



Morze Spraw

Nr 4 (99) 2014 r. (ROK XXII) ISSN 1231-4846

BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



W numerze:

Prozdrowotny styl życia Europejsek s. 4

ICE ratuje życie i zdrowie s. 20

Kobieta w centrum - relacja ze szkolenia s. 28

Szanowni Koleżanki i Koledzy



Justyna Laska
przewodnicząca
ORPiP w Koszalinie

Rok 2014 zbliża się ku końcowi. Zawsze w takim momencie pojawia się pytanie, „jaki był?”. Myślę, że nie ma jednoznacznej odpowiedzi, gdyż tak jak i w życiu każdy subiektywnie dokonuje oceny otaczających go wydarzeń.

W moim przekonaniu nie był to rok łatwy dla sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie wielu przepisów na stałe zmieniło charakter funkcjonowania polskich placówek ochrony zdrowia. Nie był to również łatwy rok dla samorządów terytorialnych i zawodowych, bowiem wydarzenia legislacyjne kończącego się już roku wywarły znaczny wpływ na nasze zawody. Prezydent RP w sierpniu podpisał zmiany do ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw, między innymi takich jak: ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia oraz ustawa o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, mające istotny wpływ na wykonywanie naszych zawodów. Zmiany te związane były z przyjętym tzw. „pakietem kolejkowym” i wywołały burzliwą dyskusję w naszym środowisku. Otrzymaliśmy też dodatkowe uprawnienia, zwiększające równocześnie odpowiedzialność zawodową.

W bieżącym Biuletynie przedstawiamy ważne komunikaty i opinie dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarstwa i położnej. Zapraszam również do lektury artykułów, m.in. „Prozdrowotny styl życia Europejki w okresie okołoporodowym”.

Jak zwykle zamieszczamy kalendarium najważniejszych wydarzeń Izby w ostatnim okresie oraz ciekawe sprawozdania z konferencji i szkoleń, w których uczestniczyli członkowie Naszej Izby. W czasopiśmie nie może zabraknąć również tekstu ze stałego cyklu Kącik Dobrej Książki.

Korzystając z okazji, że to ostatni tegoroczny numer pragnę podziękować wszystkim pielęgniarkom, położnym i pielęgniarzom za ciężką pracę, jaką wykonywali na rzecz pacjenta i za godne reprezentowanie naszych profesji.

Członkom zespołu redakcyjnego dziękuję za wsparcie i życzliwość, opinie, sugestie i różne propozycje rozwiązań a czytelnikom współtworzącym biuletyn za ciekawe artykuły i zdjęcia.

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia składam najserdeczniejsze życzenia, pogody ducha oraz wszelkiej pomyślności Wszystkim Stowarzyszonym w Naszej Izbie i ich rodzinom. Niech radość i spokój Świąt towarzyszy wszystkim przez cały Nowy Rok – 2015. Życzę, aby był to Rok szczęśliwy w osobiste doznania, spełnił zamierzenia i dążenia zawodowe oraz przyniósł wiele satysfakcji z własnych dokonań.

Przewodnicząca ORPiP
Justyna Laska



DZIAŁY TEMATYCZNE

DOBRA PRAKTYKA	4
KALENDARIUM	11
WOKÓŁ SAMORZĄDU	12
AKTUALNOŚCI	19
WARTO WIEDZIEĆ	24
PORADY PRAWNE	25
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	26
W WOLNEJ CHWILI	31
WARTO ZOBACZYĆ	32
KONDOLENCJE	34

WAŻNE DATY

- 01.12 Dzień walki z AIDS
 06.12 Mikołajki
 24-26.12 Święta Bożego Narodzenia
 31.12 Sylwester/Nowy Rok
 11.01 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-Intrologatorska
 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

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

Sekretariat OIPiP
 - Bożena Pstrągowska
 email: izba@oipip-koszalin.org

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

Prozdrowotny styl życia Europejsek w okresie okołoporodowym

dr Małgorzata Lesińska-Sawicka



Wstęp

Zdrowie stanowi jeden z najważniejszych czynników warunkujących harmonijny rozwój człowieka, jego rolę w społeczeństwie, zdolność do wykonywania ważnych zadań i osiąganie zamierzonych celów. Zdrowie traktowane jest jako pełna możliwość człowieka, proces dynamiczny, kształtowany w sposób ciągły przez oddziaływanie na człowieka w szerokim zakresie czynników: biologicznych, społecznych i kulturalnych.

Pojęcie „styl życia” zostało spopularyzowane m.in. za przyczyną „pól Lalonde” kiedy zespół M. Lalonde stworzył teoretyczne podstawy kanadyjskiej polityki zdrowotnej zawartej w „A New Perspective on the Health of Canadian's” [4]. Na styl życia składa się szereg elementów dotyczących naszego codziennego postępowania i życia [3, s. 182].

Styl życia jest wytworem kultury, bowiem to ona definiuje sposób zachowań, oczekiwania charakterystyczne dla dzieciństwa, dojrzałości, wieku podeszłego. Każda kultura tworzy własną wersję poszczególnych stadiów wieku biologicznego i przypisuje kolejnym etapom pewne formy życia rodzinnego, zawodowego, publicznego.

Styl życia jako wytwór kultury oznacza charakterystyczny dla jednostki lub grupy sposób zachowania. Klasyczna koncepcja stylu życia, stworzona przez Maxa Webera, sprowadziła to pojęcie do „szans życiowych” danej grupy i indywidualnych wyborów podejmowanych przez jednostkę [9, s. 82 – 83]. Współczesne koncepcje traktują styl życia natomiast jako cechy danej kultury, które charakteryzuje zróżnicowania, dające możliwość dokonania określonych wyborów. Styl życia to również zbiór zachowań i pewna orientacja życiowa, oznacza pewną identyfikację jednostki z określonymi wytworami kulturowymi.

Styl życia przejawia się we wszystkich dziedzinach życia ludzkiego: pracy, sposobie urządzania mieszkań, stroju, formach spędzania czasu wolnego, kontaktach z innymi ludźmi oraz w zachowaniach związanych ze zdrowiem i chorobą.

Mówiąc natomiast o prozdrowotnym stylu życia przede wszystkim należy podkreślić, że są to świadome działania podejmowane przez jednostkę w celu zwiększenia potencjału zdrowia. Wśród zachowań tych literatura przedmiotu wyróżnia cztery grupy [10, s. 52]:

1. Zachowania związane głównie za zdrowiem fizycznym: dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość.
2. Zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym: korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, unikanie nadmiaru stresu i radzenie sobie z problemami i stresem.
3. Zachowania prewencyjne: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym, bezpieczne zachowania w życiu seksualnym.
4. Niepodejmowanie zachowań ryzykownych: niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków nie zleconych przez lekarza, nieużywanie innych substancji psychoaktywnych.

Zdrowie narodzonego dziecka jest wypadkową wielu czynników działających na jego organizm w trakcie życia prenatalnego,

opieki prenatalnej, wieku rodziców, jakości ich materiału genetycznego ale w największej mierze stylu życia matki przed ciążą i w jej trakcie.

Macierzyństwo, mówiąc najogólniej, jest to proces stawania się i bycia matką. Obejmuje zasięgiem czasowym nie tylko bezpośredni fakt urodzenia dziecka i opiekę nad nim, ale poprzedzający go okres ciąży oraz czas przed zajściem w ciążę [7, s. 219].

Materiał

Przedmiotem badań były kobiety będące matkami dzieci do 10 roku życia, zamieszkujące kraje europejskie i ich postawy względem macierzyństwa, rozpatrywane pod kątem wybranych zachowań prozdrowotnych, takich jak: planowanie ciąży, antykoncepcja i regulacja urodzin, wiek kobiety w momencie zajścia w pierwszą ciążę, regularność wizyt u położnej/lekarza w ciąży, świadomość zmian zachodzących w organizmie kobiety i jej dziecka w czasie ciąży, uczęszczanie do szkoły rodzenia, stosowanie używek i środków psychoaktywnych w ciąży, długość karmienia piersią.

Metoda

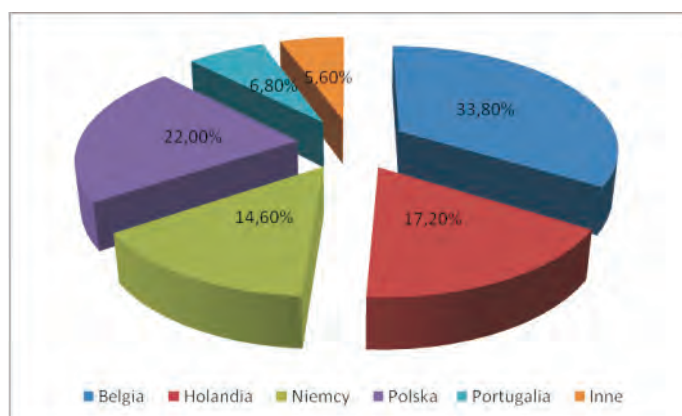
W badaniu wykorzystano metodę statystyczną polegającą na ilościowym ujmowaniu zjawisk społecznych i psychospołecznych – tutaj mierzącą poglądy Europejsek. Uzupełnieniem wyników badań była także analiza jakościowa wypowiedzi respondentek.

Zastosowaną w badaniu techniką była ankieta skierowana do kobiet z wybranych krajów europejskich - Belgii, Holandii, Niemiec, Polski, Portugalii, Wielkiej Brytanii, Maroko, Finlandii, Turcji.

Celem badań było znalezienie odpowiedzi na pytanie – jak wygląda styl życia współczesnych Europejsek przygotowujących się do roli matki?

Wyniki

W badaniu udział wzięło 560 kobiet z: Belgii, Holandii, Niemiec, Polski, Portugalii, Wielkiej Brytanii, Maroko, Finlandii, Turcji (ryc. 1).



Ryc. 1. Procentowy udział respondentek z wybranych krajów europejskich. Źródło: badanie własne

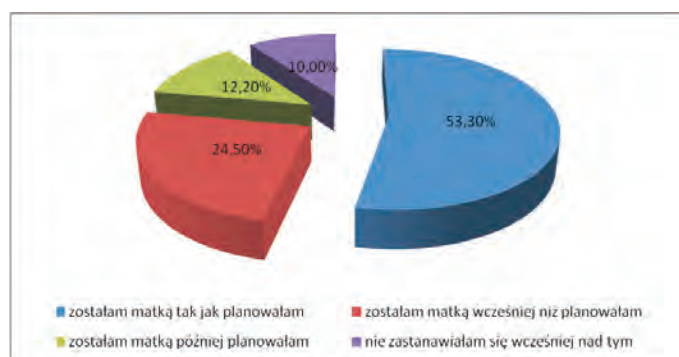
Respondentki charakteryzowały się: średnim wiekiem podczas badania – 34,3 lat; średnim wiekiem podczas rozpoczynania współżycia płciowego – 17,7 lat; średnim wiekiem podczas zajścia w pierwszą ciążę – 25,3 lat.

Biorąc pod uwagę zaprezentowany przez Barbarę Woynarowską [8, s. 52] podział czynników prozdrowotnych na grupy, wymienione elementy brano pod uwagę w prezentowanym badaniu, można poklasyfikować następująco:

1. Zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym: planowanie ciąży, wiek kobiety w momencie zajścia w pierwszą ciążę, świadomość zmian zachodzących w organizmie kobiety i jej dziecka w czasie ciąży.
2. Zachowania prewencyjne: regulacja urodzin, regularność wizyt u położnej/lekarza w ciąży, uczęszczanie do szkoły rodzenia, długość karmienia piersią.
3. Podejmowanie zachowań ryzykownych: stosowanie używek i środków psychoaktywnych w ciąży.

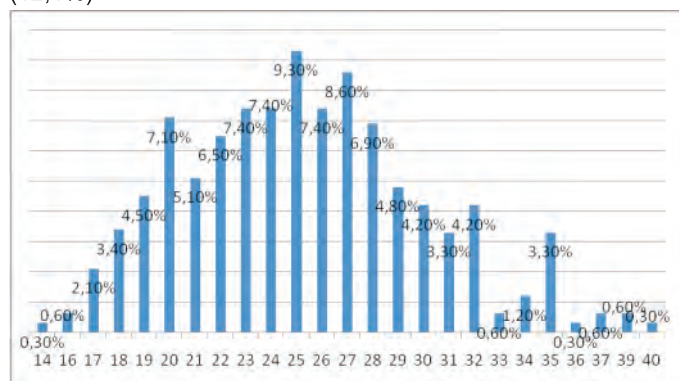
Zachowania związane głównie ze zdrowiem psycho-społecznym

Respondentki biorące udział w badaniu, w większości stwierdziły, że zostały matkami w czasie, w którym planowały (53,3% wskazań), podczas gdy u 36,7% kobiet plany reprodukcyjne nie pokryły się z rzeczywistym czasem zostania matką (ryc. 2). Wśród badanych, które planowały swoją ciążę na inne fazy życia było 29,0% respondentek, które nie stosowały antykoncepcji i 12,9% leczących się z partnerem z powodu niepłodności.



Ryc. 2. Plan prokreacyjny respondentek a rzeczywisty czas zostania matką. Źródło: badania własne

Najlepszym wiekiem dla kobiety na urodzenie pierwszego dziecka - w opiniach naukowców i lekarzy - jest czas między 20 a 30 rokiem życia. Na potwierdzenie tego sądu przytaczanych jest wiele różnych argumentów, dotyczących aspektów biopsychospołecznych życia osobniczego kobiet, funkcjonowania rodziny i korzyści dla społeczeństwa. Najwięcej, bo 75,0% respondentek zachodziło w swoją pierwszą ciążę w optymalnym wieku rozrodczym, czyli między 20 a 30 rokiem życia (ryc. 3). Poniżej 20 lat zaszło w ciążę 11,0% kobiet, najczęściej z Niemiec (16,3%), Belgii (12,3%), podczas gdy odkładało swoją ciążę na późniejsze fazy życia 14% respondentek, głównie z Holandii (12,1%).



Ryc. 3. Wiek kobiet w momencie zajścia w pierwszą ciążę. Źródło: badania własne

Na podstawie przytoczonych wyników można powiedzieć, że kobiety świadomie, w najlepszym dla siebie czasie planowały swą pierwszą ciążę, będąc przygotowanymi psychicznie i fizycznie do roli matki.

Ta świadomość macierzyństwa znajduje również potwierdzenie w zainteresowaniu kobiet swym stanem, bowiem większość badanych interesowała się przebiegiem swej ciąży i zmianami zachodzącymi w organizmie w trakcie jej trwania.

Wśród kobiet, które brały udział w badaniu, 92,6% wiedziało co dzieje w czasie ciąży w organizmie jej i dziecka, podczas gdy 3,6% nie wiedziało a 3,8% nie myślało o tym – były to respondentki z Holandii (22,4%) i Niemiec (10,2%).

Zachowania prewencyjne

Respondentki biorące udział w badaniu w 66% przypadków podejmowały zachowania prewencyjne polegające na poznaniu i regulacji swojej płodności. W celu zapobiegania wystąpieniu ciąży w niedogodnym dla nich czasie, okolicznościach i warunkach życiowych stosowały najczęściej:

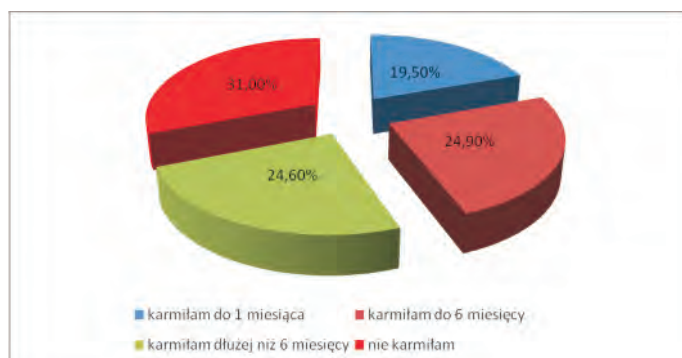
- metody farmakologiczne (tabletki, zastrzyki, implanty) – 31,2% wskazań,
- metody naturalne planowania rodziny – 23,8%,
- metody mechaniczne (wkładki domaciczne, membrany, prezerwatywy) – 16,7%,
- metody chemiczne (środki plemnikobójcze) – 8,6%.

Spośród kobiet biorących udział w badaniu 19,7% respondentek nie stosowało żadnych metod regulacji poczęć lub antykoncepcji. Pochodziły one z Belgii (43,0%), Polski (32,0%), Portugalii (17,4%). Natomiast najczęściej nie planowały swojej ciąży kobiety z: Niemiec (53,1%), Belgii (36,3%), Holandii (36,2%).

Respondentki biorące udział w badaniu w większości – 94,1% wskazań, stosowały się do zaleceń personelu medycznego względem regularności zgłaszania się na wizyty kontrolne, podczas gdy 5,9% kobiet nie charakteryzowało tą się systematycznością – 0,6% nie było wcale u lekarza/położnej w czasie ciąży, 5,3% - zgłaszało się różnie od 1 do 20 razy. Ciężarne, które nie zgłaszały się regularnie na wizyty pochodziły głównie z Holandii (10,3%), Portugalii (8,7%), Belgii (7,9%).

Spośród respondentek 48,8% uczęszczało na zajęcia przygotowujące do rodzicielstwa w szkole rodzenia. Kobiety biorące udział w badaniu, które nie korzystały ze szkoły rodzenia pochodziły głównie z Portugalii (95,7%), Belgii (62,3%) i Polski (56,8%).

Wśród badanych 69,0% karmiło naturalnie swoje dziecko od 1 do przeszło 6 miesięcy (ryc. 4). Nie karmiły piersią wcale kobiety pochodzące głównie z Belgii (14,3%) i Holandii (8,6%).



Ryc. 4. Karmienie piersią przez respondentki. Źródło: badania własne

Niepodejmowanie zachowań ryzykownych

Prawie jedna czwarta respondentek będąc w ciąży stosowała lub przyjmowała używki i środki psychoaktywne: paliło papierosy, piło alkohol, brało narkotyki. Były to kobiety pochodzące z Holandii (55,2%), Belgii (23,7%), Portugalii (21,7%).

Omówienie

Tematyka zachowań zdrowotnych Europejki będących w ciąży jest zagadnieniem jeszcze nie spotykanym w dyskursach medycznych. Tymczasem warto jest przyrzeć się zachowaniom kobiet patrząc szerzej, wychodząc poza granice poszczególnych państw ponieważ postępująca uniformizacja świata powoduje, że różnice pomiędzy poszczególnymi krajami pomalą zaczynają zacierać się.

Wśród rodzajów zachowań zdrowotnych wyodrębnionych przez Barbarę Woynarowską w niniejszych badaniach wzięto pod uwagę zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym, zachowania prewencyjne oraz podejmowanie zachowań ryzykownych.

Przygotowanie do rodzicielstwa to wybór najlepszego czasu tak aby okres prenatalny przebiegał w optymalnych warunkach, to wiedza o rozwoju dziecka, świadomość zmian jakie zachodzą w organizmie matki, dbałość o samopoczucie w ciąży poprzez odbywanie regularnych wizyt u położnej lub lekarza położnika, uczęszczanie do szkoły rodzenia, niestosowanie używek i środków psychoaktywnych a także troska o dziecko już po urodzeniu przejawiająca się m.in. karmieniem piersią przez co najmniej okres 6 miesięcy, jak zaleca Światowa Organizacja Zdrowia.

Wiedza o zdrowiu i jego determinantach oraz przygotowanie do rodzicielstwa stanowią część wychowania ogólnego [8, s. 16].

Według raportu Marc'a Lalonde przeszedł w 50% wpływamy na swoje zdrowie, wzmacniając jego potencjał bądź doprowadzając do jego utraty. Nowonarodzone dziecko owe 50% zawdzięcza swoim rodzicom a głównie matce i jej dbałości o zdrowie w okresie poprzedzającym bezpośrednio fakt poczęcia i w czasie już samej ciąży.

Mając na względzie, że styl życia jest cechą kulturową należy pamiętać o tym, że kultura zbiorowości kształtując kulturę osobistą jednostek, wpływa bezpośrednio i pośrednio na sposób, w jaki człowiek zaspokaja swoje potrzeby zdrowotne [9, s. 82 – 83]. Owy społeczny klimat panujący wokół dbałości o zdrowie będący jednocześnie elementem stylu życia jest w dużej mierze wyznacznikiem działań podejmowanych w kierunku zapewnienia sobie komfortu we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka. Mówiąc więc o zachowaniach prozdrowotnych kobiet będących w okresie okołoporodowym trzeba mieć na uwadze zarówno standardy opieki położniczej obowiązujące w danym kraju jak również cechy specyficzne dla różnych narodowości i wzory zachowań w tym także zdrowotnych, które są wypracowywane w procesie socjalizacji.

Warto jeszcze dodać, że decyzje prokreacyjne mają zarówno wymiar medyczny, zdrowotny, gdyż wiążą się one z funkcjonowaniem organizmu ludzkiego, poddawanego kontroli instytucji związanych z medycyną naukową, i społeczny dlatego, że u podłoża tych procesów biologicznych i funkcjonowania organizmu człowieka leżą warunki życiowe ludzi, organizacja i funkcjonowanie życia zbiorowego oraz kultura [11, s. 5]. Tak więc zachowania prozdrowotne kobiet decydujących się na macierzyństwo mają swoje podstawy w aspektach medycznych jak i społecznych.

Zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym wiążą się przede wszystkim z zapewnieniem, szeroko pojętego, poczucia bezpieczeństwa i uzyskaniem akceptacji społecznej. Działania podejmowane w tym kierunku zapewniają człowiekowi przede wszystkim równowagę wewnętrzną, harmonijne współgranie osobistych celów z oczekiwaniami społecznymi oraz satysfakcjonujące wypełnianie roli społecznej.

Zachowania prewencyjne, które z założenia swojego mają nie dopuszczać do zmniejszenia potencjału zdrowotnego, polegają na podejmowaniu działań sprzyjających pomnażaniu zdrowia poprzez wzbogacanie wiedzy o nim oraz zapobieganie występowaniu objawów, zaburzeń czy też zjawisk niekorzystnych dla człowieka pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym. Zachowania prewencyjne to również „zachowania medyczne” związane z korzystaniem z usług medycznych, np.: wizyty u lekarzy, badania kontrolne, profilaktyczne [2, s. 185].

Doskonałym źródłem wiedzy o prawidłowym rozwoju ciąży i dziecka, a także późniejszej pielęgnacji noworodka, przygotowania się przyszłych matek do wypełniania zadań macierzyńskich jest szkoła rodzenia. Porusza ona najistotniejsze zagadnienia okołoporodowe, które tłumaczone i wyjaśniane są przez profesjonalnie do tego przygotowane osoby: lekarzy położników, neonatologów, położne, psychologów, dietetyków, pracowników socjalnych, kinezyterapeutów. Szkoła rodzenia jest jedną z form przygotowania rodziców do nowej życiowej roli, pomaga w kształtowaniu właściwych postaw, tym samym zapobiega występowaniu niepokojących sytuacji dla rodziców i dziecka. Jest także swego rodzaju grupą wsparcia dla przyszłych rodziców.

Do elementów nowonarodzonego dziecka zaliczyć można również karmienie piersią, które jest najlepszym sposobem odżywiania noworodków i niemowląt. Daje ono dziecku wiele korzyści biopsychospołecznych zarówno w okresie samego karmienia jak i w późniejszych latach jego życia. Mleko matki zabezpiecza dziecko przed wieloma groźnymi chorobami wieku dziecięcego, młodzieńczego jak również dorosłego. Proces karmienia buduje silną więź emocjonalną między matką a dzieckiem, zapewnia mu spokój oraz poczucie bezpieczeństwa, wspomaga również jego rozwój intelektualny.

Kobiety karmiące piersią łatwiej znoszą trudy macierzyństwa. Są pewniejsze siebie, spokojniejsze oraz lepiej rozpoznają potrzeby niemowlęcia [5, s. 121].

Zachowania ryzykowne to działania przeciwko własnemu zdrowiu, często nieświadomie podejmowane ale w konsekwencjach swych groźne. Wśród zachowań szczególnie ryzykownych jest stosowanie substancji psychoaktywnych przez ciężarne, mające istotny negatywny wpływ na przebieg ciąży. Zachowania te, w omawianym kontekście, są wyjątkowo ryzykowne ponieważ wpływają niekorzystnie nie tylko na stan zdrowia matki ale przede wszystkim na rozwijające się wewnątrzłonowo jej dziecko ze wszystkimi konsekwencjami, m. in. takimi jak: niską wagę urodzeniową dziecka prowadzącą do jego chorób, niepełnosprawności, wczesnej śmierci noworodka lub zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej niemowlęcia (SIDS), większej podatności na choroby wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego [6, s. 57].

Na zakończenie warto podkreślić, że promocja zdrowia prokreacyjnego to nie tylko oddziaływanie medyczne, ale przede wszystkim ogół zachowań prozdrowotnych określających styl życia kobiet.

Zachowania prozdrowotne kobiet ciężarnych warunkują optymalny przebieg ciąży, rozwój dziecka i zdrowie matki. Wśród czynników korzystnie nań wpływających istotne miejsce zajmują prawidłowy sposób żywienia i właściwa jakość zdrowotna żywności. Również przyjmowanie kwasu foliowego jest istotnym elementem profilaktyki wad cewy nerwowej. Dodatkowo pozytywny wpływ na przebieg ciąży, porodu i pogoju wywiera podejmowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej i udział w zajęciach szkoły rodzenia, a wczesne rozpoczęcie opieki przedporodowej i odpowiedni jej poziom pozwalają na regularną kontrolę stanu zdrowia i skuteczną eliminację ewentualnych powikłań [1, s. 48].



Wyniki

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Pozytywne:

- Kobiety planują swoją ciążę i zostają matkami w czasie, który uważają za optymalny do rodzenia dzieci, najczęściej w wieku 20–30 lat;
- Regularnie zgłaszają się na wizyty kontrolne będąc w ciąży;
- Świadome są zmian zachodzących w czasie ciąży w organizmach ich i dzieci;

2. Negatywne:

- Kobiety nie doceniają znaczenia szkoły rodzenia w przygotowaniu do rodzicielstwa;
- Kobiety nieświadome są skutków stosowania nawet okazynego, środków psychoaktywnych;
- Mniej kobiet niż należałoby się spodziewać karmiło swoje dziecko piersią przez co najmniej 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniami WHO.

Podsumowując uzyskane rezultaty badań należy jednoznacznie stwierdzić, że choć postawy Europejki w wielu sytuacjach są sprzyjające zdrowiu to jednak nie do końca są one świadome skutków dalszych ich zachowań podejmowanych w okresie prenatalnym. Wydaje się więc słuszne aby personel medyczny i edukatorzy zdrowia podejmowali dyskusje z kobietami planującymi ciążę oraz w programach edukacyjnych zawierali treści związane z ukazywaniem niekorzystnych dla rozwijających się wewnątrzłonowo dzieci, zachowań szkodliwych. Opieka przedporodowa ma na celu wykształcenie u kobiet zachowań prozdrowotnych przed poczęciem dziecka, ale także w czasie jego rozwoju płodowego, aż do narodzin. Podstawowe cele opieki okołoporodowej to: dostarczanie informacji, udzielanie porad, edukacja kobiety ciężarnej a także zajmowanie się dolegliwościami w czasie ciąży, stały nadzór nad przebiegiem ciąży, zapobieganie, wykrywanie i zajmowanie się problemami i czynnikami ryzyka, które mają niekorzystny wpływ na przebieg ciąży.

Bibliografia

1. Gacek M., 2010, Niektóre zachowania zdrowotne oraz wybrane wskaźniki stanu zdrowia grupy kobiet ciężarnych, *Probl Hig Epidemiol*, 91 (1), 48-53.
2. Hild-Ciupińska K., 2009, Skala pozytywnych zachowań dla kobiet, *Probl Hig Epidemiol*, 90 (2), 185-190.
3. Kulmatycki L., Supiński J., 2005, Healthy lifestyle and health of Poles among EU countries—comparative analyses, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, Vol.LX, suppl. XVI, 265, 181-186.
4. Lalonde M., 1974, A New Perspective on the Health of Canadians, Information Canada.
5. Lesińska-Sawicka M., Waśkow M., Maniak I., 2009, Odczucia kobiet związane z karmieniem piersią. (w:) Opala T., Gaworska-Krzemińska A., Olszewski J. (red.) *Położna i pielęgniarka partnerką lekarza w medycznej opiece nad kobietą*. Bernardinum, 117-127.
6. Lesińska-Sawicka M., Waśkow M., 2009, Zjawisko palenia papierosów wśród kobiet w okresie okołoporodowym. (w:) Opala T., Gaworska-Krzemińska A., Olszewski J. (red.) *Położna i pielęgniarka partnerką lekarza w medycznej opiece nad kobietą*. Bernardinum, 57-67.
7. Lesińska-Sawicka M., 2007, Późne macierzyństwo. Studium socjomedyczne, Nomos.
8. Lichtenberg-Kokoszka E., 2008, Cięża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym, *Impuls*.
9. Tobiasz-Adamczyk B., 2000, Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Wydawnictwo UJ.
10. Woynarowska B., 2008, Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne. (w:) *Edukacja zdrowia*, PWN.
11. Woźniak Z., 1990, Socjomedyczne aspekty funkcjonowania rodziny. Nakładem Centralnego Programu Badań Podstawowych.



POŁOŻNA NA MEDAL

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Trwa kampania społeczna „Położna na medal”. Dzięki nominacjom Pani/ Pana pacjentów - którzy oddają swoje głosy na najlepszą ich zdaniem położną - WYBIERZEMY „POŁOŻNĄ NA MEDAL”. Przypominamy, że kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

NAGRODY W KONKURSIE „POŁOŻNA NA MEDAL”:

Voucher wakacyjny o wartości 11 000 zł

Laptop o wartości 5 000 zł

iPad o wartości 3 000 zł

W CIĄGU ZALEDWIE 3 MIESIĘCY OD STARTU KAMPANII „POŁOŻNA NA MEDAL”:

- Pacjenci oddali PONAD 10 000 GŁOSÓW W KONKURSIE na najlepszą położną;
- Zgłoszono PONAD 200 POŁOŻNYCH z całego kraju;
- Ukazało się ponad 60 INFORMACJI W MEDIACH, w tym m.in..wp.pl, dzieci.pl, gazeta.pl, kampaniespoleczne.pl, RynekZdrowia.pl, e-ginekologia, Magazyn Pielęgniarki i Położna, nipip.pl, SuperMama, Mam Dziecko...

Wkrótce na stronie www.poloznamedal.pl powstanie bezpłatna BAZA POŁOŻNYCH, które zostały zgłoszone do konkursu, a która pozwoli na promocję najlepszych położnych i ułatwi wybór położnej przyszłym mamom. Aktualnie na bieżąco na stronie można monitorować wyniki konkursu na najlepszą położną, a na portalu edukacjapacjenta.pl ZAMAWIAĆ BEZPŁATNIE MATERIAŁY PROMUJĄCE KAMPANIĘ.

DZIĘKUJEMY I ZAPRASZAMY DO DALSZEGO UDZIAŁU W KAMPANII!



Kącik Dobrej Książki

„Są książki, które zmieniają sposób patrzenia na świat, po ich przeczytaniu chce się umrzeć albo żyć inaczej.

Jeśli chce się coś zrozumieć, trzeba pytać o to ludzi albo książki. Książki też są ludźmi.

Mogą pomóc jak ludzie i jak ludzie kłamią.”

Ruben Gonzalez Gallego

Słowa, które mogą zwiększyć naszą elokwencję:

PROZOPAGNOZJA- utrata zdolności rozpoznawania twarzy. Jest to zaburzenie percepcji wzrokowej polegające na upośledzonej zdolności rozpoznawania twarzy znajomych lub widzianych już osób, a w niektórych przypadkach ich wyrazu emocjonalnego. Cierpi na nią ok. 2% ludzi. Zaburzenie to może mieć postać nabytą, gdy pojawia się w wyniku uszkodzenia mózgu, lub wrodzoną. Osoby chore na prozopagnozę generalnie nie mają kłopotów ze wzrokiem, ani z zapamiętywaniem faktów. W szczególności nie jest u nich zaburzona pamięć dotycząca znajomych osób i potrafią oni rozpoznawać ludzi na podstawie informacji z innych źródeł niż twarz. Zwykle różnią też poszczególne części twarzy, ale ich kształt i położenie u wszystkich ludzi wydaje im się jednakowe. Na prozopagnozę cierpi podobno Brad Pitt, nie zdziwicie się więc jeśli następnym razem na ulicy uda, że was nie zna.

SYNDAKTYLIA-wrodzona wada polegająca na zrośnięciu dwóch lub więcej palców dłoni i (lub) stopy. Powodowana jest niezajściem apoptozy. Częściej występuje u płci męskiej. W syndaktylii prostej dwa lub więcej palców jest połączone tkanką miękką. W syndaktylii złożonej kości zrośniętych palców są ze sobą połączone. Palce mogą być zrośnięte na całej długości lub tylko częściowo. Do powstania tej wady dochodzi około 16 tygodnia rozwoju płodowego, kiedy w warunkach prawidłowych pod wpływem enzymów dochodzi do rozdzielenia dotychczasowo zrośniętych palców stóp i dłoni. Różne rodzaje mutacji genetycznych mogą leżeć u podłoża syndaktylii.

Stare, znane porzekadło głosi, że „przysłowia są mądrością narodów”.

Niejednokrotnie dzięki krótkiemu, zwięzłemu zdaniu jesteśmy w stanie w prosty, skondensowany sposób, niebywale trafnie scharakteryzować problem lub zjawisko, z którym mamy do czynienia w życiu codziennym. Zapewne dzięki tym właściwościom wielu ludzi tak chętnie posługują się przysłowiami, traktując je nie tyle jako zgrabną formułkę, ale również jako drogowskaz pozwalający odnaleźć własną drogę w konfrontacji z realnymi sytuacjami.

O ile łatwo nam zwykle odczytać ukryty sens poszczególnych porzekadeł, o tyle rzadko kiedy znamy genezę ich powstania.

„Nie zasypiać gruszek w popiele”

Zawsze myślałam, że przysłowie to brzmi: „Nie zasypywać gruszek w popiele”. Nie zastanawiałam się jaka jest geneza przysłowia. Jest prawdziwy problem z tym związkiem frazeologicznym, bo podobnie jak ja, mało kto używa poprawnej

wersji.

Należy to zmienić!!!

„Nie zasypiać gruszek w popiele”, kiedy chce się podkreślić, że sprawy, o których mówimy nie mogą być zaniedbywane. Znaczy to, iż należy wykorzystywać każdą nadarzącą się sposobność, nie zaprzepaszczać szansy na sukces. Dawniej w gorącym popiele, który został po upieczeniu chleba suszono gruszeki. Jeśli ktoś nieuważnie ich pilnował, by się nie spaliły (np. zasnął przy piecu) mówiono, że *zasypia gruszeki w popiele*.

Podobnie się ma z przysłowiem:

„Lepszy rydz niż nic”

To znane, pozornie bezsensowne powiedzenie ma jednak swoje uzasadnienie, bo nie o tego szlachetnego, smacznego i poszukiwanego grzyba (rydza) tu chodzi.

Kiedyś w ubogich, wielkopolskich wioskach tłoczono domowym sposobem olej lniany z wcześniej odpowiednio spreparowanych ziaren lnu. Olej ten, ze względu na jego rudy kolor nazywano olejem rydzikowym lub krótko – „rydzem”. Kiedy gospodyni przygotowywała posiłek, a nie miała słoniny, żeby okrasić suche ziemniaki, wtedy polewała je „rydzem”....

Większość osób uważa, że w tym popularnym powiedzeniu chodzi o grzyba rydza. Nic bardziej mylnego. Powiedzenie dotyczy rośliny uprawnej, poprzedniczki rzepaku, lnianki siewnej. A więc przysłowie „lepszy rydz niż nic” oznacza, że warto jest dysponować czymkolwiek, nawet jeśli nie zaspokaja to całkowicie naszych oczekiwań. Zwykle używamy przysłowia jako pocieszenia, że mimo wszystko coś się zyskało.

A co trzeba koniecznie przeczytać podczas długich zimowych wieczorów?

I jak zwykle coś z naszej piaskownicy, coś bliskiego naszym sercom, coś co wzbogaci nasz umysł, czym będziemy mogli się pochwalić w rozmowach.

„Stulecie chirurgów” - Jurgen Thorwald

Książka porywa już od pierwszych stron. Jest rewelacyjna. Czytelnik wciąga się i czyta „obgryzając paznokcie” jakby lektura była jakimś pasjonującym mrocznym thrillerem.

Autor korzystając z notatek swego dziadka śledzi kamienie milowe chirurgii. Thorwald przenosi nas w czasy, gdy zarówno znieczulenie, jak i przekonanie, że mycie rąk przed zabiegami zmniejsza ilość zakażeń, były wyśmiewane jako bzdury. Zmiany rozpoczęły się dopiero 16 października 1846 roku, kiedy to Massachusetts przeprowadził pierwszą udaną operację pod narkozą. To początek tytułowego stulecia żywiołowego rozwoju chirurgii, której odważne i często ryzykowne poszukiwania porywają kreśli Thorwald.





Barwnie i intrygująco napisana książka wciąga niczym najlepsza powieść. Momentami przejmuję dreszczem, odkrywając przed nami koszty postępu. Mamy okazję dowiedzieć się, jakie ofiary trzeba było ponieść, aby medycyna doszła do tego punktu, w którym jest teraz. Włos się jeży na głowie, gdy cofamy się razem z narratorem do połowy 19. wieku, gdzie uczestniczymy razem z nim przy zabiegach chirurgicznych bez narkozy i bez aseptyki. Lekarze operowali wśród dzikich wyc pacjentów, we frakach albo fartuchach sztywnych od zakrzepłej krwi i ropy, a narzędzia chirurgiczne między zabiegami wycierali w poły fartucha. W miarę upływu lat jesteśmy przy odkrywaniu narkozy, aseptyki (mycie rąk?...szpital wyczuwało się z daleka....zapach ropy, która sączyła się z zainfekowanych ran), bezpiecznej ingerencji wewnątrz ciała człowieka.

I wszystko to jest podane z takim suspensem, z takim darem trzymania w napięciu, że chciałoby się krzyknąć: weźże jeden z drugim umyj te ręce.

Horror, thriller, kryminał, dramat-brutalne przedstawienie prawdy czyli chirurgia „od kuchni”.

W powieści podobało mi się wszystko. Ucieszyło wspomnienie Polaków: Jana Mikulicza-Radeckiego i Ludwika Rydygiera.

A poza tym mnóstwo przemyśleń po lekturze, dla mnie wstrząsającej. Niesamowita książka. Aż trudno uwierzyć, że 150 lat temu chirurg nie różnił się wiele od rzeźnika.

„Drzewo migdałowe” - Michelle Cohren



Druga pozycja przygotowana przeze mnie to znakomita, pasjonująca i niezwykła powieść pełna wzruszeń i emocji. Każda kartka jest splotem zarówno miłości jak i nienawiści. Czyta się ją błyskawicznie: Ahmad - młody, palestyński geniusz matematyczny? Co osiągnie i kim się stanie? Myślę, że warto poznać jego historię...Historię, w której zauważymy jak bardzo konflikt zbrojny potrafi wyniszczać i zmusić dzieci do przejścia roli dorosłych.

„Drzewo migdałowe” jest powieścią obyczajową, dla której tłem jest konflikt trwający od pół wieku. To także historia o dorastaniu, poszukiwaniu swojego miejsca na ziemi, ale także powieść, w której kluczową rolę odgrywa: religia, tradycja, uprzedzenia, obyczaje i rodzina.

Autorka wypowiadając się o powieści wielokrotnie podkreśla, iż jest to manifest przeciwko wojnie palestyńsko-izraelskiej, ubrany w słowa tak, by czytało się go mimo tematyki, lekko i przyjemnie. Muszę przyznać, iż to autorce udało się w 100%, lecz jest to jednocześnie wadą i zaletą. Rozsiadając się z tą powieścią spodziewałam się, iż rozsądzi mi serce lub wgniecie w fotel i tak też było. Nie jest to powieść dla każdego. Duże znaczenie ma

tutaj tło historyczne, w którym widzimy pogłębianie się złych stosunków między Izraelem a Palestyną. Nie jest to książka, którą można szybko przeczytać. Trzeba się nad nią głębiej zastanowić. „Drzewo migdałowe” to książka przepelniona smutkiem, zawierająca dosadne realistyczne opisy okrucieństwa. Rozwój konfliktu palestyńsko-izraelskiego śledzimy oczami Ahmada, jako małego chłopca, a następnie nastolatka i w końcu dojrzałego mężczyzny. Dodatkowo dowiadujemy się wielu ciekawostek o zwyczajach panujących wśród Palestyńczyków. „Drzewo migdałowe” to książka przejmująca do szpiku kości, przepięknie napisana. Opowiada nam o tym, o czym chyba większość z nas wolałaby nie wiedzieć. Niesie też ze sobą wiele przesłań...

Ta powieść to arcydzieło. Będziecie nad nią płakać, ale z całego serca zachęcam do przeczytania.

„Dziedzictwo von Becków” - Joanna Jax



Ona - polska nauczycielka, której bieda nie była obca. On - niemiecki, bogaty, wysoko postawiony rangą esesman. Spotykają się przypadkiem, kiedy ona moknie na deszczu, a on oferuje pomoc w postaci podwiezienia do domu. Od tego czasu zakochują się w sobie i nawet wojna nie jest w stanie ich rozdzielić.

„Dziedzictwo von Becków” to książka przedstawiająca losy Marii Tarnowskiej i Wenera von Becka, a także dalsze losy ich rodziny, dzieci, wnuków.

Ukazuje pomoc Żydom w czasie wojny, chociaż przez całą opowieść snuje się wątek nienawiści, która doprowadza do szeregu tragedii, okrucieństw i zemsty. Książka napisana jest w taki sposób, że trudno się od niej oderwać. Każdy rozdział bowiem kończy się tajemniczo. Ma również ciekawe zakończenie, gdzie losy bohaterów splatają się i łączą w jedno. Polecam serdecznie; przez nią mam kilka zarwanych nocy. Jak dla mnie książka świetnie napisana z tych dla których zaniedbujemy obowiązki domowe i z tych, które czyta się nawet po nocach by dowiedzieć się co będzie dalej.

„Nienawiść najbardziej niszczy nas samych. Powoduje, że przestajemy dostrzegać piękno wokół siebie”. Możecie wierzyć w prawdziwą miłość, przekraczającą wszelkie bariery, bądź też nie zgadzać się z istnieniem takiego uczucia. Faktem jednak jest to, iż po motyw ten sięga wielu twórców, gdyż nic tak nie rozpala wyobraźni, jak prawdziwa, namiętna miłość. Oparcie fabuły debiutu Joanny Jax na tym właśnie motywie i dodanie do niej zarysu tła historycznego i obyczajowego, tworzącego z jej książki sagę rodzinną – zapewniło autorce wydawniczy sukces. „Dziedzictwo von Becków” zadowoli bowiem najwybredniejsze gusta czytelnicze.



„Dziewczyny z powstania” - Anna Herbich



Ostatnia pozycja w tym świątecznym wydaniu „Morza Spraw” to trochę ciekawej historii w trochę innej oprawie niż normalnie. Jest to zbiór umieszczonych na ponad 300 stronach, jedenastu opowiadań. Jedenastu historii kobiet – bohaterek, które są symbolem oddającym hołd tysiącom innych kobiet powstania. Każda z nich otwiera przed czytelnikiem serce i opowiada swoją historię.

Historię utkaną z wydarzeń, czasem już nieco zapomnianych, emocji i wspomnień. Sławka, Halinka, Rena, Zosia, Blizna, Anna, Marzenka, Jadwiga, Teresa, Dora i Irena. Grzechem niewybaczalnym byłoby wymienić tu pierwsze trzy a pozostałe objąć wyrażeniem – „i inne”. Bohaterki pochodzą z różnych środowisk, są w różnym wieku – w czasie powstania najmłodsza z nich była ośmioletnią dziewczynką, mają za sobą przeróżne doświadczenia – łączy ich jedno – Powstanie. Niektórym z nich pisane było być łączniczką czy sanitariuszką, innym uciekać i walczyć o to, by przeżyć kolejny dzień. Wraz z nimi przenoszę się do 1 sierpnia 1944 roku, na sześćdziesiąt trzy dni do Warszawy – okupowanej, walczącej, zabryzganej krwią walczących. Jedenastokrotnie przemierzam te same dni, widząc je jednak zupełnie innymi oczami. Moje wzruszenie jest tym większe, im silniej przeżycia bohaterek kontrastują z ich ambicjami i marzeniami, wspomnieniami życia sprzed wojny – pełnej spokoju i miłości Polski. Wraz z bohaterkami przeżywam naloty bomb na budynki mieszkalne, poród wśród wybuchających granatów, śmierć dziecka na kolanach matki, łapanki ale też przeraźliwy głód, ból i strach. Podążam za ich uczuciami i emocjami tak dogłębnie, że chyba po raz pierwszy nie

tylko czytam o wojnie – czuję ją na własnej skórze. I oddycham z ulgą, kiedy przypominam sobie, że wciąż siedzę z książką na kolanach...

„Dziewczyny z powstania” to książka trudna, wręcz wymagająca. Czytelnika czeka bowiem wyprawa przez piekło Warszawy. Nie czas i miejsce, by przytaczać tu opisy masowych zbrodni, o których wspominają bohaterki. To relacje zbyt drastyczne, ale warto mieć świadomość, że w tym tomie Anna Herbich postanowiła dać swoim rozmówczyńiom prawo do szczerej, momentami wręcz brutalnie szczerej i pozbawionej lukru opowieści o narodowej traumie. Paradoksalnie jednak, mimo to jest w tej książce ogromna moc. Bo tak jak Warszawę podniesiono z gruzów, tak i bohaterki Anny Herbich przeżyły i po wojnie próbowały wieść normalne życie. Kochały, miały dzieci, rozwodziły się i wchodziły w nowe związki. Pracowały na rzecz odbudowującej się Polski, a wcześniej przeżywały dramaty prześladowań żołnierzy Armii Krajowej z rąk oprawców z UB.

Mogłabym pisać i pisać, bo pięknych książek jest mnóstwo. I tych lekkich, których potrzebujemy, aby się rozerwać, i tych ambitnych, nad którymi chylimy czoła, a także tych, o których nie da się zapomnieć. Zdaję sobie jednak sprawę, że mam ograniczoną liczbę czcionek, w której muszę się zmieścić. Bardzo zachęcam do czytania... Jestem zawsze gotowa poratować ciekawą lekturą.

Ana koniec motto, które powinno nam towarzyszyć zawsze: „Sukces to drabina, po której nie sposób się wspiać z rękami w kieszeniach” - Philip Wylie

**Dorota Fenkanin
Chirurgia Naczyniowa -Szpital Wojewódzki w Koszalinie
e-mail: dofen69@gmail.com**

Kartka z życzeniami

Chociaż wysyłamy coraz mniej kartek tradycyjnych, to sam zwyczaj roszyłania świątecznych pocztówek nie zanikł całkowicie. Wraz z rozwojem techniki zmienił się tylko sposób, w jaki przesyłamy sobie życzenia. Coraz bardziej popularne stają się elektroniczne kartki, smsy i mmsy. Jednak wciąż wielu z nas uważa, że nie ma lepszego sposobu na wysłanie życzeń bożonarodzeniowych niż wrzucenie do skrzynki listowej ręcznie wypisanej pocztówki a najlepiej ręcznie wykonanej.

Wysyłanie kartek świątecznych ma długą tradycję. Ludzie od wielu lat stali sobie życzenia na małych kartkach papieru z kolorowymi nadrukami. Pierwszą świąteczną kartkę - mały kartonik z kolorowym rysunkiem wysłał najprawdopodobniej nastolatek z Londynu.

Pierwsze kartki wysyłane były jak listy, w kopertach. Dopiero z czasem wprowadzono możliwość wypisania adresu bezpośrednio na pocztówce. Na początku XX wieku kartki pojawiły się także w Polsce. Pomysłodawcą nazwy „pocztówka” był sam Henryk Sienkiewicz!



Tworzenie kart świątecznych stało się prawdziwą sztuką. Dziś możemy kupić kartki dźwiękowe, zapachowe a nawet ręcznie malowane.

Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia. Może warto wrócić do tradycji i wysłać kartki z życzeniami do najbliższych. Ja zachęcam Was do zrobienia własnych, oryginalnych kartek bożonarodzeniowych. Zaproszę do tego Wasze dzieci, dla których będzie to fantastyczna zabawa a dla wszystkich niesamowita satysfakcja.

KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



WRZESIEŃ 2014 ROK

02 września 2014 r.
03 września 2014 r.
05 września 2014 r.

posiedzenie Prezydium ORPiP,
posiedzenie Komisji ds. 5letniej przerwy wykonywaniu zawodu
udział Przewodniczącej Justyny Laska w V Zachodniopomorskim Forum Samorządowym Profilaktyki i Promocji Zdrowia, w konferencji ogólnopolskiej „Problemy zdrowotne mieszkańców województw RP. Wskaźniki, prewencja, edukacja, współpraca”.

09 września 2014 r.
16 września 2014 r.
18 września 2014 r.
23 września 2014 r.
24 września 2014 r.
29 września 2014 r.
30 września 2014 r.

posiedzenie Komisji Kształcenia ds. refundacji
posiedzenie Komisji ds. Położnych
posiedzenie Komisji Socjalnej
posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
posiedzenie Komisji Epidemiologicznej
spotkanie Pełnomocnych Przedstawicieli ORPiP
spotkanie Kadry Kierowniczej

PAŹDZIERNIK 2014 ROK

03 października 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w posiedzeniu Rady Społecznej Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej w Szczecinku,

06 października 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w inauguracji roku akademickiego 2014/2015 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Koszalinie,

13 października 2014 r.

posiedzenie Komisji ds. 5 letniej przerwy w wykonywaniu zawodu,

14 października 2014 r.

posiedzenie Prezydium ORPiP,

15-17 października 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w posiedzeniu NRPiP,

18 października 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w konferencji naukowo-szkoleniowej „Kobieta w centrum”,

27 października 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w uroczystości otwarcia Ładowiska dla śmigłowców ratunkowych Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie,

28 października 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w spotkaniu edukacyjnym dla pielęgniarek i położnych „Problem odleżyn i nietrzymania moczu ważnym zagadnieniem w opiece nad pacjentem w wieku starszym”.

29 października 2014 r.

posiedzenie Komisji Socjalnej

LISTOPAD 2014 ROK

04 listopada 2014 r.

posiedzenie Prezydium ORPiP,

12 listopada 2014 r.

posiedzenie Komisji Kształcenia ds. Refundacji,

14 listopada 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w II Koszalińskim Forum Psychiatrii Środowiskowej,

18 listopada 2014 r.

posiedzenie Komisji Rewizyjnej,

20 listopada 2014 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w posiedzeniu Prezydium NRPiP oraz Konwencji Przewodniczących ORPiP,

28 listopada 2014 r.

posiedzenie Komisji Socjalnej.

GRUDZIEŃ 2014 ROK

02-03 grudnia 2014 r.

udział Przewodniczącej Justyny Laska w posiedzeniu NRPiP,

06 grudnia 2014 r.

szkolenie dla pielęgniarek i położnych „Nowe metody leczenia ran trudno gojących się”,

10 grudnia 2014 r.

posiedzenie Komisji Epidemiologicznej,

13 grudnia 2014 r.

posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych szkolenie dla członków Rady, organów OIPiP, i Kadry Kierowniczej,

14 grudnia 2014 r.

szkolenie członków:

- Okręgowej Komisji Rewizyjnej,

- Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych,

- Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Kadry Kierowniczej,

16 grudnia 2014 r.

posiedzenie Komisji Kształcenia ds. Refundacji,

30 grudnia 2014 r.

posiedzenie Prezydium ORPiP,

30 grudnia 2014 r.

posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 28 lipca 2014r.

*Pan
Tadeusz Jędrzejczyk
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia*

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie kwestii, które są przedmiotem zapytań kierowanych od pielęgniarek realizujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Zgodnie z § 8 ust. 3 Zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, ww. świadczenia udzielane w warunkach domowych, realizowane są we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz z położną podstawowej opieki zdrowotnej”.

Wg. opinii pielęgniarek, przepis ten jest różnie interpretowany przez przedstawicieli Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, dlatego też proszę o wyjaśnienie następującego przypadku. Pacjent przewlekle chory, przebywający w warunkach domowych, objęty opieką przez pielęgniarkę „opieki długoterminowej domowej” i jednocześnie zadeklarowany do pielęgniarki poz, ma jako stałe zlecenie podawanie leków np. drogą domięśniową / dożylną - 2 razy dziennie. W sytuacji, gdy pielęgniarka realizująca świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej z powodu objęcia opieką dużej liczby pacjentów ciężko i przewlekle chorych nie ma możliwości wykonania drugiej (zleconej przez lekarza) iniekcji, wówczas wydaje się, że obowiązek ten powinien spoczywać na pielęgniarce poz. Zdarzają się przypadki, że pielęgniarki poz odmawiają wykonania tego zlecenia, bo jak twierdzą „to nie jest ich zakres obowiązków”.

Uważam, że brak możliwości współpracy w zakresie podziału czynności w ciągu jednego dnia pomiędzy wskazane pielęgniarki może stanowić istotną przyczynę braku gwarancji jakości udzielanych świadczeń i przerwaniem kontynuacji leczenia.

W związku z powyższym proszę o wskazanie, jak należy prawidłowo interpretować brzmienie przepisu zawartego § 8 ust. 3 Zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Kolejnym problemem sygnalizowanym przez pielęgniarki jest procedura konkursu ofert, przeprowadzanego w roku bieżącym. Narodowy Fundusz Zdrowia w ogłoszeniu konkursowym określa wartość zamówienia, w którym wskazuje: „... wynosi nie więcej niż...”. Wobec faktu, iż wartość osobodni w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych zakupionych przez Fundusz jest niższa niż sugerowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, pozostaną wolne środki finansowe. Pomimo takiej sytuacji, Wojewódzkie Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia nie zwiększyły zaplanowanej wcześniej do zakupu liczby osobodni. Sytuacja ta rodzi obawę, iż środki finansowe zostaną wykorzystane do zakupu innych świadczeń zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę powyższe, proszę o informację, jakie są w związku z tym plany Narodowego Funduszu Zdrowia, czy zostanie zwiększona liczba zakupionych osobodni, czy środki te zostaną przeznaczone na sfinansowanie nadwykonań świadczeń w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych.

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

Narodowy Fundusz Zdrowia
Centrala w Warszawie
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Warszawa, dnia 08.08.2014 r.

*Pani
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*

W odpowiedzi na pismo z dnia 28 lipca 2014 r. znak: NIPIP-NRPIP-DM.0021.97.14, dotyczące realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

I. Zgodnie z przepisami zarządzenia nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zwanego dalej „zarządzeniem”, pielęgniarstwo opieki długoterminowej jest opieką nad przewlekle chorymi, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów, przebywającymi w domu, nie wymagającymi hospitalizacji, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych.

W tym miejscu należy nadmienić, że zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1480) oraz zgodnie z przepisami powyższego zarządzenia, pielęgniarka opieki długoterminowej może objąć opieką określoną liczbę pacjentów. Jednocześnie § 8 ust. 3 zarządzenia określa, iż świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych, realizowane są we współpracy m. in. z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej udziela świadczeń gwarantowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248), obejmujących m.in. wizyty realizowaną w domu świadczeniobiorcy oraz w domu pomocy społecznej w przypadkach uzasadnionych medycznie. Jednocześnie nadmienić należy, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 214, poz. 1816) określają, że przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje m. in. z pielęgniarką opieki długoterminowej domowej.

Świadczenia opieki długoterminowej domowej są świadczeniami planowanymi a nie nagłymi, dlatego też w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty pielęgniarstwa długoterminowej domowej jest rozbieżny z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego np. iniekcje, zmiany opatrunków, wówczas pielęgniarka opieki długoterminowej domowej informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich, zgodnie z § 13 ust. 2 pkt 16 przedmiotowego zarządzenia. Wówczas pielęgniarka POZ powinna zapewnić udzielanie świadczeń realizowanych w domu pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, dotyczącymi udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Zakres wzajemnej współpracy pielęgniarek w okresie obejmowania pacjenta, zarówno opieką długoterminową jak i podstawową opieką zdrowotną, powinien zapewnić wymianę

informacji, dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jego potrzeb zdrowotnych, Jednak nie należy go utożsamiać z wzajemną zastępowalnością w realizacji świadczeń będących przedmiotem umowy.

II. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych odbywa się na podstawie przeprowadzonych przez dyrektorów OW NFZ postępowań konkursowych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Wobec powyższego zarówno Prezes Funduszu, jak również dyrektor danego OW NFZ, nie ma wpływu na cenę zaproponowaną przez świadczeniodawcę do postępowania konkursowego w złożonej ofercie.

Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcie umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Celem działania komisji konkursowej nie jest jednak zawarcie umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu ofert zadaniem komisji konkursowej Jest wybór najkorzystniejszych ofert.

Procedura postępowania konkursowego nie gwarantuje oferentom kontynuacji dotychczas posiadanych umów podpisanych z NFZ, nie zapewnia również wartości wynegocjowanych kwot na takim samym jak w latach ubiegłych. Komisja Konkursowa negocjując z oferentami wartości przyszłych umów, bierze pod uwagę zapewnienie świadczeniobiorcom jak najlepszej dostępności do kontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu.

Środki finansowe przeznaczone na finansowanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej sukcesywnie rosną, co obrazuje załączona do pisma Tabela 1. Nieuprawnione jest zatem stwierdzenie o systematycznym obniżaniu finansowania świadczeń w zakresie opieki długoterminowej domowej. Tabela 2. zawiera dane, z których jasno wynika, że na świadczenia realizowane przez pielęgniarki w domu pacjenta, sukcesywnie wzrasta kwota finansowania przedmiotowych świadczeń oraz liczba

zrealizowanych świadczeń (osobodni). W 2010 r. wartość umów zawartych na pielęgniarstwą opieką długoterminową domową wynosiła 274 267 848 zł, w 2013 r. wartość umów wynosiła 328 047 223 zł, a w I półroczu 2014 r. wartość zawartych umów wynosiła 262 764 976 zł. Wzrasta również liczba zakontraktowanych świadczeń w omawianym zakresie - w 2010 r. liczba świadczeń (osobodni) wynosiła 9 893 430, w 2013 r. wynosiła 12 968 611 osobodni, a w I półroczu 2014 r. 10 607 808 osobodni.

I tak np. w Mazowieckim OW NFZ cena oczekiwana w ogłoszonym postępowaniu konkursowym na 2014 r. i lata następne, wynosiła 23 A, natomiast pielęgniarki składały oferty, proponując realizację przedmiotowych świadczeń w cenie 17,90 zł za osobodzień. W województwie warmińsko-mazurskim cena oczekiwana przez oddział NFZ wynosiła 28 zł, a najniższa cena złożonej oferty wynosiła 21 zł, w województwie lubelskim cena oczekiwana w ogłoszonym postępowaniu konkursowym wynosiła powyżej 26 zł, natomiast pielęgniarki składały oferty proponując realizację przedmiotowych świadczeń w cenie 16 zł. Wobec powyższego nieuprawnione jest stwierdzenie, że stawki za osobodzień w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej obniżane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W załączeniu przekazuję również dane dotyczące cen zakontraktowanych świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej w latach 2010 - 2014, zawarte w Tabeli 3., sporządzonej na podstawie informacji przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Ponadto, proponowane przez świadczeniodawców ceny za osobodzień w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej, którzy zostali wybrani w postępowaniach konkursowych na realizację przedmiotowych świadczeń w I pół. 2014 r., wynoszą od 16 zł do 28 zł.

Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę, że procedura postępowania konkursowego nie gwarantuje oferentom kontynuacji dotychczas posiadanych umów podpisanych z NFZ, nie gwarantuje również wartości wynegocjowanych kwot na poziomie z lat ubiegłych. Komisja konkursowa negocjując z oferentami wartości przyszłych umów, bierze pod uwagę zapewnienie świadczeniobiorcom jak najlepszej dostępności do kontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dostępnych środków finansowych, a nie indywidualny interes oferenta. Zgodnie z upoważnieniem ustawowym, zadaniem Funduszu jest zabezpieczenie świadczeń poprzez zawarcie umów ze świadczeniodawcami, spełniającymi warunki określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 3 Id ustawy o świadczeniach.

Tabela 1 DYNAMIKA WZROSTU NAKŁADÓW FINANSOWYCH NA ŚWIADCZENIA PIELĘGNIACZYNE I OPIEKUŃCZE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ w latach 2010 - 2014 (stan na dzień 29-04-2014)

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	2010			2011			2012			2013			2014	Dynamika wzrostu % na podstawie planu finansowego 2014/2010 [14/2]
	plan wg stanu na dzień 31.12.2010 r.	wykonanie	Dynamika wzrostu % na podstawie wykonania	plan wg stanu na dzień 31.12.2011 r.	wykonanie	Dynamika wzrostu % na podstawie wykonania (6/9)	plan wg stanu na dzień 31.12.2012 r.	wykonanie	Dynamika wzrostu % na podstawie wykonania (9/6)	plan wg stanu na dzień 31.12.2013 r.	wykonanie	Dynamika wzrostu % na podstawie wykonania (12/9)	plan wg stanu na dzień 24.03.2014 r.	
I.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
RAZEM NFZ	904 543,00	888 128,58	115,49%	955 695,00	947 028,53	106,63%	1 028 193,00	1 020 811,11	107,79%	1 082 103,00	1 074 938,72	105,30%	1 058 185,00	121,41%

Sporządziła A. Zielińska na podst. danych NFZ wg stanu na 29 kwietnia 2014 r.

Tabela 2 ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE Z ZAKRESU ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIACZYNYCH I OPIEKUŃCZYCH W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ wg stanu na 8 lipca 2014 r.

nazwa zakresu	liczba świadczeniodawców					wartość umowy					liczba osobodni				
	2010	2011	2012	2013	2014*	2010	2011	2012	2013	2014*	2010	2011	2012	2013	2014*
ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ	1146	1271	1 359	1 334	1 270	274 267 848,15	303 554 077,32	317 056 888,49	328 047 223,58	262 764 976,46	9 893 430	11 008 305	12 426 489	12 968 611	10 607 808

nazwa zakresu	średnia cena osobodnia				
	2010	2011	2012	2013	2014*
ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ	27	26	25	24	25

Sporządziła A. Zielińska wg raportu NFZ stan na 8 lipca 2014 r.
*Umowy zawarte do 31 czerwca 2014 r.

Tabela 3 Kontraktowanie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej w latach 2010 - 2014 i latach następnych (ceny)

Oddział Wojewódzki	2010 r.			2011 r.			2012 r.			2013 r.			2014 r.			Oczekiwana przez OW NFZ cena w ogłoszonych postępowaniach konkursowych na 2014 r. i lata następne	2014 r.		
	Cena			Cena			Cena			Cena			Cena				Cena		
	mini.	max.	średnia	mini.	max.	średnia	mini.	max.	średnia	mini.	max.	średnia	mini.	max.	średnia		mini.	max.	średnia
Dolnośląski	29,00 zł	30,00 zł	29,98 zł	29,00 zł	30,00 zł	29,97 zł	29,00 zł	30,00 zł	29,97 zł	25,00 zł	28,00 zł	27,54 zł	25,00 zł	28,00 zł	27,54 zł	28,00 zł			
Kujawsko-Pomorski	30,00 zł	27,00 zł	27,07 zł	27,00 zł	26,00 zł	26,98 zł	27,00 zł	26,00 zł	26,98 zł	27,00 zł	26,00 zł	26,97 zł	23,39 zł	26,00 zł	25,63 zł	26,00 zł			
Lubelski	28,00 zł	28,00 zł	28,00 zł	16,00 zł	26,00 zł	23,98 zł	16,00 zł	26,00 zł	23,99 zł	16,00 zł	26,00 zł	23,96 zł	16,00 zł	26,00 zł	23,96 zł	23,96 zł	21,46 zł	23,96 zł	21,67 zł
Lubuski	9,60 zł	24,00 zł	23,60 zł	23,70 zł	24,00 zł	23,99 zł	24,00 zł	24,00 zł	24,00 zł	21,60 zł	24,00 zł	22,90 zł	21,60 zł	24,00 zł	21,95 zł	24,00 zł			
Lódzki	20,00 zł	27,00 zł	23,09 zł	21,00 zł	27,00 zł	23,03 zł	21,00 zł	27,00 zł	22,70 zł	22,50 zł	26,50 zł	22,11 zł	22,50 zł	26,50 zł	22,65 zł	25,00 zł			
Małopolski	21,00 zł	26,00 zł	24,38 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	23,00 zł	27,00 zł	24,50 zł	23,00 zł	27,00 zł	24,50 zł	27,00 zł			
Mazowiecki	19,50 zł	25,00 zł	24,50 zł	17,90 zł	25,00 zł	23,52 zł	17,90 zł	25,00 zł	23,03 zł	17,90 zł	25,00 zł	22,97 zł	17,90 zł	25,00 zł	22,97 zł	23,00 zł			
Opolski	28,00 zł	32,00 zł	31,88 zł	24,50 zł	29,00 zł	27,79 zł	24,44 zł	29,00 zł	27,67 zł	21,70 zł	27,84 zł	26,34 zł	21,70 zł	27,84 zł	26,34 zł	26,00 zł			
Podkarpacki	28,00 zł	30,00 zł	29,93 zł	25,00 zł	27,50 zł	27,40 zł	20,00 zł	27,50 zł	27,33 zł	20,00 zł	27,50 zł	27,32 zł	25,00 zł	27,50 zł	27,34 zł	26,00 zł			
Podlaski	18,00 zł	28,00 zł	27,40 zł	18,00 zł	28,00 zł	27,37 zł	20,00 zł	23,50 zł	22,06 zł	20,00 zł	23,50 zł	22,08 zł	20,00 zł	23,50 zł	22,08 zł	23,50 zł			
Pomorski	22,00 zł	28,00 zł	27,25 zł	11,20 zł	28,00 zł	27,28 zł	11,20 zł	28,00 zł	27,42 zł	11,20 zł	28,00 zł	27,44 zł	11,20 zł	28,00 zł	27,38 zł	28,00 zł	25,00 zł	28,00 zł	25,93 zł
Śląski	29,00 zł	29,00 zł	29,00 zł	23,00 zł	26,00 zł	25,73 zł	23,00 zł	26,00 zł	25,73 zł	23,00 zł	26,00 zł	25,73 zł	23,00 zł	26,00 zł	25,73 zł	26,00 zł			
Świętokrzyski	20,00 zł	25,00 zł	23,20 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	27,00 zł	27,00 zł	27,00 zł	25,00 zł	28,00 zł	25,50 zł	25,00 zł	28,00 zł	25,27 zł	28,00 zł			
Warmińsko-Mazurski	26,00 zł	28,00 zł	27,73 zł	19,00 zł	28,00 zł	26,87 zł	21,00 zł	28,00 zł	27,77 zł	21,00 zł	28,00 zł	27,81 zł	21,00 zł	28,00 zł	27,76 zł	28,00 zł			
Wielkopolski	25,98 zł	31,70 zł	30,60 zł	25,98 zł	31,70 zł	30,55 zł	23,80 zł	27,00 zł	26,67 zł	23,80 zł	27,00 zł	26,68 zł	22,92 zł	26,00 zł	25,70 zł	26,00 zł			
Zachodniopomorski	26,00 zł	32,00 zł	30,78 zł	24,00 zł	28,00 zł	26,09 zł	24,00 zł	28,00 zł	26,12 zł	24,00 zł	28,00 zł	26,11 zł	24,00 zł	24,00 zł	24,00 zł	24,00 zł	21,55 zł	24,00 zł	22,07 zł

Sporządziła A Zielińska. Dane pozyskane od Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich wg stanu na dzień 14 lipca 2014 r.

Zrób to sam...



dekoracje lub oryginalny prezent!

**Pismo Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Aleksandra Soplńskiego w sprawie katalogu
czynności wykonywanych przez opiekuna
medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej
na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki.**

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu Aleksander Soplński

*Pani
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*

W związku z przestaniem do Ministerstwa Zdrowia Uchwały Nr 176/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie zmiany Uchwały Nr 136/W/2013 z dnia 4 grudnia 2013 r. dotyczącej katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki wraz z prośbą o podjęcie działań zmierzających do wydania przedmiotowego katalogu w formie rozporządzenia do ustawy z dnia 15 lipca 2011 r., o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174 poz.1039 z późn zm.) - pismo z dnia 7 maja 2014 r. znak. NIPiP-NRPiP-DM.0025.91.2014, przedstawiam poniżej następujące stanowisko w przedmiotowej sprawie,

W odniesieniu do zgłoszonych propozycji w zakresie:

1. dodania w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej; w art. 4 ust. 2 pkt 3 a określającego, że za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również „3 a) nadzór nad czynnościami wykonywanymi przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej”;

2. dodania w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej delegacji upoważniającej Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia wykazu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki tj. dodania w art. 6 pkt 6, informując, że brak jest uzasadnienia merytorycznego do wprowadzenia do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej regulacji normującej wykonywanie innego zawodu, w tym przypadku zawodu opiekuna medycznego.

Podkreślam, że zawód opiekuna medycznego został wpisany do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U, Nr 151, poz. 896).

Ponadto wskazuję, że zgodnie z art. 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.), dyrektorzy podmiotów leczniczych opracowują statut, który określa ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie. Natomiast sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika, zgodnie z przepisami art. 23 i 24 ww. ustawy.

W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się m.in., organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgniacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

Przedstawiając powyższe informuję, że zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, który podejmuje decyzje w sprawach kadrowych i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej określone kwalifikacje. W każdym zakładzie powinny być opracowane

zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy precyzujące cel stanowiska, kwalifikacje, umiejętności, zadania do wykonania, zakres wiedzy, odpowiedzialność oraz uprawnienia pracownika. Również zapewnienie warunków wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującym prawem spoczywa na osobach zarządzających. Zatem o prawidłowość funkcjonowania danego podmiotu leczniczego, w tym o zakresie zadań na poszczególnych stanowiskach pracy decyduje kadra zarządzająca tym podmiotem.

Ustosunkowując się do przekazanego katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki, wskazuje, że przedmiotowy katalog powinien być zgodny z podstawą programową kształcenia w zawodzie opiekun medyczny. Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r., w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. z 2012 r. poz. 184), opiekun medyczny uprawniony jest do wykonywania następujących zadań zawodowych:

1. rozpoznawania i rozwiązywania problemów opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
2. pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych;
3. asystowania pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgniacyjnych;
4. konserwacji, dezynfekcji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów;
5. podejmowania współpracy z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym.

W przesłanym katalogu zadań opiekuna medycznego nie wyodrębniono czynności wymienionych w punkcie tj. czynności związanych z konserwacją dezynfekcją przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów.

Ponadto, ze szczegółowego opisu zawodu wynika, że opiekun medyczny w toku kształcenia zawodowego nabywa kwalifikacje do świadczenia usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej. W przekazanym katalogu czynności nie wyodrębniono takich zadań jak:

- opiekun medyczny karmi osobę chorą i niesamodzielną lub pomaga jej podczas karmienia,
- pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza.

**Z poważaniem
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Soplński**

**Interpelacja nr 26935 do Prezesa Rady Ministrów
w sprawie braku działań Rady Ministrów
w odpowiedzi na postulaty wnoszone przez
pielęgniarki i położne**

Szanowny Panie Premierze! Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych w stanowisku z dnia 19 lutego 2014 r. domagają się w trybie pilnym przekazania stronie społecznej informacji o efektach pracy nad nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012 r. poz. 1545).

Jak wskazują, zmiana tego dokumentu jest niezbędna ze względu na to, że dalsze utrzymywanie obecnie obowiązujących zapisów przedmiotowego rozporządzenia doprowadzi do znacznego ograniczenia liczby pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych, co zmniejszy bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. W ocenie tych środowisk dobrym rozwiązaniem byłoby zobowiązanie podmiotów

leczniczych do informowania opinii publicznej o aktualnych obsadach pielęgniarek i położnych.

W stanowisku został sformułowany postulat pilnego ustalenia wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych na poziomach odpowiadających ich kwalifikacjom, pełnionym funkcjom i doświadczeniu, uwzględniających zagrożenie i niebezpieczeństwo związane z wykonywaniem tego zawodu oraz spoczywającej na nich odpowiedzialności. Ustalenie wynagrodzeń na odpowiednim poziomie jest niezbędne, by pozyskać młodych ludzi do zawodu pielęgniarki i położnej.

W ciągu pięciu najbliższych lat może dojść do znacznego spadku liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w Polsce. Skutkować to będzie pozbawieniem społeczeństwa polskiego opieki i brakiem realizacji świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne.

W związku z powyższym zwracam się do Pana Premiera z zapytaniami:

1. Z jakiej przyczyny nie zostały podjęte działania przez Radę Ministrów w odpowiedzi na postulaty wnoszone przez pielęgniarki i położne?
2. Na jakim etapie są prace nad nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych?
3. Czy podmioty lecznicze zostaną zobowiązane do informowania opinii publicznej o aktualnych obsadach pielęgniarek i położnych?
4. Czy zostanie podjęte działania w celu ustalenia wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych na poziomach odpowiadających ich kwalifikacjom?

**Z poważaniem
Poseł Piotr Babinetz**

Krosno, dnia 12 czerwca 2014 r.

Czy pielęgniarka może wykonać zabieg cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzny?

Zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 r., poz. 631) absolwent studiów na kierunku pielęgniarstwo na poziomie licencjackim w trakcie realizacji programu kształcenia zawodowego nabywa umiejętności dotyczące zakładania cewnika do pęcherza moczowego oraz usuwania cewnika. Powyższe przepisy nie zawierają również żadnych ograniczeń powodujących, iż osoba, która ukończy licencjat na kierunku pielęgniarstwo nie mogłaby wykonać zabiegu cewnikowania u mężczyzny.

Na chwilę obecną, zatem pielęgniarka może w ramach kształcenia zawodowego (podstawowego) nabyć umiejętności niezbędne do wykonywania zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzny.

Tym samym może ona wykonać zabieg cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzny.

Jednocześnie należy wskazać, iż inne obowiązujące przepisy prawa dopuszczają możliwość wykonania przez pielęgniarkę zabiegu cewnikowania każdemu pacjentowi (samodzielnie, bez zlecenia lekarza) i nie ograniczają uprawnień pielęgniarki wyłącznie do pacjenta w osobie kobiety. Zgodnie bowiem z § 1 ust. 1 pkt 3 lit. e rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego m.in. świadczeń leczniczych obejmujących „zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika”.

Czy położna może pracować w pracowni PET?

Przedstawiamy poniżej opinię dotyczącą zatrudnienia położnej w Pracowni pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (pracownia PET).

Należy wskazać, iż położna nie może pracować w pracowni PET przede wszystkim dlatego, że czynności realizowane w tej pracowni nie mieszczą się w zakresie kompetencji zawodowych położnej.

Zgodnie bowiem z art. 5 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

1. rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
2. kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
3. prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
4. przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
5. podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
6. sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
7. badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
8. realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
9. samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
10. profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;
11. rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;
12. sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;
13. prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:
 - a. przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
 - b. przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Ponadto zgodnie z zapisami zawartymi w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413) w skład personelu medycznego realizującego świadczenia medycyny nuklearnej obejmujące Pozytonową Tomografię Emisyjną (PET) np. we wskazaniach onkologicznych czy kardiologicznych wchodzi pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w pracowni medycyny nuklearnej, a nie położne.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę także na inne szczegółowe przepisy regulujące przedmiotowe kwestie. W szczególności rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1015 ze zm.) wskazuje, że lekarz posiadający specjalizację z medycyny nuklearnej lub będący w trakcie takiej specjalizacji może zlecić innym lekarzom, radiofarmaceutom, technikom elektroradiologii lub pielęgniarkom wykonywanie technicznych elementów procedur medycznych, w których używane są produkty radiofarmaceutyczne. Lekarze ci sprawują nadzór nad wykonywaniem zleconych czynności.

Ponadto § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. Nr 59, poz. 365 ze zm.) przewiduje, że w jednostce ochrony zdrowia udzielającej świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny nuklearnej i z zakresu terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych zatrudnia się co najmniej:

1. lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny nuklearnej;
2. technika elektroradiologii w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 33c ust. 9 ustawy Prawo atomowe, przeszkolonego w zakresie obsługi kamery scyntylicyjnej;
3. pielęgniarkę;
4. fizyka medycznego.

Wykładnia powyższych przepisów prawa prowadzi do wniosku, iż to wyłącznie pielęgniarka a nie położna może pracować w Pracowni pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej (pracownia PET).

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 28.10.2014

W związku z wejściem w życie z dniem 11 września 2014 r. ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), Ministerstwo Zdrowia przygotowało stanowisko w sprawie nadania nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Pragnę dodatkowo wyjaśnić, że włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt. 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) powoduje również to, iż osoby te będą zobowiązane do zastosowania się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Przypominam, że przepis art. 49 ust. 3 ww. ustawy zakazuje podmiotom uczestniczącym w obrocie produktami refundacyjnymi do udzielania i przekazywania korzyści na rzecz świadczeniobiorców (pacjentów) oraz osoby uprawnione tzn. osoby posiadające stosowne uprawnienia zawodowe, np. lekarze, pielęgniarki).

dr n. med. o zdr. Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych

Minister Zdrowia
Warszawa, 23.10.2014
MZ-PP-P-024-3/RJ/14

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), która weszła w życie z dniem 11 września

2014 r. nadała nowe uprawnienia pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, Jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawody poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowym przepisem art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą miały prawo samodzielne:

- 1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
- 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,

- jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środków odurzających i substancji psychotropowych, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne, posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, będą miały prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ww. ustawy, nie będzie dotyczył pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego zdobędą wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne przed wykonaniem czynności zawodowych określonych w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniarki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji.

Ponadto informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Jednocześnie, na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 15a ust. 8 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określił w drodze rozporządzenia:

1) wykaz:

- a) substancji czynnych zawartych w lekach,
- b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- c) wyrobów medycznych,

2) wykaz badań diagnostycznych,

3) sposób i tryb wystawiania recept,

4) wzór recepty,

5) sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania,

6) sposób realizacji recept, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

- biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

W konsekwencji zmian dokonanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej ustawodawca wprowadził nowe regulacje w zakresie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych. Zgodnie z art. 2 pkt. 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) do osób uprawnionych zostały włączone pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarki i położne wykonujące zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zawierał umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania

recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Poszerzenie kręgu osób uprawnionych o pielęgniarki i położne jest wynikiem przyznania pielęgniarkom i położnym uprawnień do ordynowania leków i wyrobów medycznych, jak wynika to z nowego przepisu art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Ponadto, włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych powoduje również, że osoby te będą musiały zastosować się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Należy jednak pamiętać, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z uprawnień dotyczących wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawania zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na badania diagnostyczne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r., ponieważ w okresie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, tj. od dnia 11 września 2014 r. do dnia 1 stycznia 2016 r. powinny zostać przeprowadzone odpowiednie kursy specjalistyczne, przygotowujące pielęgniarki i położne do korzystania z nowych uprawnień.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Soplński**

KOMUNIKAT

ważna informacja dla osób pielęgniarek/położnych prowadzących działalność leczniczą w ramach praktyk zawodowych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie przypomina o obowiązku dokonywania w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą aktualizacji informacji dotyczącej zawartej nowej polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Zgodnie z art. 107. 1. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2013.217 z późn. zm.) pielęgniarka/położna wykonująca działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej, wpisana do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jest obowiązana zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania, w tym także aktualizować objętą wpisem informację o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej wraz z przekazaniem organowi prowadzącemu rejestr, dokumentów ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela (art. 25 ust. 3 w zw. z art.106 ust.4 pkt 11 ustawy).

W związku z powyższym prosimy o składanie stosownych wniosków o wpis zmian w rejestrze załączając skan polisy i oświadczenia. Wniosek o zmianę wpisu w rejestrze, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat (art. 105 ust.2a ustawy).

Rejestr prowadzi się w systemie teleinformatycznym i począwszy od dnia 01 kwietnia 2013 r., stosownie do §18 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. 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 tego rejestru, (j.t.Dz.U.2014.325) wniosek wraz z załącznikami składa się już wyłącznie w postaci elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem <http://rpwdl.csioz.gov.pl>

UWAGA!

W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa wyżej, ORPIP jako organ prowadzący Rejestr, może podjąć uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji takiej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności (art. 107ust. 2 i 4 Ustawy o działalności leczniczej)

Prosimy o nielekceważenie powyższego obowiązku i niezwłoczne dokonanie aktualizacji informacji dotyczącej zawarcia kolejnej umowy obowiązkowego ubezpieczenia oraz dokonywania na bieżąco wszystkich danych objętych wpisem do rejestru.

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

Szanowni Państwo!

Informujemy, że od października 2014 r. mogą Państwo uzyskać bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny. Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, której Państwo jesteście członkami.

Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPIP

2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej. Instrukcję dodania kodu PIN znajdziesz na stronie <http://www.libra.ibuk.pl/>

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu www.libra.ibuk.pl



RYCERZE

z wizytą u dzieci w Szpitalu

Dzieci w Szpitalu wiedziały już od kilku dni, że 3 grudnia przyjadą do nich Rycerze! Uwaga, nie tacy zwykli rycerze, lecz z prawdziwej Koszalińskiej Kompanii Rycerskiej.



Małe, średnie i duże dzieci oczekując na gości malowali, rysowali i wyklejali postać rycerza, tak jak sobie go wyobrażali. Wyszli z tego przepiękny portret dzielnego wojownika zakutego w zbroję. Dziewczynki bardziej interesowały się przygotowaniem upominków dla oczekiwanych gości - tak jak było to kiedyś zwyczajem każdej białogłowy. Rycerze przyjechali do Szpitala wielkim białym wozem, wypełnionym zdobytymi prezentami. Nie byli sami. Przyjechali także organizatorzy i sponsorzy akcji „Dar Serca”. Okazało się, że wielu Polaków ma dobre serce i chętnie podzieliło się różnymi pamiątkami. W wielkich skrzyniach i paczkach znalazły się zabawki, maskotki, gry, książki, płyty z bajkami i gramy, malowanki, kredki i wiele, wiele innych rzeczy uprzyjemniających pacjentom pobyt w szpitalu. Oddział Dziecięcy otrzymał także od znanych sportowców, aktorów, dziennikarzy, pisarzy oraz od Jurka Owsiaaka listy z życzeniami, koszulki z podpisami, piłki, książki i płyty z autografami, medale oraz wiele plakatów oraz zdjęć znanych osób. Wnoszenie tych wszystkich prezentów do Oddziału Dziecięcego poprzedziło wniesienie przepięknej, żywej choinki podarowanej przez Regionalną Dyрекcję Lasów Państwowych w Szczecinku.

Jakimś cudem pod choinką zamieszkały dwa śmieszne skrzaty. Czy to pomocnicy Świętego Mikołaja?

Patrząc na emocje malujące się na buźkach dzieci, można śmiało powiedzieć, że zaproszeni rycerze zrobili na nich ogromne wrażenie! Byli ubrani w helmy i skórzane kaftany z metalowymi zbrojami i mieli miecze, którymi pasowali małych pacjentów na dzielnych rycerzy w walce z chorobą. Wystawiany był też stosowny głąb z pieczęcią Kompanii Rycerskiej potwierdzający uroczyste pasowanie.

Najważniejszymi pomocnikami rycerzy byli pracownicy służby więziennej z Zakładu Karnego w Czarnem na czele z Panem Cezarym Sierzputowskim, który przez wiele miesięcy rozmawiał i spotykał się ze znanymi osobami by przekonać ich, że Dar Serca procentuje szczęściem i wieloma uśmiechami dzieci.

Wizyta zakończyła się wręczeniem oryginalnego obrazu oraz bombek wykonanych przez dzieci hospitalizowane w Oddziale Dziecięcym.



Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia. Okres szczególny dla nas wszystkich. Czas radości, zadumy i spotkań z najbliższymi. Pomyślmy w tym czasie także o ludziach chorych, samotnych i będących w potrzebie. Otwórzmy nasze serca, tak jak Ci dzielni Rycerze, którzy odwiedzili dzieci w Szpitalu.



ICE

TO NIC NIE KOSZTUJE ICE RATUJE ŻYCIE I ZDROWIE

Skrót I.C.E. (ang. „In Case of Emergency”, co można przetłumaczyć jako „W Nagłym Wypadku”) oznacza ideę umożliwienia ratownikom kontaktu z rodziną poszkodowanego. Nie tylko po to, by powiadomić ich, że stało się coś złego, ale także, by uzyskać od nich informacje o stanie zdrowia – a te są niezwykle ważne, gdy trzeba udzielić skutecznej pomocy (np. jeżeli osoba jest uczulona na jakieś lekarstwo, nie można go jej podać). Informacja o przewlekłych chorobach (np. cukrzycy, epilepsji) przyspiesza postawienie właściwej diagnozy i zastosowanie odpowiednich środków.

Taka informacja jest też bezcenna, gdy ktoś straci przytomność, nie potrafi podać swoich danych osobowych albo jest zagubionym małym dzieckiem...

Jak to zrobić?

Można wpisywać numery ICE w telefonie komórkowym: np. ICE 1 Mama, ICE 2 Brat – dziś telefon komórkowy nosi przy sobie prawie każdy z nas. Ratownik, który znajdzie przy nas telefon, a w nim numer oznaczony jako ICE – będzie wiedział, że od tej osoby uzyska potrzebne informacje.

Można też posłużyć się Kartą ICE – specjalną kartą rozmiarów dowodu osobistego albo karty płatniczej, na której wpisujemy numery kontaktowe do naszych najbliższych. Niektóre karty (jak Zachodniopomorska Karta ICE) mają na odwrocie pola przeznaczone do wpisania dodatkowych informacji, jak alergie, choroby przewlekłe i stałe zażywane lekarstwa.

Karta, w porównaniu z telefonem, ma wiele zalet:

- nie wyczerpią się w niej baterie, nawet na mrozie
- po wpadnięciu do wody nie przestanie działać
- złamana albo przecięta pozostanie czytelna
- jest mniejsza i lżejsza
- nie skusi złodzieja
- jest tania: Zachodniopomorska Karta ICE rozprowadzana jest bezpłatnie, żadna inna karta ICE dostępna w Polsce nie przekracza ceny kilku złotych

Z życia wzięte – autentyczne przykłady zastosowania

Dzieci i młodzież korzystające z letniego wypoczynku – kolonii i obozów

Karta ICE nie tylko pozwala opiekunowi zapoznać się z ewentualnymi problemami zdrowotnymi podopiecznych, ale – dzięki temu, że mają oni karty zawsze przy sobie – w każdej chwili skontaktować telefonicznie z rodzicami, gdyby wynikła taka konieczność.

Rodzice małego dziecka

Małuch nosi kartę ICE zawieszoną na szyi za pomocą tasiemki. Gdyby się zgubił, na przykład na imprezie masowej (co, jak każdy, kto uczestniczył w podobnych wydarzeniach wie, zdarza się na każdym jarmarku, festynie czy koncercie) – wystarczy, że pokaże kartę pierwszemu napotkanemu policjantowi, ochroniarzowi czy ratownikowi zabezpieczającemu imprezę, by oszczędzić wszystkim zainteresowanym nerwów.

Grupa miłośników sportu na świeżym powietrzu

Umówili się, że każde z nich będzie nosić kartę ICE w tej samej

kieszeni stroju sportowego – jak wiadomo, w sporcie zdarzają się wypadki, a zapisując telefon koleżanki rzadko myśli się o zanotowaniu także numeru do jej męża czy rodziców, tak na wszelki wypadek.

Starszy pan – diabetyk

W pewnych sytuacjach cukrzyca może wywołać utratę przytomności, albo spowodować, że chory będzie się zachowywał jak pijany. I potrzebna mu jest wtedy specjalistyczna pomoc, a nie wizyta w izbie wytrzeźwień – jasno zapisana informacja z karty ICE pozwoli przechodniom udzielającym mu pomocy (albo wezwanym do „pijaka” policjantom) ustalić, co się naprawdę dzieje.

KARTA ICE

Gdy zdarzy się wypadek, o uratowaniu życia lub zdrowia ofiary decydują minuty.

Tymczasem ratownicy często nie posiadają wtedy kluczowych informacji umożliwiających skuteczne udzielenie pomocy. W Polsce i w innych krajach europejskich nie ma obowiązku noszenia przy sobie dowodu tożsamości.

W związku z tym we Włoszech narodził się pomysł, by każdy obywatel nosił przy sobie wypełnioną kartę ICE. Inicjatywa karty ICE rozwijana jest w innych krajach Unii Europejskiej.

Skrót ICE pochodzi od angielskich słów „In Case of Emergency” znaczących dosłownie: „w nagłym wypadku”.

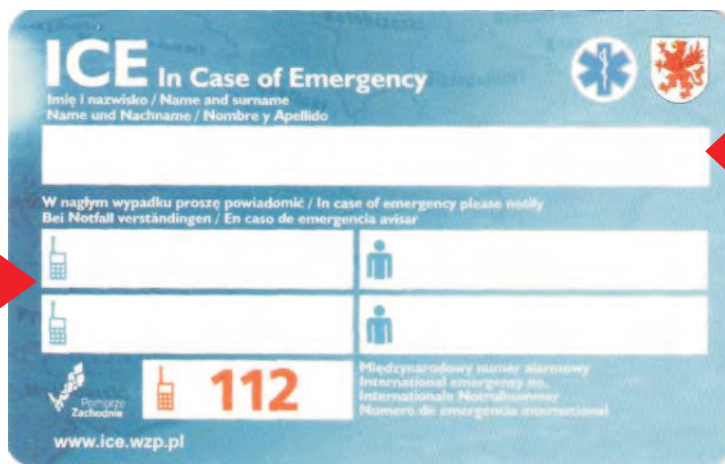
Noszenie przy sobie wypełnionej karty **ICE** znacznie ułatwi ratownikom, lekarzom i innym osobom zaangażowanym w akcję ratunkową kontakt z bliskimi poszkodowanego. Umożliwi to identyfikację poszkodowanej osoby oraz zdobycie kluczowych informacji dotyczących jej stanu zdrowia, przyjmowanych leków, odbywanej terapii. Karta ICE jest niezastąpiona także w innych sytuacjach: zagubienia dziecka, zaniku pamięci, utraty przytomności – ułatwia wtedy kontakt z rodziną takiej osoby. Zapisane na karcie informacje pozwalają służbom ratunkowym: Policji, Straży Pożarnej czy też Pogotowiu Ratunkowemu na szybki kontakt z bliskimi osób poszkodowanych. Pomagają one w błyskawicznym ustaleniu ważnych szczegółów dotyczących m.in. stanu zdrowia, przebytych chorób, przyjmowanych leków. Plastikowa karta ICE rozmiarów dowodu osobistego zawiera miejsce na wpisanie naszego imienia i nazwiska oraz dwóch numerów telefonicznych do osób, które należy powiadomić w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia (należy wybrać osoby, które będą mogły podać ratownikowi informację o naszym stanie zdrowia) oraz ogólnoeuropejski numer alarmowy – 112. Na odwrocie karty ICE można umieścić informacje o alergiach, przewlekłych chorobach i zażywanych stale lekach oraz grupie krwi. Pola karty są opisane w czterech językach: polskim, angielskim, niemieckim i hiszpańskim. Z inicjatywy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego, karta trafia do mieszkańców Województwa Zachodniopomorskiego.

Zapisz w swoim telefonie komórkowym numery do osób najbliższych pod nazwą ICE1, ICE2 itd. Ratownicy powiadomią ich, co się stało i dowiedzą się co może ci dolegać, jakie leki zażywasz itd.

Monika Zaremba

Opracowano na podstawie www.ice.wzp.pl

Tu wpisz numery telefonów (najlepiej komórkowych) oraz imiona osób, które należy zawiadomić w nagłym wypadku



Tu wpisz nazwisko i imię posiadacza karty

Kartę ICE wypełnij wyraźnymi, drukowanymi literami, to ułatwi odczytywanie

Najlepiej używać pisaka do płyt DVD/CD

Po wypełnieniu należy przez kilka minut pozwolić wyschnąć karcie

Wybierz osoby, które będą mogły udzielić informacji o Twoim stanie zdrowia

Pamiętaj, by zapisywać numery wraz z międzynarodowym numerem kierunkowym (Polska +48)

Tu wpisz alergie / uczulenia

Szczególnie ważne są informacje o uczuleniach na leki (podaj nazwę leku)

Ważna jest też informacja o uczuleniu na jad pszczeleli

Alergie na żywność (np. orzechy) są mniej istotne

Jeżeli nie masz żadnych alergii, przekreśl to pole

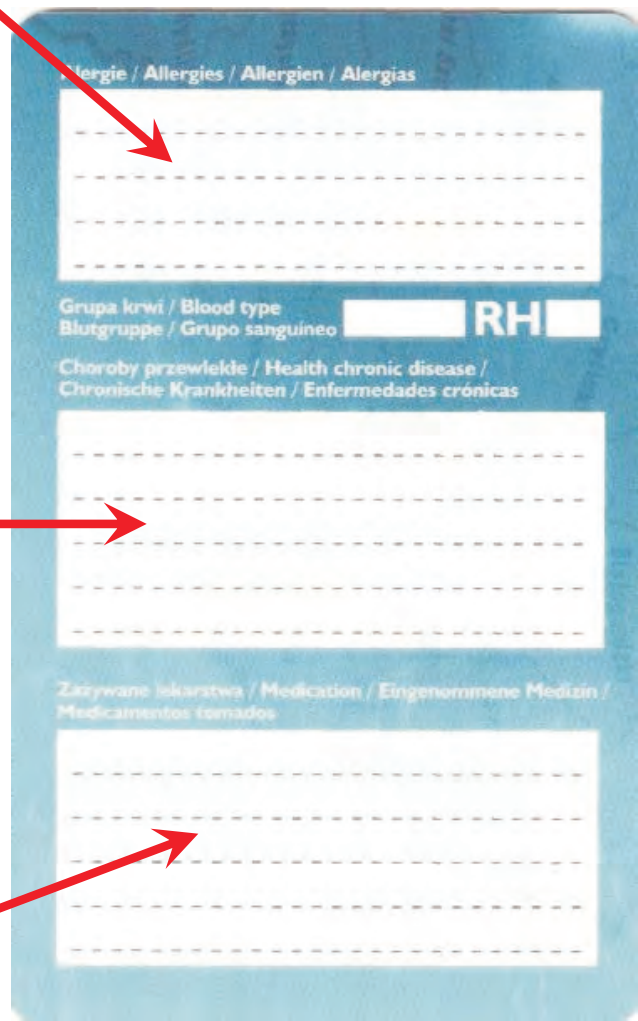
Tu wpisz choroby przewlekłe

Choroby na które cierpisz, szczególnie te, które mogą spowodować nagłą utratę przytomności lub trudności w porozumiewaniu się, np. astma, cukrzyca, padaczka

Jeżeli nie cierpisz na żadną taką chorobę, przekreśl to pole

Tu wpisz lekarstwa, które stale przyjmujesz (na choroby przewlekłe)

Jeżeli nie zażywasz stale leków, przekreśl to pole



Boże Narodzenie w Polsce i na świecie

Wszyscy o tym wiemy, że świąteczne zwyczaje w Polsce są bardzo ważne, pieczołowicie pielęgnowane i przekazywane z pokolenia na pokolenie. Najważniejszym z nich na pewno jest Wigilia wraz ze wszystkimi swoimi obrządkami: wolne miejsce przy stole, łamanie się opłatkiem, dwanaście potraw na świątecznym stole czy też sianko pod obrusem.

Pierwsze informacje o Bożym Narodzeniu pochodzą z 354 roku. Początkowo różne były terminy obchodów Świąt, jednakże ostatecznie wybrano 25 grudnia – dzień przesilenia zimowego.

Tradycja obchodów Świąt Bożego Narodzenia jest głęboko zakorzeniona nie tylko w narodzie polskim, ale na całym świecie. Jak mówi stare przysłowie „co kraj, to obyczaj” i coś w tym jest. Odnieść to możemy także do zwyczajów związanych ze Świątami Bożego Narodzenia. Dlatego też proponuję świąteczną wycieczkę po różnych krajach, aby święta nie tylko polskie stały się nam bliższe.

W **Polsce**, zgodnie z tradycją rodziny zasiadają do wieszery wigilijnej po zmroku, gdy na niebie pojawi się pierwsza gwiazda. Niejednokrotnie całe rodziny wypatrują tej pierwszej, najjaśniejszej gwiazdy. Stół nakryty jest białym obrusem, pod którym rozłożone jest sianko. Kiedy już wszyscy domownicy staną wokół stołu, najstarsza osoba w rodzinie rozpoczyna modlitwę, następnie bierze z talerzyka biały opłatek, podchodzi do każdego, łamie się nim i składa życzenia. W tym dniu wspomina się wszystkich, którzy nie mogą być z nami. To z myślą o nich na stole stawia się dodatkowe, puste nakrycie. Gdy podzielimy się opłatkiem, możemy skosztować czerwonego barszczu, pierogów z kapustą i grzybami, ryb, piernika i kompotu z suszonych owoców.

W **Hiszpanii** odpowiednikiem opłatka jest chałka. Przed Bożym Narodzeniem każda rodzina hiszpańska zaopatruje się w nową szopkę. Wigilijna wieszera rozpoczyna się po pasterce. Następnie wszyscy wychodzą na ulice oświetlone tysiącami barwnych żarówek, śpiewają kolędy, tańczą i bawią się do rana. Głównym daniem jest pieczona ryba oraz "ciasto Trzech Króli", w który zapieka się drobne upominki. Prezenty rozdawane są 6 stycznia w święto Trzech Króli.

W **Wielkiej Brytanii** wigilijny posiłek zaczyna się w południe w ścisłym gronie rodzinnym. Na świątecznym stole króluje pieczony indyk i "płonący pudding". Wieczorem w Wigilię angielskie dzieci wywieszają swoje skarpety za drzwi, by nazajutrz rano odnaleźć je wypełnione prezentami. To właśnie w Wielkiej Brytanii narodził się zwyczaj pocałunków pod jemiolą wiszącą pod suitem. Taki pocałunek przynosi szczęście i spełnienie życzeń (warto spróbować). Z kraju tego pochodzi pierwsza kartka z życzeniami. W 1846 roku Jon Horsley z Anglii zaprojektował pierwszą kartkę świąteczną z napisem "Wesołych Świąt Bożego Narodzenia i szczęśliwego Nowego Roku".

W **Szwecji** Święta rozpoczynają się w pierwszą niedzielę adwentu. Tradycyjna szwedzka ucztę składa się z lutefisk, czyli rozmoczonej suszonej ryby o dość mdłym smaku. Potem podaje się galaretkę wieprzową, główkę i chleb, a na deser pierniczki. Nie stawia się wolnego nakrycia na stole, ale za to odwiedza się samotnych. Szwedzi nie śpiewają kolęd, lecz tańczą wokół choinki.

W **Niemczech** w chrześcijańskich rodzinach przed lub po uczestnictwie w Mszy Świętej zapala się świece na choince i wtedy rozpoczyna się "gwiazdka" tzw. "Bescherung". Członkowie rodzin śpiewają lub słuchają kolęd i obdarowują się wzajemnie prezentami. Dzieciom wierzą, że prezenty przyniosł Święty Mikołaj.



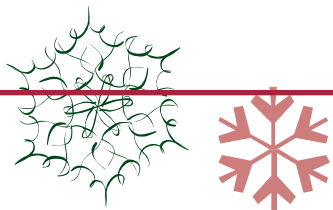
Greckie Boże Narodzenie jest spokojnym, uroczystym okresem. Gorący okres rozpoczyna się 6 grudnia w dniu Świętego Mikołaja, kiedy to wszyscy wymieniają się podarunkami i trwa aż do 6 stycznia - święta Trzech Króli. Na dzień przed Bożym Narodzeniem i Nowym Rokiem dzieci śpiewają świąteczne piosenki, chodząc od domu do domu. Grecy wierzą, że kolędy te błogosławią ich domostwa. Za śpiew dzieci obdarowywane są słodyczami i suszonymi owocami. Na każdym stole główne miejsce zajmuje Christopsomo (Chleb Chrystusa). Jest to okrągły bochenek ozdobiony na szczycie krzyżem, wokół którego ludzie stawiają symbole z ciasta przedstawiające wszystko to, co oznacza długotrwałość. Drugą ważną potrawą na świątecznym stole są ryby. Prezenty wręczane są 1 stycznia.

We **Francji** świąteczną atmosferę wyczuwa się już na kilka tygodni przed Bożym Narodzeniem, gdyż wszystkich opanowuje gorączka zakupów. Właściciele sklepów prześcigają się w pomysłach dekorowania wystaw, aby przyciągnąć klientów. Ulice miast przystrojone są kolorowymi lampkami i gwiazdkami. Święta Bożego Narodzenia pełnią we Francji bardzo ważną rolę, gdyż są to święta rodzinne. Francuzi wręczają sobie ręcznie robione kartki świąteczne oraz prezenty. We Francji, w przeciwieństwie do Polski, nie obchodzi się Wigilii. Francuzi 25 grudnia siadają do wspólnego obiadu, na którym tradycyjną potrawą jest indyk nadziewany kasztanami. We Francji dzieci wierzą, że to mały Jezus przynosi im prezenty, które w wigilijną noc wkłada do buczków ustawionych przy kominku.

Święta Bożego Narodzenia w **Czechach i na Słowacji** są czasem wzajemnych spotkań rodzinnych oraz dniem wolnym, w którym można się dobrze zabawić. Już kilka tygodni przed Bożym Narodzeniem, zarówno w Czechach, jak i na Słowacji, wystawy sklepowe przyciągają klientów specjalnymi promocjami i kolorowymi świecidełkami. Prawdziwy okres świąteczny rozpoczyna się jednak dopiero 24 grudnia. Ludzie wierzący przez cały ten dzień zachowują post, następnie składają sobie życzenia i obdarowują się prezentami.



Tradycyjnie, prawie każdym domu stoi przystrojona choinka, wokół której gromadzą się domownicy śpiewający kolędy. Gdy na niebie ukaże się pierwsza gwiazdka, zasiadają do wspólnej kolacji. Na stole nie może zabraknąć "vánočky" - tradycyjnego białego ciasta przypominającego wyglądem i smakiem polską słodką chałkę z bakaliami. Pierwszą spożywaną potrawą są, podobnie jak w Polsce, opłatki. Następnie na stół wędruje zupa grzybowa oraz obowiązkowo ryba, a najlepszą oczywiście jest karp. Na Słowacji, a przede wszystkim w okolicach Bratysławy, w miejsce zupy grzybowej często podawany jest kapuśniak. Czesi i Słowacy przywiązują też ogromną wagę do suszonych owoców oraz jabłek, które służą nie tylko do jedzenia, ale także do świątecznych wróżb.



We **Włoszech** Święta Bożego Narodzenia mają tysiącletnią tradycję. Włosi Święta rozpoczynają od wysyłania kartek z życzeniami do rodziny i przyjaciół. 8 grudnia ubiera się choinkę oraz budowane są żłobki w kościołach. 24 grudnia obchodzona jest Wigilia - uroczysta kolacja, podczas której jedzone są typowe włoskie ciasta - penettone i pandoro, a także nugat, migdały i orzechy laskowe. Włosi biorą udział w Pasterce. W czasie Bożego Narodzenia rozdają prezenty. Ulice Rzymu zdobione są wielkimi, przepięknymi choinkami.



We współczesnej **Rosji** bardziej uroczyste, niż Boże Narodzenie, świętowana jest noc z 31 grudnia na 1 stycznia. To czas prezentów, które w Rosji przynoszą Dziadek Mróz i jego wnuczka Śnieżynka. Boże Narodzenie jest obchodzone po świętach Nowego Roku - 7 stycznia. To święto bardzo radosne, które rozpoczyna uroczysta kolacja - Wigilia. Przygotowuje się postne danie z ziaren pszenicy, miodu i kaszy zmieszany z migdałowym lub makowym mlekiem. Takim daniem rozpoczyna się Wigilia. Na rosyjskim stole wigilijnym obowiązkowo powinno znaleźć się 12 dań - zgodnie z liczbą apostołów - m.in. bliny, ryba i mięsa w galarecie, pieczone i pierniki miodowe. Wieczernę wigilijną poprzedza ścisły post, który przestrzegany jest, aż do pojawienia się pierwszej gwiazdki, symbolizującej gwiazdę Betlejemską. Do tradycji Świąt Bożego Narodzenia należy m.in. zapalenie świec w oknach i ognisk na ulicach, które mają rozgrzać w zimową, mroźną noc narodzone Dzieciątko. Dzieci z papierowymi gwiazdami i lampionami w rękach pukają do tych domów, w których zapalono świece, aby złożyć życzenia domownikom, zaśpiewać kolędy. W zamian nagradzane są świątecznymi smakołykami.

Na **Węgrzech** w czasie świąt organizuje się wielkie bale dla dzieci. Najważniejszy z nich odbywa się w stolicy kraju, Budapeszcie, w budynku Parlamentu. Uczestniczą w nim znani aktorzy i artyści. Pod obrus leżący na stole wkłada się sianko. Wyciągnięcie najdłuższego źdźbła wroży długie życie. W czasie Wigilii i Świąt Bożego Narodzenia Węgrzy jedzą pieczonego indyka, zupę rybną oraz rosół z kury. Na stole nie może zabraknąć ciasta z makiem, bo mak zapewnia rodzinie miłość. W Austrii po piątej po południu rozbrzmiewa w oknach mały dzwoneczek. To znak, że rozpoczyna się świąteczna kolacja. Austria jest ojczyzną jednej z najpiękniejszych kolęd na świecie "Stille Nacht, heilige nacht" (Cicha noc, święta noc).

W **Danii** na Wigilię podaje się słodki ryż z cynamonem i pieczoną gęś z jabłkami. Tradycyjnym daniem jest budyń z ryżem, w którym gospodyni ukrywa migdał. Kto go znajdzie, ten dostaje świnkę z marcepanu, która zapewnia szczęście przez cały rok.

W **Meksyku** już 15 grudnia wieszają się pod sufitem piniatę - gliniane naczynie wypełnione słodyczami. Pod nią gromadzą się dzieci. Jedno z nich rozbija piniatę kijem, co rozpoczyna wyścig w zbieraniu słodyczy. Głównym daniem wigilijnym jest wędzony dorsz z papryką i oliwą oraz małymi grzankami. Podaje się również pieczonego indyka, owoce, słodycze.

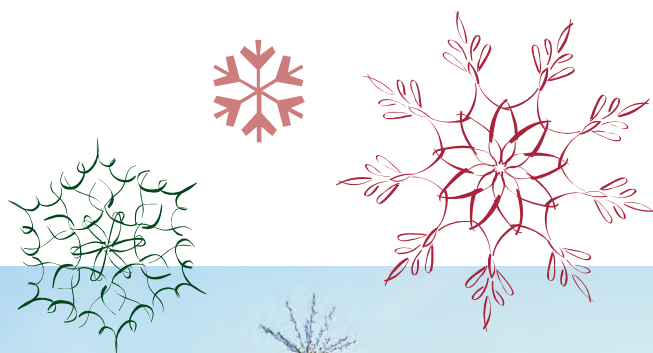
W **Stanach Zjednoczonych** Święta Bożego Narodzenia a raczej Święto obchodzone jest 25 grudnia. Każda amerykańska rodzina pieczołowicie przygotowuje się na nadejście tego ważnego dnia. Ulice i domy dekorowane są tysiącem migoczących światełek i lampek oraz świątecznymi ozdobami. Wszędzie rozbrzmiewa dźwięk kolęd, a w powietrzu unosi się zapach choinek. Jedną z ważniejszych tradycji

związanych z Bożym Narodzeniem w Stanach Zjednoczonych jest wzajemne obdarowywanie się prezentami. Amerykanie wręcz szaleją na przedświątecznych zakupach, po to by zrobić niespodziankę i przyjemność najbliższemu. W każdym domu pod choinką piętrzą się prezenty, a ich otwarcie następuje w świąteczny poranek przed śniadaniem. Najważniejszym punktem Bożego Narodzenia jest uroczysty obiad, na którym nie może zabraknąć bliższej i dalszej rodziny.

Mam nadzieję, że choć troszeczkę udało mi się przybliżyć Państwu zwyczaje i tradycje bożonarodzeniowe w różnych krajach. Najważniejsze jednak jest to, że wszędzie są to Święta rodzinne. W tym czasie całe rodziny gromadzą się przy świątecznym stole, śpiewają kolędy i wspólnie spędzają, ten jakże wspaniały czas.

Aneta Artkowska-Leszcz

Opracowano na podstawie artykułu Katarzyny Szcześniak i Iwony Błaszczkowskiej zamieszczonego na stronie internetowej <http://www.bibliotekaw Szkole.pl/inne/gazetki/62/index.php>





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

USUWANIE ZMARSZCZEK kwas hialuronowy

Dlaczego lubimy kwas hialuronowy?

Kwas hialuronowy to substancja występująca w naszym organizmie. Jest to jeden z glikozaminoglikanów, które pełnią rolę cementu wypełniającego przestrzenie międzykomórkowe. Wykorzystywany jest on przede wszystkim do wygładzania zmarszczek. Dzięki odkryciu i wykorzystaniu właściwości kwasu hialuronowego na początku lat 90 możliwy był niezwykle szybki rozwój medycyny estetycznej.

Do czego służy w medycynie estetycznej?

Nasz organizm sam produkuje kwas hialuronowy, jednakże około 40 roku życia ilość tego kwasu w skórze jest już o połowę mniejsza. Dlatego w dermatologii estetycznej wiele zabiegów polega na uzupełnianiu niedoboru kwasu hialuronowego w skórze. Kwas ten wykorzystuje się do wypełniania bruzd i zmarszczek, modelowania twarzy, ust, linii żuchwy i brwi a także niwelowania cieni pod oczami.

Jakie są zalety zabiegu?

Cenimy go przede wszystkim ze względu na ogromne bezpieczeństwo stosowania. Powikłania po zabiegach z tym kwasem są bowiem niezwykle rzadkie, dlatego nie ma potrzeby robienia testu przed zabiegiem. Zabiegi wygładzania zmarszczek kwasem hialuronowym są bardzo skuteczne, dają natychmiastowe efekty.

Gdzie najlepiej się sprawdza?

- modelowanie linii brwi i żuchwy,
- modelowanie twarzy i ust,
- redukcja kurzych łapek,
- niwelowanie cieni pod oczami.

Jak długo utrzymują się efekty?

Średni okres utrzymywania się efektów stosowania wypełniaczy wynosi 9-12 miesięcy. Czasem okres ten może być dłuższy lub krótszy w zależności od wieku, rodzaju skóry, trybu życia.

Przeciwwskazania

- ciąża, karmienie piersią,
- choroby o podłożu autoimmunologicznym,
- skłonność do powstawania blizn przerostowych,
- stany zapalne skóry,
- nadwrażliwość na kwas hialuronowy.

Cennik

Klasyczne wypełniacze

- duża ampułka - 1000 zł/amp. + 500 zł każda kolejna amp.
- mała ampułka (każdy punkt) 600 zł



Nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych

Od 1 stycznia 2016 r. recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art.15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. 2014.1435) będą mogły być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne.

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna mające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, a także pielęgniarka i położna z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą mogły samodzielnie:

- ordynować leki, które zawierają określone substancje czynne, z wyłączeniem jednak leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, a także środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym również wystawiać na nie recepty;
- ordynować określone wyroby medyczne, w tym również wystawiać na nie recepty.

Pielęgniarki i położne z dyplomem ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zyskały prawo do wystawiania recept na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuowania leczenia. Również w tym przypadku wymagane jest ukończenie specjalnego kursu.

Wymieniona grupa pielęgniarek zyskuje również prawo do wystawiania skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań diagnostyki laboratoryjnej, za wyjątkiem tych badań, które stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Pielęgniarki i położne będą mogły również ordynować leczenie na podstawie wyników badań lub dokumentacji medycznej i po uprzednim wykonaniu badania fizykalnego. To, jakie leki i wyroby medyczne będą mogły przepisywać pielęgniarki i położne, a także, do wykonania jakich badań diagnostycznych będą uprawnione, określi Minister Zdrowia w porozumieniu z Prezesem NFZ, w drodze rozporządzenia. Będzie ono również zawierało wzory druków recept.

Warunkiem skorzystania z powyższych uprawnień jest ukończenie specjalistycznego kursu w tym zakresie.

Kurs będą musiały przejść pielęgniarki i położne już wykonujące zawód. Z kolei dla przyszłych pielęgniarek i położnych ma zostać odpowiednio rozszerzony program studiów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.

Zmiana przepisów ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej jest częścią tzw. pakietu kolejowego przygotowanego przez resort zdrowia, którego celem jest skrócenie kolejek do specjalistów i usprawnić leczenie chorych na nowotwory. Jednocześnie zmiany mają przyczynić się do poprawy statusu zawodowego pielęgniarek i położnych potwierdzonego uzyskaniem szerszych uprawnień i kompetencji zawodowych, jako potwierdzenie poziomu wykształcenia, zdobytej wiedzy i doświadczenia zawodowego.

Czy pielęgniarka, która nie legitymuje się ukończeniem kursu specjalistycznego w zakresie szczepień, może podać pacjentowi po zranieniu, na zlecenie lekarza, w warunkach szpitalnych tj. izbie przyjęć szczepionkę p/teżcową oraz antytoksyny p/jadowi żmij?

Opinia prawna

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i zakres uprawnień uregulowane zostały przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r Nr 174, poz.1039 z późn. zm.) Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 4 i 5 wykonywanie zawodu pielęgniarki polega m.in. na:

- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych oraz
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

Zakres świadczeń zapobiegawczych, do wykonywania których uprawniona jest pielęgniarka **samodzielnie bez zlecenia lekarskiego** określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

Zakres ten obejmuje m.in. **uprawnienie do wykonywania szczepień ochronnych** pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego (§ 1ust.1lit. g rozporz.).

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (j.t. Dz. U. 2013.947 z późn. zm.) w art. 17 ust. 6 stanowi zaś, że obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje, określone na podstawie ust. 10 pkt 3.

Kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne zostały określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U.2011.182.1086).

Zgodnie z § 6 w/w rozporządzenia osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 w/w ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

Ustawodawca w art. 67pkt 3 ustawy przewidział jednak okresowe odstępstwo od wymogu posiadania powyższych kwalifikacji - **do dnia 31 grudnia 2015 r.** szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nieposiadający wymaganych kwalifikacji, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Wymóg odbycia przez pielęgniarkę w ramach doskonalenia zawodowego specjalistycznego kursu w zakresie szczepień w przepisach określających zasady przeprowadzania szczepień ochronnych nie jest już powtórzony przy wykonywaniu szczepień na zlecenie lekarskie.

W przypadku więc osoby zranionej, jeżeli lekarz po badaniu lekarskim i ocenie stopnia ryzyka wystąpienia np. tężca zleci podanie pacjentowi antytoksyny tężcowej to należy to potraktować jako zlecenie podania leku i pielęgniarka, także pielęgniarka nie posiadająca kursu specjalistycznego, moim zdaniem, powinna to zlecenie zrealizować- zlecenie powinno być udokumentowane wpisem w dokumentacji medycznej.

Irena Renda

Radca Prawny OIPiP w Koszalinie

Stopa cukrzycowa Leczenie endowaskularne i chirurgiczne chorób naczyń

Sprawozdanie z konferencji – wyzwania XXI wieku



W dniach 6-8 listopada 2014 odbyła się IV Międzynarodowa Konferencja przeznaczona dla lekarzy, studentów i pielęgniarek, która odbyła się w Centrum Kongresowo – Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego. Wykłady odbywały się w języku polskim i angielskim. Dokończyły przekaz wiedzy teoretycznej i klinicznej zagadnień w trakcie konferencji, umożliwiły bezpośrednie transmisje w formie telekonferencji z sal operacyjnych oraz połączenie z Poradnią Stopy Cukrzycowej Szpitala Raszei.

W pierwszym dniu konferencji odbył się pierwszy kurs podstawowy: Teoretyczne i praktyczne podstawy leczenia wewnątrznaczyniowego schorzeń tętnic obwodowych. Przeznaczony dla pielęgniarek operacyjnych i techników radiologii biorących udział w zabiegach wewnątrznaczyniowych na naczyniach obwodowych.

Drugi kurs doskonalący: Diagnostyka dupleksowa tętniaków aorty i tętnic kończyn dolnych. Przeznaczony był dla osób mających co najmniej podstawową wiedzę i umiejętności z zakresu diagnostyki dupleksowej tętniak aorty brzusznej i tętnic kończyn dolnych.

Każdy z uczestników miał możliwość praktycznego ćwiczenia zespołów naczyniowych wg przedstawionego programu w grupach dwuosobowych na symulatorach ARROYA. Uczestnicy mieli udostępnione zestawy do ćwiczeń oraz otrzymali certyfikaty. Mottem konferencji było „Chory powinien mieć szansę dwóch opinii przed amputacją”.

Rozpoczęcie konferencji oraz wprowadzenie przeprowadził:

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Oszkiniś Poznań

Omówiony został cel kursu i zakres omawianych zagadnień.

Mgr Hanna Tomczewska przedstawiła ciekawy wykład na temat przygotowania instrumentarium do interwencji endowaskularnej na sali hybrydowej czyli przygotowanie narzędzi i pola operacyjnego, planowanie sprzętu oraz zakres odpowiedzialności instrumentariuszki (sala hybrydowa charakteryzuje się wysokospecjalistycznym sprzętem. Wyposażona jest w nowoczesny stół operacyjny, aparat śródoperacyjny z ramieniem C, nowoczesny angiograf do badań serca i naczyń krwionośnych, kamery, oświetlenie LED, systemy video pozwalające obserwować zabieg).

W czasie wykładów przedstawiono:

- technikę nakłucia tętnicy i rodzajeostępów naczyniowych,
- klasyfikację i charakterystykę przewodników różnych producentów, cewników i balonów,
- zastosowanie poszczególnych grup stentów.

W czasie wykładów bezpośrednio z sali operacyjnej trwała transmisja, gdzie uczestnicy konferencji na żywo mogli obejrzeć zabiegi przeprowadzane na aorcie i tętnicach biodrowych, tętnicy udowej powierzchownej i podkolanowej, zabiegi na tętnicach goleni, na tętnicach szyjnych.

Zaprezentowano między innymi stent kryty Viabahn w leczeniu schorzeń kończyny dolnej, zastosowanie stentów Supera oraz technologię balonów lekowych jako nowe możliwości leczenia endowaskularnego. Zwrócono uwagę na temat ochrony radiologicznej personelu medycznego oraz pacjenta.

Drugiego dnia tematami konferencji były strategie leczenia i diagnostyka stopy cukrzycowej. W czasie połączenia

z Poradnią Stopy Cukrzycowej Szpitala im. Raszei zaprezentowano odciążenie profilaktyczne i leczenie w zespole stopy cukrzycowej. Szczegółowo zaprezentowano zakładanie czterowarstwowego opatrunku dostosowanego do nogi chorego - but Total zalecany czas noszenia – 2 miesiące. W przypadku owróżdzenia stopy zalecane jest również odciążenie przy pomocy innego sprzętu:

- wózek, kule łokciowe, buty odciążające, pneumatyczne, Clov Boot – orteza indywidualna, nakładka zabezpieczająca - TCC (Total Contact Cost), buty ortopedyczne indywidualnie projektowane na podstawie budowy stopy, oraz silikonowe separacje.

Przewodnicząca Sekcji Stopy Cukrzycowej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Dr hab. n. med. Anna Korzon-Burakowska wygłosiła wykład na temat infekcji w obrębie stopy cukrzycowej. Kluczowym zagadnieniem był brak gojenia rany. Decydujące czynniki to infekcja, niedokrwienie i brak odciążenia. Niedokrwienie + Infekcja = Amputacja

Objawy miejscowe:

- ból stopy, wilgotność, zmiana zabarwienia skóry, przetoka, w takim przypadku może dojść do zapalenia kości. Konieczny jest wymaz z rany (z całej powierzchni). Biofilm rany stopy cukrzycowej charakteryzuje obecność opornych bakterii, które transferują jedna do drugiej tworząc geny oporności. Konieczne jest wówczas chirurgiczne oczyszczenie rany, antyseptyka o szerokim spektrum działania. Antyseptyk nie powinien być kolorowy, toksyczny. Antyseptyki do ran muszą być stosowane jako Produkt Lecznicy (BI). Rany w cukrzycy są wielobakteryjne, dlatego antybiotyk musi mieć szerokie spektrum działania. Nadal trwają poszukiwania metod leczenia miejscowego. Wysunięto wnioski, iż taki preparat powinien posiadać wysokie stężenie (MIC). Nie zaleca się stosowania maści i przymoczek. W leczeniu miejscowym zalecana jest gąbka garamycynowa.

Dr n. med. Wojciech Fortuna przedstawił wykład z zastosowaniem terapii bakteriofagami. Ośrodek terapii fagowej znajduje się w Centrum Medycznym Immunologii we Wrocławiu. Jest to eksperymentalna metoda badań. Zaprezentowano nowość w leczeniu infekcji tkanek miękkich, kości i szpiku. Stimulan Rapid Cure (stimulan – siarczan wapnia) matryca + antybiotyki. Metoda do wglądu na stronie - www.biocomposite.com



Dr n. med. Krzysztof Wachal omówił temat terapii VAC natomiast dr Łukasz Kruszyna, w czasie transmisji ze Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, zaprezentował drenaż podciśnieniowy VAC Ultra z płynem płuczącym (5 generacja) u pacjenta z niedokrwioną stopą cukrzycową z powikłaną ropowicą (mikrobiologia rany, oczyszczenie rany, usunięcie patogenu założenie drenażu VAC). Jest to najbardziej nowoczesny system oczyszczania rany, gojenie rany przyspiesza ziarninowanie.

Na zakończenie konferencji Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Krasiński przedstawił temat zastosowania komórek macierzystych u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn.

Wytyczne PTRL w zakresie Zespołu Stopy Cukrzycowej:

Złoty Standard – Wskaźnik: Kostka- Ramię ABI

0,90- 1,30 – zdrowy

0,7-0,89 - chromanie przestankowe

<0,40 - martwica

Standard of Care.

Miażdżyca to choroba ogólnoustrojowa, czynniki ryzyka – niewydolność krążenia, niewydolność serca. W świecie choruje na cukrzycę 382mln, ok. 175 tys. osób nie wie, że jest chora na cukrzycę. Średnia wieku 40-49 lat, 9,5 % populacji >50 roku życia. Cukrzyca to trąd XXI wieku.

Wytyczne Europejskie EWMA- www.medbook.com.pl

Konferencja pod Patronatem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu.

W dniach 13-14.03.2015 r. w Warszawie odbędzie się III Konferencja Naukowo Szkoleniowa temat: Powikłania w Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej.

Informacja dla pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych zainteresowanych udziałem: Koszt: 100 PLN (studenci, pielęgniarki, technicy). Rejestracja na stronie WWW.NACZYNIOWKA.PL

Udział w konferencji wzięła Komisja do Spraw Leczenia Ran i Odleżyn w składzie: przewodnicząca Danuta Bralewska oraz Krystyna Szczerbińska.

EUROPEJSKIE CENTRUM EDUKACYJNE W KOSZALINIE

ul. T. Chałubińskiego 15



tel. 516 195 778, (94) 342 48 20

www.fundacja-ece.edu.pl

e-mail: sekret@fundacja-ece.edu.pl



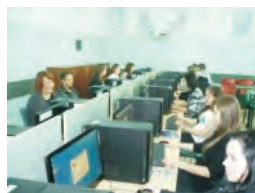
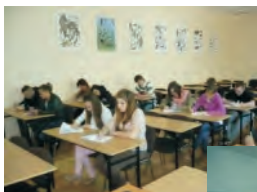
Studia podyplomowe

wolne miejsca – ZAPRASZAMY

- ▣ Zarządzanie w ochronie zdrowia
- ▣ Przygotowanie pedagogiczne
- ▣ Administracja i zarządzanie
- ▣ Bezpieczeństwo i higiena pracy z elementami zarządzania
- ▣ W-F z elementami edukacji zdrowotnej
- ▣ Przyroda z ochroną środowiska
- ▣ Logopedia
- ▣ Surdopedagogika
- ▣ Resocjalizacja i socjoterapia
- ▣ Doradztwo zawodowe i personalne
- ▣ Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną – Oligofrenopedagogika
- ▣ Edukacja wczesnoszkolna i wychowanie przedszkolne

Ponadto planujemy rozpocząć w lutym 2015

- ▣ Informacja naukowa i bibliotekoznawstwo
- ▣ Biologia z ochroną środowiska
- ▣ Gimnastyka korekcyjno - kompensacyjna z elementami masażu i fizykoterapii
- ▣ Diagnostyka i terapia pedagogiczna
- ▣ Organizacja i zarządzanie w oświacie i inne.



Budynek dydaktyczny



SZKOŁY POLICEALNE

- ▣ Technik masażysta
- ▣ Opiekun medyczny
- ▣ Opiekunka dziecięca

Zapewniamy:

- nowoczesna bazę dydaktyczną
- profesjonalne przygotowanie do wykonywania atrakcyjnych zawodów

Kursy i szkolenia:

- ▣ Kwalifikacyjne kursy zawodowe
- ▣ Szkolenie dla opiekuna w żłobku lub klubie dziecięcym
- ▣ Biblioterapia
- ▣ Kinezylogia edukacyjna
- ▣ Szkolenia w zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych i inne

EUROPEJSKA JAKOŚĆ NAUCZANIA I KSZTAŁCENIA

Kobieta *w centrum*

W dniu 18 października 2014 roku odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa pod tytułem „Kobieta w centrum” zorganizowana przez Komisję Położnych działającą przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie.

Honorowy patronat nad konferencją objęli: Prezydent Miasta Koszalina Pan Piotr Jedliński, Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koszalinie Pan Jan Kuriata oraz Prezes Zarządu Fundacji „Zdążyć z Miłością” Pani Małgorzata Kaweńska-Słęczak.

Nad właściwym poziomem merytorycznym spotkania oraz sprawną organizacją konferencji czuwał komitet organizacyjny. Uroczystego otwarcia konferencji dokonała Pani Justyna Laska Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, która powitała wszystkich obecnych gości oraz uczestników spotkania. Po oficjalnym rozpoczęciu kolejno w krótkim wystąpieniu głos zabrali Prezydent Miasta Koszalina i Rektor PWSZ w Koszalinie. Padło wiele miłych słów uznania skierowanych do pielęgniarek i położnych oraz organizatorów konferencji. Następnie rozpoczęła się konferencja pod sympatycznym przewodnictwem pani Katarzyny Jasik - położnej sławieńskiego szpitala.

Poruszano zagadnienia, których zgodnie z tytułem konferencji, kobieta, a zwłaszcza jej zdrowie były w centrum uwagi.

Pierwsze zagadnienie dotyczyło cukrzycy - choroby cywilizacyjnej obecnego wieku. We wprowadzeniu do tematu dr n. med. Jarosław Ogonowski ze Szczecina poruszył problem cukrzycy u kobiety w ciąży, przypomniał kryteria rozpoznawania hiperglikemii w ciąży, omówił postępowanie w trakcie i po porodzie. Na wpływ cukrzycy ciężarnej matki u noworodka zwróciła uwagę lek. med. specjalista neonatologii Anna Kozłowicz-Zientała. Problemy pacjentek chorych na cukrzycę przedstawiła Pani dr Dorota Ćwiek Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarnictwa Położniczo-Ginekologicznego. Omówiła szczególną rolę położnej w rozwiązywaniu poruszanych wcześniej problemów.

Uczestnicy konferencji z uwagą wysłuchali wykładu lek. med. ginekologa położnika Aleksandra Smulskiego na temat antykoncepcji hormonalnej, w dużej mierze poświęconego bezpieczeństwu jej stosowania.

Pani Beata Piłarska mgr położnictwa, specjalista do badań urologicznych z Bydgoszczy skupiła uwagę słuchaczy na bardzo powszechnym, ale i bardzo wstydliwym problemie dotyczącym kobiet w wykładzie pod tytułem „Choroba z rumieńcem, czyli nietrzymanie moczu u kobiet”.

Udział w konferencji wzięli również jej sponsorzy: Pan Bartosz Krupiński, który poszerzył wiedzę obecnych na temat produktów firmy MEAD JOHNSON NUTRITION w prezentacji pod tytułem „Im więcej wiedzą, tym więcej się uczą”, a pan Rafał Sakowicz z firmy ConvaTec przedstawił sposoby pielęgnacji trudno gojących się ran. Pani Małgorzata Kaweńska-Słęczak przybliżyła wszystkim cel działalności Fundacji „Zdążyć z Miłością”, a przede wszystkim omówiła pierwszy zrealizowany przez Fundację projekt, którym stało się mieszkanie chronione dla bezdomnych, samotnych matek z małymi dziećmi.

Konferencja skierowana była do położnych i pielęgniarek z rejonu województwa zachodniopomorskiego, chętnych do poszerzania swojej wiedzy. Organizatorzy Konferencji składają podziękowania wszystkim prelegentom za podjętą współpracę i zaprezentowanie treści swoich wystąpień natomiast paniom położnym i pielęgniarkom dziękujemy za

uczestnictwo w konferencji.

Konferencja była wspaniale zorganizowana. Komfortowe było miejsce, w którym się odbyła - Hotel Trawa w Koszalinie. Przydatne materiały, które otrzymały wszystkie uczestniczki, a wśród nich oprócz programu, skryptów z wykładów, gadżetów związanych z Koszalinem, znalazły się płyty DVD z ćwiczeniami mięśni dna miednicy, kręgosłupa i brzucha.

Konferencja zakończyła się rozdaniem certyfikatów uczestnictwa. Mamy nadzieję, że spotkamy się za rok.

**mgr położnictwa Elżbieta Kuziomko
Szpital Wojewódzki w Koszalinie**



„Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”



Pielęgniarka to brzmi dumnie, ale żeby w pełni zasłużyć na ten tytuł trzeba systematycznie podnosić kwalifikacje i umiejętności. Rozwój i zmiany zachodzące w medycynie i pielęgniarstwie wymuszają na nas pielęgniarkach uczestniczenie w szkoleniach, kursach i konferencjach. Na przełomie września i października 2014 r. odbył się organizowany przez OIPIP w Koszalinie kurs specjalistyczny z zakresu „Kompleksowej pielęgniarskiej opieki nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”, współorganizowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.

W Polsce opieka geriatryczna nie była postrzegana jako dziedzina z przyszłością, ale w ostatnim czasie, na szczęście, sytuacja uległa zmianie na lepsze. Kurs ten był najlepszym na to dowodem. W kursie uczestniczyło trzydzieści pielęgniarek i pielęgniarzy. Na początku byliśmy przerażeni ilością godzin wykładowych i praktycznych.

Głośno zastanawialiśmy się jak podołamy pogodzić pracę zawodową ze stawianymi zadaniami. Nasze obawy szybko zostały rozwiane sprawną organizacją, ciepłym przyjęciem i uśmiechem w każdej sytuacji. Każdy uczestnik otrzymał pełną i dokładną informację o przebiegu kursu oraz komplet pomocy naukowych. Kierownik Kursu Pani Anna Burdziej czuwała nad sprawną realizacją planu zajęć i naszym dobrym samopoczuciem. Poświęcała nam dużo czasu i motywowała do zaliczania poszczególnych modułów, a było ich tylko trzynaście. Mieliśmy szczęście, bo nasi wykładowcy to wspaniali profesjonaliści o ogromnej wiedzy, którą się z nami dzielili. Często zdarzało się, że godziny wykładowe się skończyły a my kursanci mieliśmy jeszcze mnóstwo pytań i nie wypuszczaliśmy z sali naszych nauczycieli. Każde zajęcia przygotowane były na najwyższym poziomie z wykorzystaniem pomocy naukowych i środków stosowanych w nowoczesnej medycynie np. chirurgii opatrunkowej. Prowadzone były w przyjaznej atmosferze, co bardzo sprzyjało przyswajaniu wiedzy. Wiedza i umiejętności zdobyte podczas kursu dają mi pewność w codziennej pracy z pacjentami w podeszłym wieku.

Miałam ogromną przyjemność uczestniczyć w zorganizowanym z takim rozmachem i połem kursie, który polecam wszystkim pielęgniarkom. Przyjazna atmosfera, dbałość o szczegóły i detale naszych opiekunów pozwoliła nam, uczestnikom, bez problemów zaliczyć egzamin końcowy.

Grupa pielęgniarek i pielęgniarzy, która spotkała się na kursie była wyjątkowo koleżeńska, sympatyczna i z ogromnym poczuciem humoru. Polubiliśmy czas spędzony razem na nauce i dowcipkowaniu.

Po wręczeniu zaświadczeń o ukończonym kursie żal było się rozstawać.

Moje refleksje po kursie – Basia Hope



HARMONOGRAM REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO W I PÓŁROCZU 2015 ROKU

KURSY KWALIFIKACYJNE		
L.p.	Dziedzina szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu
1	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych (517 godzin)	LUTY/MARZEC
2	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek (490 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
3	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek (473 godzin)	LUTY/MARZEC
4	Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek (507 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
5	Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek (469 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
6	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek (505 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
7	Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek i położnych (515 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
8	Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek (493 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
9	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne opieką dla pielęgniarek (530 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
KURSY SPECJALISTYCZNE		
L.p.	Zakres szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu
1	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych (90 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
2	Leczenie ran dla pielęgniarek (225 godzin)	MAJ
3	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka dla pielęgniarek i położnych (41 godzin)	MARZEC
4	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych (90 godzin)	MAJ
5	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych (105 godzin)	KWIECIEŃ
6	Terapia bólu ostrego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (56 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
7	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (49 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
8	Szczepienia ochronne dla pielęgniarek (80 godzin)	CZERWIEC
9	Szczepienia ochronne noworodków dla położnych (40 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
10	Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek (90 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
11	Pielęgnowanie pacjenta w warunkach lecznictwa uzdrowiskowego dla pielęgniarek (160 godzin)	LUTY/MARZEC
12	Poradnictwo dietetyczne dla pielęgniarek i położnych (119 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE		
L.p.	Zakres szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu
1	Pielęgniarstwo diabetologiczne dla pielęgniarek i położnych (14 godzin)	17 – 18 STYCZNIA
2	Profilaktyka zakażeń szpitalnych dla pielęgniarek i położnych (15 godzin)	KWIECIEŃ
KURSY PODSTWOWE I UZUPEŁNIAJĄCE		
L.p.	Zakres szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu
1	Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (15 godz. - kurs podstawowy)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
2	Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (9 godz.– kurs uzupełniający)*	STYCZEŃ LUTY MARZEC KWIECIEŃ MAJ CZERWIEC
* Szkolenie w zakresie uzupełniającym przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 4 lata od czasu odbycia szkolenia podstawowego!		

Osoby zainteresowane szkoleniem prosimy o nadsyłanie kart zgłoszeń wraz z wymaganymi załącznikami na adres:
 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie ul. Zwycięstwa 190
 bądź przesyłanie drogą elektroniczną na adres e-mail: szkolenia@oipip-koszalin.org
 zgłoszenia przyjmujemy również osobiście w siedzibie OIPIp w Koszalinie w pokoju nr 317
 Szczegółowych informacji udzielamy pod numerem telefonu: (94) 3411102

REBUS z nagrodami



__ BA MO __ TA KOBIE __

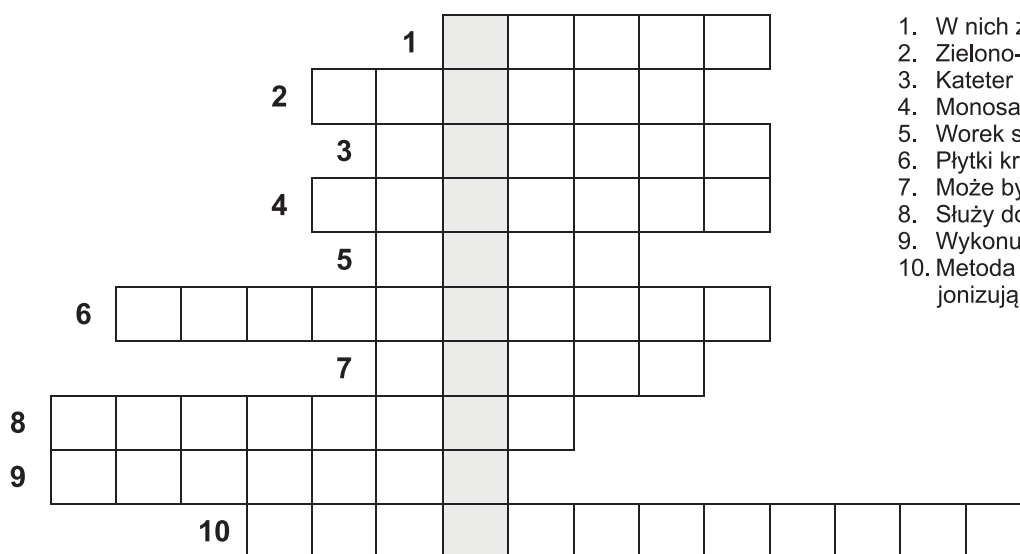
--	--	--	--	--	--

Hasło, które będzie rozwiązaniem rebusu można przesyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej lub na adres e-mail OIPIP. Termin nadsyłania rozwiązań: 15.02.2015 r.

Za prawidłowe rozwiązanie rebusu przewidziano trzy nagrody rzeczowe. Imiona i nazwiska zwycięzców, wyłonionych w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.

Nagrodę za rozwiązanie rebusu, którego hasło brzmiało: „ODLEŻYNA” otrzymują: Ewa Kwiatkowska z Polczyna Zdrój, Teresa Łosiewicz z Polczyna Zdrój, Agnieszka Osadowska z Polanowa.

KRZYŻÓWKA nr 12



1. W nich zachodzi wymiana gazowa
2. Zielono-żółto-fioletowe zabarwienie na skórze
3. Kateter
4. Monosacharyd
5. Worek samorozprężalny do reanimacji
6. Płytki krwi
7. Może być rozgrzewający lub chłodzący
8. Służy do wykonania np. lewatywy
9. Wykonuje zdjęcie RTG
10. Metoda leczenia za pomocą promieniowania jonizującego

Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr 11, której hasło brzmiało: „HELICOBACTER” wygrała Pani Danuta Bralewska 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: **15.02.2015 r.**

Za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki przewidziano jedną nagrodę rzeczową. Imię i nazwisko zwycięzcy, wyłonionego w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.



Heban i Homer

Mój Pupil

W tym numerze prezentujemy Hebana i Homera - przeurocze szczenięta, które wszystkich domowników owinęły sobie wokół łapki.

Zapraszamy wszystkich czytelników do zamieszczania na łamach Biuletynu, zdjęć swoich pupili.

Meteory

klasztory zawieszane
nad przepaściami



Grecja to kraj bardzo różnorodny, kontrastujące ze sobą krajobrazy nasycone piękną przyrodą, starożytnymi zabytkami i cudownym klimatem. Poza pięknym krajobrazem, historią, wspaniałymi wyspami i lazurowym morzem w Grecji we wszystkich częściach kraju na turystów czekają liczne atrakcje.

Meteory – miejsce niezwykle i niepowtarzalne, wypełnione gigantycznymi skałami w formie wież wieżyczek, pozostawia niezatarte wrażenie. Meteory to potężne centrum klasztorne wschodniego kościoła ortodoksyjnego. Od XI wieku Meteory uważane są za obraz wielkości Boga, są miejscem duchowego ćwiczenia, oraz miejscem poszukiwania swojej drogi życia. Tu umacnia się wiara i kształtuje osobowość, tu też kształtowała się literatura i sztuka ortodoksyjnego chrześcijaństwa.

Meteory wznoszą się jak skalisty las na równinie Tessalskiej, niedaleko greckiej miejscowości Kalambaka. „Meteora” po grecku znaczy „klasztory zawieszane w niebie” i rzeczywiście tak jest, prawosławne monastyny wydają się być zrosnięte z wysokimi skałami, na których zostały zbudowane. Te gigantyczne, różnokształtne wzniesienia wydają się niedostępne a tymczasem na ich czubkach widać klasztory, które są przecież dziełem ludzkich rąk. Tam od setek lat mają swój dom mnisi i to oni stworzyli to miejsce, tam „wyrabiają” posłuszeństwo i silną wolę, ich bronią jest modlitwa i post.

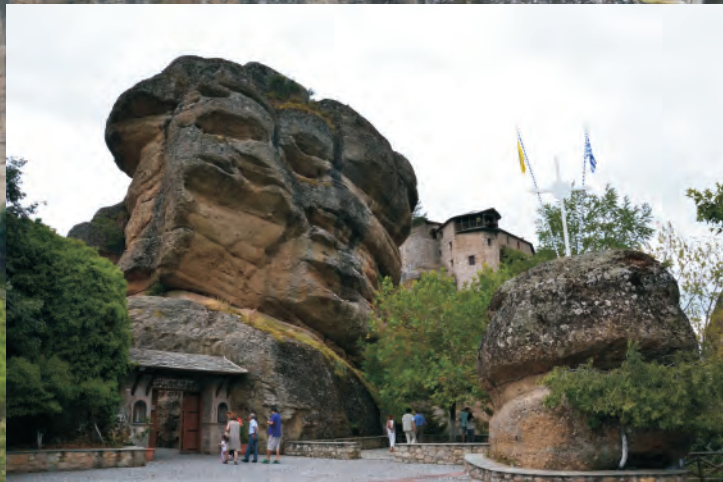
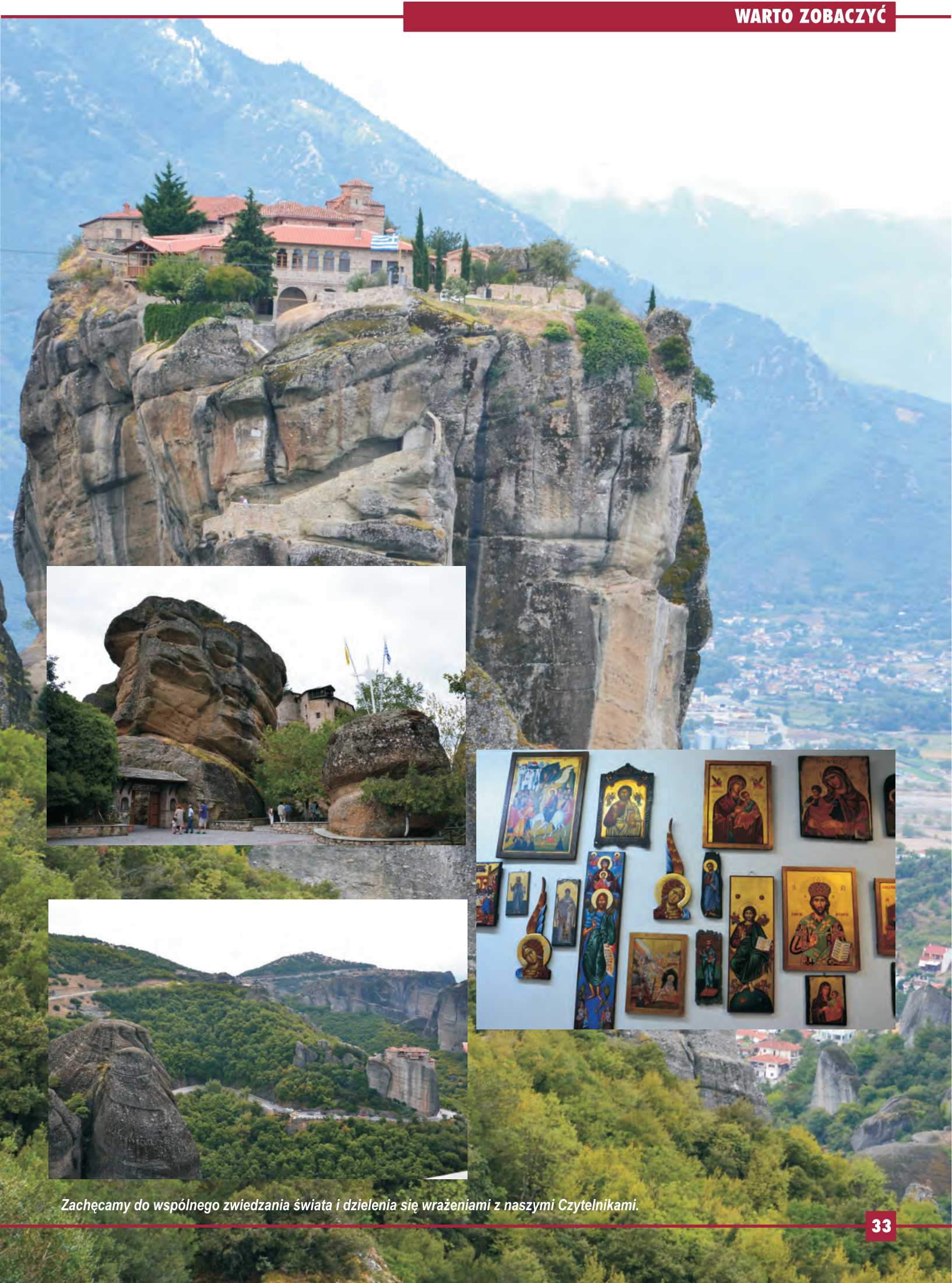
Z czasem klasztory stały się magnesem, przyciągającym tysiące wierzących, którzy przychodzą tutaj ćwiczyć swoją duszę. Niegdyś klasztorów było 24, dzisiaj udostępnionych do zwiedzania jest 6, pozostałe są niezamieszkałe i odosobnione. Mnisi oddają się modlitwie już tylko w dwóch klasztorach, pozostałe stały się atrakcjami turystycznymi. Od 100 lat do klasztorów można dojść po schodach wykutych w skałach lub krętymi drogami, które w tamtych latach także powstały. Dawniej mnisi wchodziłi do klasztorów przy pomocy systemu platform podtrzymywanych przez belki wsunięte w skalne szczeliny, a następnie przy pomocy sznurowych drabin oraz liny i kołowrotka. Na szczęście dziś nie funkcjonują już kołowrotki wciągające ludzi w siatkach na szczyt skał. Turyści najczęściej zwiedzają klasztor Wielki Meteor z XIV-wiecznym kościołem Przemienienia Pańskiego, klasztor św. Stefana, który zachwyca rzeźbionymi ikonami, klasztor św. Warlaama z biblioteką, ufortyfikowanym

ogrodem i kołowrotkiem do wciągania ciężarów na górę. Na miłośników sztuki prawosławnej czekają tam prawdziwe dzieła sztuki. Wartość zgromadzonych skarbów, pamiątek i rękopisów jest nieoceniona, to prawdziwe muzea bizantyjskiej sztuki z pięknymi ikonami, starymi manuskryptami, mozaikami i cennymi freskami. Ale najbardziej fascynującym miejscem są tarasy przy klasztorach, tam można doświadczyć prawdziwego uczucia zawieszenia między niebem i ziemią. Widok skał niskich i wysokich układających się w tajemniczą całość, panująca cisza, wznoszące się na skałach wieczne klasztory tworzą dla turystów niesamowitą atmosferę a wielka przestrzeń tworzy panoramę zapierającą dech w piersiach. Żadne fotografie nie oddają obrazu tego miejsca. Nie bez powodu nazywane są ósmym cudem świata.

Majestatyczne Meteory to cel wycieczek i pielgrzymek a dla osób uprawiających sporty ekstremalne to doskonałe miejsce do wspinaczek górskich. Podczas zwiedzania klasztorów trzeba mieć zasłonięte ramiona oraz kolana. Odpowiedni strój można otrzymać przy wejściu do tych miejsc kultu. Należy też być przygotowanym na męczącą wędrowkę po schodach i krętych drózkach prowadzących do klasztorów, ale warto bo przecież najlepszymi pamiątkami są wspomnienia z naszych podróży. Meteory były miejscem jednym z wielu jakie zwiedziłam podczas mojego urlopu w Grecji, podróż po tej kolebce kultury przypomina wizytę w ogromnym muzeum, każde z odwiedzanych miejsc jest nową salą z kolekcją skarbów minionej przeszłości. Ale cel wyprawy tak naprawdę zależy wyłącznie od naszych osobistych upodobań, tutaj każdy znajdzie coś dla siebie bo Grecja to kraj, który zachwyca swoimi dziejami historii, urokliwymi krajobrazami, wyśmienitym jedzeniem, ciepłymi i życzliwą gościnnością.

Grażyna Margas





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



*Jak trudno żegnać
na zawsze kogoś,
kto jeszcze mógł być z nami*

Z głębokim żalem żegnamy naszą koleżankę
i długoletniego współpracownika

śp. BOŻENĘ KOŚCIELNIAK

zmarłą w dniu 17 października 2014 roku.

Rodzinie i bliskim składamy wyrazy najszczęszego współczucia.

Pracownicy Oddziału Neurologii



Najszczęsze wyrazy współczucia

Koleżance
Honoracie Deryło

z powodu śmierci

MAMY

składają
Koleżanki i Koledzy z Oddziału Reumatologii
i Rehabilitacji Ogólnoustrojowej-B- Szpitala
Powiatowego w Białogardzie.

**"Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci"**

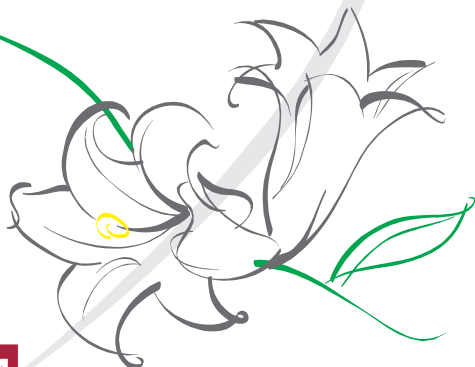
*Z żalem zawiadamiamy,
że odeszła od Nas*

Czesława Prawicka

*długoletnia Pielęgniarka Oddziałowa Bloku
Operacyjnego w Białogardzie*

Cześć jej pamięci!

*Pracownicy
Bloku Operacyjnego w Białogardzie*



Świąteczny przekładaniec

Składniki na ciasto:

- 50 dag mąki
- 5 łyżek margaryny
- 5-8 dag drożdży
- 4-5 łyżek mleka
- 5 żółtek
- 1 opakowanie cukru waniliowego lub 1/4 laski wanilii
- 5 łyżek cukru
- szczypta soli

Składniki na masę do przełożenia:

owoce z konfitury lub syropu:

- 1/2 oszklanki wiśni
- 1/2 szklanki gruszek
- 1/2 oszklanki śliwek
- 10 dag rodzzynek
- 10 dag migdałów lub orzechów
- 3 łyżki smażonej skórki pomarańczowej
- 2 łyżki mąki

1. Drożdże rozetrzeć z łyżką cukru, rozprowadzić mlekiem, wymieszać z 2 łyżkami mąki, pozostawić w ciepłe do wyrośnięcia.
2. Margarynę otrzeć na pianę, a następnie dodawać po jednym żółtku i po łyżce cukru.
3. Do utartej masy dodać przesianą mąkę, sól, wyrośnięte drożdże, cukier waniliowy lub miąższ z wanilii. Ciasto wyrabiać aż będzie gładkie, lśniąca i będzie odstawało od ręki.
4. Dużą podłużną formę wyłożyć folią aluminiową lub papierem do pieczenia.
5. Ciasto podzielić na kilka części i każdą cienko rozwałkować.
6. Na dnie formy położyć pierwszą warstwę ciasta, a na niej umieścić dobrze osączone i drobno pokrojone owoce, wymieszane z umyętymi i osuszonymi rodzzynekami, obranymi i posiekanymi migdałami lub orzechami oraz ze smażoną skórką pomarańczy.
7. Warstwy układać naprzemiennie, ostatnią powinno być ciasto.
8. Odstawić do wyrośnięcia, a następnie piec w nagrzanym do 170-180°C przez 50-60 minut. Z formy wyjmować dopiero po ostygnięciu. Można polukrować lub posypać cukrem pudrem.

Smacznego!

Niezwykłe światło

W świetle Betlejemskiej Gwiazdy
pokruszę kromkę serdeczności
i rozdám strapiionym

Z kieszeni wyjmę bielusięki opłatek
prezent opasam wstążką uśmiechu
dołączę ciepło dłoni
rozjaśnię blaskiem spojrzenia
i włączę podkład życzliwego serca

Niebu podziękuję za cud chwili
bezcenną lekcję miłości
i nadzieję owocnego trwania

A potem usiądę przy stole
na sianku rozłożę resztki białego chleba
uśmiechnę się do świątecznego drzewka
i wtopię w czas radości

Krystyna Wajda

