Jeśli nie chcesz – znajdziesz powody
Jeśli zechcesz – znajdziesz metody

Misją Szpitala Powiatowego w Sławnie jest zapewnienie pacjentom szerokiego zakresu wysokiej jakości świadczeń preventywnych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych realizowanych przez wykwalifikowaną i zmotywowaną kadrę, zdolną do szybkiej reakcji wobec wymagań nabywcy świadczeń i prawdziwie wrażliwą na zmieniające się oczekiwania pacjenta.

Dyrektor – Arkadiusz Michalak
Z-ca Dyrektora ds. Leczniczych – Jarosław Świargiel
Pielęgniarka Naczelna – Urszula Broniszewska



Z usług Szpitala Powiatowego w Sławnie w zakresie opieki stacjonarnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, korzysta ponad 30.000 pacjentów rocznie.

W skład struktur organizacyjnych szpitala wchodzi następujące oddziały szpitalne: Chirurgiczno - Ortopedyczny, Chorób Wewnętrznych, Ginekologiczno - Położniczy, Dziecięco - Noworodkowy, Reumatologii i Rehabilitacji, Intensywnej Terapii i Anestezjologii.

poradnie: ortopedyczna, chirurgiczna, Por. K, preluksacyjna, kardiologiczna, laryngologiczna, rehabilitacji leczniczej

oraz pracownie: laboratorium diagnostyczne z pracownią bakteriologii, radiodiagnostyki w Sławnie i Darłowie, ultrasonografii, endoskopii.

Od 2006 r. posiadamy certyfikację w zakresie wdrożenia i doskonalenia systemu zarządzania jakością na zgodność z normą ISO 9001:2008 w obszarze reumatologii i rehabilitacji, pediatrii, diagnostyki laboratoryjnej, endoskopii, radiodiagnostyki i ultrasonografii.

W szpitalu pracuje wiele komitetów powołanych zarządzeniem Dyrektora, w tym m.in. od 2004 r. Komitet Jakości ds. Opieki Pielęgniarskiej i Położniczej zrzeszający pielęgniarki i położne ze wszystkich oddziałów szpitalnych. Głównym zadaniem i celem Komitetu jest standaryzacja usług pielęgniarstwa oraz organizowanie szkoleń wewnątrzszpitalnych dla pielęgniarek i położnych.

Opieka pielęgniarstwa nad hospitalizowanymi pacjentami oparta jest o indywidualny proces pielęgnowania i dokumentowana w historii pielęgnowania, której formularze opracowały pielęgniarki i położne naszego szpitala. Stanowi to kluczowy walor w ocenie większości hospitalizowanych pacjentów.

Szpital Powiatowy współpracuje z uczelniami wyższymi realizując praktyki w zawodach: lekarza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty.



Szpital Powiatowy w Sławnie, ul. 1-go Pułku Ułanów 9, 76-100 Sławno
Tel. Sekretariat: 598103031, fax 598102423, e-mail: szpital@szpital-slawno.pl