



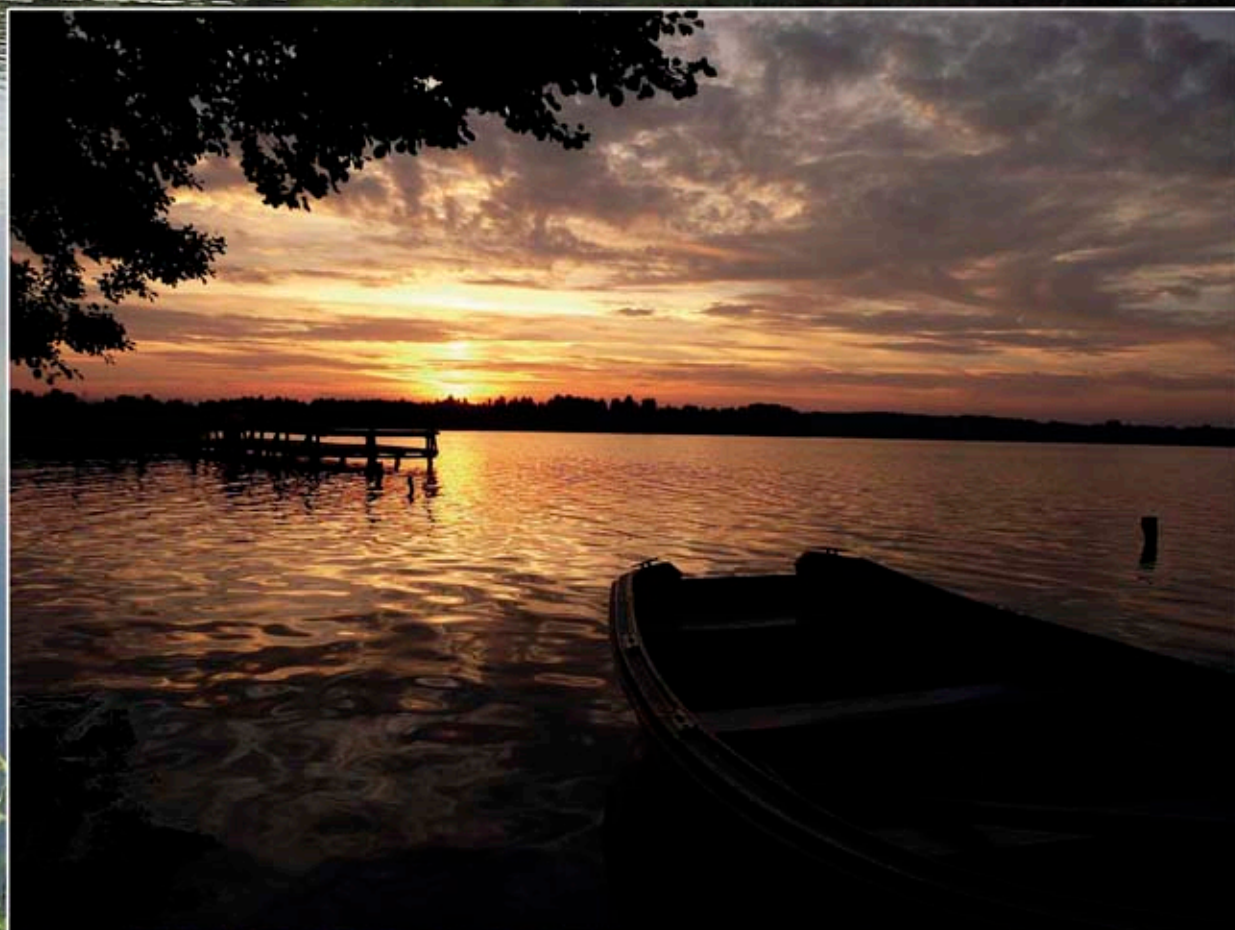
ISSN 1427-5147

OLSZTYN VII - IX 2013

Nr 3 (90)

BIULETYN PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z Siedzibą w Olsztynie



Od redakcji

Szanowne koleżanki i koledzy,

Już wkrótce koniec lata, dla wielu z nas to koniec wypoczynku i błogiego lenistwa. Czas powrotu do pracy bywa trudny, ale przecież już dziś możemy planować wypoczynek na kolejny rok. Tym, którzy wrócili z urlopów życzymy miłej i spokojnej pracy a tym którzy wybrali wypoczynek jesienią życzymy wymarzonego relaksu i dobrej pogody. W dzisiejszym wydaniu prezentujemy jak zwykle nasze stałe działy: kalendarium, czy pielęgniarstwo jest sztuką?, osiągnięcia naszych koleżanek i kilka relacji z udziału w interesujących konferencjach.

Serdecznie zapraszamy do udziału w II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo – nauka i praktyka”, której organizatorem po raz kolejny jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie. Tegoroczne spotkanie odbędzie się 24 i 25 października tego roku. Szczegóły i ramowy program wewnątrz numeru.

Ewa Kamieniecka
Redaktor Naczelna
Biuletynu

DZIŚ W NUMERZE :

Z prac ORPiP w Olsztynie

- Kalendarium ORPiP za okres kwiecień – lipiec 2013 rok.... 2
- Pielęgniarka i położna – zawód zaufania publicznego..... 4
- Pielęgniarstwo anestezyjologiczne - standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii 5
- Bezpieczeństwo i higiena pracy pielęgniarek i położnych.. 12
- Komunikat o II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej. „Pielęgniarstwo – nauka i praktyka” 12
- Spotkanie przedstawicieli ORPiP w Olsztynie..... 13
- Wykaz aktualnie obowiązujących aktów prawnych 14

Prace w komisjach i zespołach problemowych

- Komisja pracy i etyki zawodowej – pielęgniarstwo transkulturowe..... 15

Konferencje, sympozja, szkolenia

- Aktywne prowadzenie porodu, pozycje wertykalne w porodzie 17
- XVI Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych 19
- Konferencja Fundacji Rodzić Po Ludzku – „Nowy standard w położnictwie. O pozycjach wertykalnych, pierwszym kontakcie i wdrażaniu dobrych praktyk” 19
- Konferencja: krajowa oraz regionalna polityka przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ze względu na płeć ... 20

Wakacyjny temat

- Czy wysyłamy jeszcze pozdrowienia z wakacji? 22

Czy pielęgniarstwo jest sztuką? 23

Nasze publikacje

- Tokofobia..... 25

Osiągnięcia naszych koleżanek i kolegów 27

Czterdzieści lat minęło jak jeden dzień... 29

Radca prawny przypomina 30

Kącik kulinarny 31

Podziękowania 31

Ważne informacje 32

Nekrologi 32

Z PRAC ORPiP W OLSZTYNIE

Kalendarium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie

23.04.2013	Posiedzenie Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii
25.04.2013	Udział Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz w posiedzeniu Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Zespole Opieki Zdrowotnej w Szczytnie na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
8.05.2013	Posiedzenie Komisji Prawa i Legislacji ORPiP
8.05.2013	Posiedzenie Komisji Pracy i Etyki Zawodowej ORPiP
9.05.2013	Posiedzenie Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Noworodków i Wcześnieaków
9.05.2013	Szkolenie MSWiA – Przygotowanie i podawanie leków p/bólowych u dorosłych
9.05.2013	Posiedzenie komitetu organizacyjnego II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo – nauka, praktyka”
11.05.2013	Posiedzenie Prezydium ORPiP - podjęto 8 uchwał w sprawach: stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek, wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, pokrycia kosztów udziału w VII Zjeździe PTPAiO oraz dofinansowania do prowadzenia badań naukowych w pielęgniarstwie.
14.05.2013	Posiedzenie Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Ameryce na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Oddziałów: 1. Alergologiczno – Rehabilitacyjnego, 2. Rehabilitacyjnego
14.05.2013	Udział Wiceprzewodniczącej ORPiP Małgorzaty Zalewskiej w spotkaniu Zespołu Wokalnego MSWiA w Olsztynie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych
15.05.2013	Posiedzenie Funduszu Zapomogowo – Pożyczkowego i Szkoleniowego ORPiP - przyznano 14 zapomóg, 102 pożyczki zwrotne na kwotę 109.000,00 zł oraz 83 refundacji na kwotę 53.333,31 zł
18.05.2013	Udział Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz w Ceremonii Białego Fartucha 2013 na Wydziale Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego w Olsztynie
20.05.2013	Posiedzenie Komisji Opieki Długoterminowej ORPiP
20.05.2013	Wywiad Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz dla Radia Plus „Starzenie się pielęgniarek i położnych, brak kandydatów do zawodu”
20.05.2013	Spotkanie Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz z Panią Bożeną Ziomek Dyrektorem Grupy Olsztyńskiej Szkoły Biznesu w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w naszym regionie
23.05.2013	Warsztaty edukacyjne organizowane przez OIPiP wspólnie z firmą Pelargos nt: Rany i odparzenia – pielęgnacja i leczenie (noworodek, niemowlę) – wykład dr n. med. Katarzyna Cierzniaowska, kolka u niemowląt – wykład dr Beata Jaroszevska - Świątek.
24.05.2013	Posiedzenie ORPiP: podjęto 3 uchwały: w sprawie przesunięcia środków w uchwale budżetowej na wykonanie modernizacji i remontu lokalu stanowiącego siedzibę OIPiP w Olsztynie. uchwałę w sprawie upoważnienia Przewodniczącej OIPiP do podpisania umowy na przeprowadzenie modernizacji i remontu lokalu stanowiącego siedzibę OIPiP w Olsztynie oraz uchwałę w sprawie dofinansowania kosztów udziału członków samorządu OIPiP w Olsztynie w II Ogólnopolskiej Konferencji „Pielęgniarstwo - nauka i praktyka”. Okręgowa Rada podjęła Stanowisko w sprawie wnioskowania do NRPiP w Warszawie o podjęcie działań zmierzających do stworzenia możliwości odliczenia od podstawy opodatkowania składek uiszczanych na rzecz samorządu zawodowego. Posiedzenie Prezydium ORPiP. Podjęto 1 uchwałę w sprawie zwolnienia członków Komitetu Naukowego i Organizacyjnego II Ogólnopolskiej Konferencji „Pielęgniarstwo- nauka i praktyka” z opłaty rejestracyjnej.

24.05.2013	Spotkanie Nesterek na koncercie operowym w Filharmonii Warmińsko – Mazurskiej im. F. Nowowiejskiego w Olsztynie. Udział Członków Prezydium ORPiP.
27.05.2013	Posiedzenie Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Działdowie na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Oddziałów: 1. Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 2. Stacji Dializ i Oddziału Nefrologii, 3. Chirurgicznego
28.05.2013	Udział Przewodniczącej ORPiP Marii Danielewicz oraz Mirosławy Sokół – Członek Prezydium ORPiP w Olsztynie w Konferencji organizowanej przez Fundację Rodzic po ludzku nt „ Nowy standard w położnictwie. O pozycjach wertykalnych, pierwszym kontrakcie i wdrażaniu dobrych praktyk”
28.05.2012	Posiedzenie Komisji ds. Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego i Neonatologicznego ORPiP
28.05.2013	Udział Pani Iwony Błaszczuk - Członek Prezydium ORPiP w posiedzeniu Rady Warmińsko – Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
29.05.2013	Udział Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz w posiedzeniu Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Piszcu na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
29.05.2013	Udział Skarbnika ORPiP – Danuty Kowalskiej w Świącie Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego w Olsztynie
3.06 .2013	Posiedzenie Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania
6.06. 2013	Posiedzenie Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w 108 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ełku na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki
8. 06. 2013	Spotkanie Pełnomocnych Przedstawicieli ORPiP w programie szkolenie nt. „ Zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia” przedstawiła Grażyna Peplowska Przewodnicząca Komisji OROiP ds. Opieki stacjonarnej. Posiedzenie Prezydium ORPiP. Podjęto 9 uchwał w sprawach: stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru, wpisu do rejestru pielęgniarek, skreślenia z rejestru podmiotów leczniczych, skreślenia z rejestru indywidualnych praktyk oraz w sprawie Regulaminu działania biura OIPiP.
10.06.2013	Wywiad Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz dla kwartalnika Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Olsztynie „Puls Szpitala” „Zawód zaufania społecznego”
10.06.2013	Posiedzenie Komitetu Organizacyjnego II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo – nauka, praktyka”
15.06.2013	Udział Przewodniczącej Komisji ds. POZ i Kontraktowania świadczeń Medycznych w spotkaniu Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych
17. 06. 2013	Udział Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz w egzaminie dyplomowym dla studentów studiów pomostowych Kierunku Pielęgniarstwo na Uniwersytecie Warmińsko – Mazurskim w Olsztynie
18-19 06. 2013	Udział Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
20.06.2013	Posiedzenie Prezydium ORPiP - podjęto 7 uchwał w sprawach: stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek, wpisu do rejestru pielęgniarek, przyznania refundacji udziału w konferencji oraz przyznania zapomogi.
21.06.2013	Posiedzenie Komisji Opieki Stacjonarnej ORPiP
24.06.2013	Posiedzenie Komisji Pomocy Społecznej ORPiP
25-26.06. 2013	Udział Mirosławy Sokół Członek Prezydium ORPiP w konferencji szkoleniowej dla położnych ‘Rola położnej w świetle realizacji programów skryningowych”
4.07.2013	Udział Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz w konferencji organizowanej w ramach projektu „Równe Traktowanie Standardem Dobrego Rządzenia”
5.07.2013	Posiedzenie Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Miejskim Szpitalu Zespołowym w Olsztynie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
6.07.2013	Posiedzenie Prezydium ORPiP – podjęto 8 uchwał w sprawach stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek, wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, skreślenia z rejestru pielęgniarek, pokrycia kosztów udziału w konferencji, refundacji kosztów kursu kwalifikacyjnego , dofinansowania działalności PTP oraz ryczałtów za I kwartał 2013 roku.

8.07.2013	Udział Iwony Błaszczuk Członek Prezydium ORPiP w posiedzeniu Rady Warmińsko – Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
12.07.2013	Posiedzenie Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Miejskim Szpitalu Zespólnym w Olsztynie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
15.07.2013	Udział Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz w posiedzeniu Komisji Konkursowej w sprawie przeprowadzenia konkursu w Zespole Opieki Zdrowotnej w Szczytnie na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
15.07.2013	Posiedzenie Komitetu Organizacyjnego II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo – nauka, praktyka”
17.07.2013	Udział Przewodniczącej ORPiP – Marii Danielewicz w uroczystości wręczenia Samodzielnemu Publicznemu Zespołowi Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, certyfikatu akredytacyjnego oraz oddanie do użytku pomieszczeń zmodernizowanych w ramach projektu „Nadanie budynkowi mieszkalno – gospodarczemu funkcji medyczno – rehabilitacyjnej wraz z zagospodarowaniem przyległego terenu”
24.07.2013	Posiedzenie Komitetu Redakcyjnego Biuletynu ORPiP

Pielęgniarka i położna – zawód zaufania publicznego

Maria Danielewicz

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie

Pielęgniarstwo w Polsce ma już ponad stuletnią historię. Ziściły się postulaty przedwojennych pielęgniarek od 10 lat kształcenie pielęgniarek i położnych odbywa się na poziomie wyższym jako studia I i II stopnia. Nie jest to łatwy kierunek, a na studentów nakłada dużo pracy i zaangażowania. Od ponad 40 lat mamy samodzielne Wydziały Pielęgniarstwa w Uniwersytetach Medycznych. Pielęgniarki uzyskują doktoraty, przeprowadzane są przewody habilitacyjne, nowoczesny system kształcenia i doskonalenia zawodowego stwarza warunki do profesjonalnego rozwoju naszej dziedziny, „Mianem profesji określa się te zawody, które wymagają długotrwałego przygotowania, zazwyczaj poprzez konieczność odbycia studiów wyższych, a także stażu podyplomowego. Profesje powstają by zaspokoić określone potrzeby zbiorowości, gwarantować wysoki standard usług. Profesjonalizm określa wysoki standard wykonania funkcji i zadań.”

Dzisiejsze pielęgniarstwo jest zawodem zaufania publicznego, posiada własne uregulowania prawne, jest zawodem samodzielnym i profesjonalnym. Samodzielność zawodowa wiąże się z przyjęciem

odpowiedzialności, za swój zawód i za drugiego człowieka, podmiot opieki.

Osoba wykonująca zawód zaufania publicznego to osoba publiczna, która powinna posiadać zaufanie innych ludzi, na rzecz których prowadzi działalność zawodową. Zgodnie z art. 17 ust.1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej – w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 nr 174 poz.1038) w Rozdziale 1 art. 2. 1. stanowi iż „ Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, zwany dalej „samorządem”, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Przynależność naszych zawodów do samorządu jest obowiązkowa.

Natomiast w ustawie z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011.174.1039),

zgodnie z art. 11 ust 2 - *Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). Mimo iż pielęgniarka i położna nie są funkcjonariuszami publicznymi, o których mowa w art. 115 kodeksu karnego, to podlegają takiej samej ochronie. Zatem sprawca zdarzenia karalnego (naruszenie nietykalności cielesnej, zniewaga, wywieranie wpływu, czynna napaść) podlega ściganiu nie na wniosek poszkodowanego, lecz z urzędu.*

Wykonywane czynności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych podlegające ochronie :

1. Pielęgniarki

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta
- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta
- planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapo-

- biegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych
- realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji

2. Położne

- rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzenie w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej
- kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka
- prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu

z wykorzystaniem aparatury medycznej

- przyjmowanie porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego
- podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy
- sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowanie przebiegu okresu poporodowego
- badanie noworodków i opieka nad nimi oraz podejmowanie w razie potrzeby wszelkich nie-

zbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji

- realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji
- samodzielne udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych

Przypisy: dr n. med. Anna Piątek „Profesjonalizm w pielęgniarstwie od teorii do praktyki” NRPiP Warszawa 2013, s.73-77, Pielęgniarstwo: Prawo-Praktyka-Etyka, konferencja naukowa

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne - standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Danuta Jurkowska – sekretarz ORPiP w Olsztynie

Z dniem 22 stycznia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15).

Rozporządzenie (po raz pierwszy w polskim ustawodawstwie) definiuje określenie pielęgniarka anestezyjologiczna – *pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.*

Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zasady udzielania świadczeń

W nowych przepisach określono również szczegółowo wymagania dotyczące wyposażenia oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. Ponadto rozporządzenie zawiera

zasady udzielania świadczeń i kwalifikacji pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

Kwalifikacje pielęgniarek i lekarzy

Oprócz tego rozporządzenie zawiera również przepisy przejściowe, dotyczące m. in. kwalifikacji pielęgniarek i lekarzy, czy koniecznego wyposażenia.

Zgodnie z nimi pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w dotychczasowych przepisach dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w nowym rozporządzeniu mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezyjologicznej nie dłużej niż do 31 grudnia 2016 r.

Pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Pielę-

gniarki będące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarkami oddziałowymi, niespełniające wymagań określonych w nowym rozporządzeniu czyli nie będące pielęgniarkami specjalistami w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, mogą pełnić te funkcje nie dłużej niż do 31 grudnia 2018 r.

Lekarze kierujący oddziałami anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałami anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałami anestezjologii lub oddziałami anestezjologii dla dzieci w szpitalu, przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, którzy nie spełniają wymagań określonych w nowych przepisach, mogą pełnić te funkcje nie dłużej niż do 31 grudnia 2018 r.

Odrębność oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci

Natomiast podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddzia-

tów anestezjologii i intensywnej terapii lub – w przypadku udzielania świadczeń wyłącznie w zakresie anestezji – odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii, muszą dostosować się do wymagań określonych w nowym rozporządzeniu w terminie nie dłuższym niż do 31 grudnia 2018 r.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii

Rozporządzenie określa również minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, które zostały szczegółowo zapisane w załączniku nr 1. Znane wszystkim pielęgniarkom rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (opartym na kategoryzacji pacjentów) nie

ma bezpośredniego zastosowania w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.

Terminy dla podmiotów prowadzących szpitale

Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia:

- w części I „Organizacja udzielania świadczeń”, „Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny” oraz „Pozostałe wymagania” – w terminie nie dłuższym niż do 31 grudnia 2016 r.,
- w części I „Personel” oraz w części II „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii”, oraz w części III „Warunki

szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci” – w terminie nie dłuższym niż do 1 lipca 2017 r.,

- w części I „Wymagania przestrzenne” – w terminie nie dłuższym niż do 31 grudnia 2018 r.

Zachęcam wszystkie pielęgniarki anestezjologiczne do szczegółowego zapoznania się z pełnym tekstem tak ważnego dla naszego środowiska rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Poniżej chciałabym zapoznać Państwa z załącznikiem nr 1 do cytowanego rozporządzenia.

WARUNKI DLA ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII W SZPITALACH

Część I. Warunki ogólne dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziału anestezjologii w szpitalu

Lp.	Oddział	Warunki wymagane	
1	2	3	4
1.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii/oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddział anestezjologii/oddział anestezjologii dla dzieci, w skład którego wchodzi w szczególności: a) stanowiska intensywnej terapii (<i>dotyczy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii/oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci</i>), b) stanowiska znieczulenia, c) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego	Lekarze	1) na I poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 4 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 2) na II poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 5 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 3) na III poziomie referencyjnym – równoważnik co najmniej 6 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 4) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego) - odpowiednio do potrzeb.
		Pielęgniarki	1) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna; 2) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarka - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń.

		Pozostały personel	Równoważnik co najmniej 0,5 etatu - fizjoterapeuta - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń (dotyczy trzeciego poziomu referencyjnego).
		Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) sala nadzoru poznieczuleniowego odrębna dla pacjentów dorosłych oraz dzieci, która znajduje się w obrębie bloku operacyjnego lub bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego; 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologa, w oddziale (nie może być łączona ze stałą obecnością lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na stanowisku intensywnej terapii); 3) bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzą pielęgniarki anestezjologiczne, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii; 4) stosunek liczby pielęgniarek anestezjologicznych w sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie do liczby faktycznie obłożonych stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinien być niższy niż 1:4; 5) ustala się trzy poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii: <ol style="list-style-type: none"> a) najniższy poziom opieki - potrzeba ciągłego monitorowania z powodu zagrożenia niewydolnością narządową – co najmniej 1 pielęgniarka na 3 stanowiska intensywnej terapii na zmianę, b) pośredni poziom opieki - pacjent z 1 niewydolnością narządową bezpośrednio zagrażającą życiu i wymagającą mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie – co najmniej 1 pielęgniarka na 2 stanowiska intensywnej terapii na zmianę, c) najwyższy poziom opieki - pacjent z 2 lub więcej niewydolnościami narządowymi, które bezpośrednio zagrażają życiu pacjenta i wymagają mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej 1 pielęgniarka na 1 stanowisko intensywnej terapii na zmianę.
		Wyposażenie w wyroby medyczne	A. Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
			<ol style="list-style-type: none"> 1) elektryczne urządzenie do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż 2 w oddziale; 2) sprzęt do pomiaru rzutu serca - co najmniej 1 na cztery stanowiska intensywnej terapii; 3) aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego - co najmniej 1 na osiem stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ; 4) bronchofiberoskop - co najmniej 1 na oddział; 5) sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego - co najmniej 1 na oddział; 6) przyłóżkowy aparat rentgenowski – co najmniej 1 na oddział; 7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca - co najmniej 1 na oddział; 8) respirator transportowy - co najmniej 1 na 5 stanowisk.

			B. Wyposażenie stanowiska intensywnej terapii
			<ol style="list-style-type: none"> 1) łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwodleżynowym; 2) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21 – 100 %; 3) źródła elektryczności, tlenu, powietrza i próżni; 4) zestaw do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym; 5) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym co najmniej 6 pomp infuzyjnych; 6) kardiomonitor; 7) pulsoksymetr; 8) kapnograf; 9) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną; 10) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi; 11) materac lub inne urządzenie od aktywnej regulacji temperatury pacjenta; 12) fonendoskop.
			C. Wyposażenie stanowiska znieczulenia
			<ol style="list-style-type: none"> 1) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym; aparaturę anestetyczną stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc wyposaża się także w: <ol style="list-style-type: none"> a) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym, b) alarm rozłączenia w układzie oddechowym, c) urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania, d) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych; 2) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe; 3) źródło tlenu, powietrza i próżni; 4) urządzenie do ssania; 5) zestaw do intubacji dotchawiczej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami; 6) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji – co najmniej 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną; 7) wyciąg gazów anestetycznych; 8) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym; 9) znormalizowany stolik (wózek) anestetyczny; 10) źródło światła; 11) sprzęt do dożylnego podawania leków; 12) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy; 13) aparat do pomiaru ciśnienia krwi; 14) termometr; 15) pulsoksymetr; 16) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych; 17) kardiomonitor; 18) kapnometr; 19) monitor zwiotczenia mięśniowego – 1 na stanowisko znieczulenia; 20) monitor gazów anestetycznych – 1 na stanowisko znieczulenia; 21) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi; 22) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych; 23) urządzenie do ogrzewania pacjenta – co najmniej 1 na 3 stanowiska znieczulenia; 24) sprzęt do szybkich przetoczeń płynów; 25) sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów; 26) co najmniej 3 pompy infuzyjne.

			D. Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego
			<ol style="list-style-type: none"> 1) wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii; 2) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji; 3) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 % – co najmniej 1 na salę nadzoru poznieczuleniowego; 4) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego: <ol style="list-style-type: none"> a) źródło tlenu, powietrza i próżni, b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi, c) monitor EKG, d) pulsoksymetr, e) termometr; 5) elektryczne urządzenia do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska nadzoru poznieczuleniowego; 6) zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.
		Pozostałe wymagania	<p>W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapewnia się dodatkowo przyłóżkowy aparat usg, aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych oraz zestaw do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia jakimi są „trudne drogi oddechowe”; w skład zestawu wchodzi co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) laryngoskop z łopatką z łamanym zakończeniem; 2) rękojeść krótka; 3) maski krtaniowe w różnych rozmiarach; 4) prowadnica długa i sprężysta (typ bougie); 5) prowadnica światłowodowa lub video laryngoskop; 6) rurki ustno-gardłowe; 7) rurka krtaniowa; 8) zestaw do konikopunkcji; 9) zestaw do tracheotomii.
		Wymagania przestrzenne	<p>Powierzchnia pokoi łóżkowych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz sali nadzoru poznieczuleniowego wynosi odpowiednio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pokój 1-stanowiskowy - co najmniej 18,0 m², 2) pokój wielostanowiskowy - co najmniej 16,0 m² na 1 stanowisko.

Część II. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu

Lp.	Poziom referencyjny	Warunki wymagane	
		3	4
1.	Pierwszy poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii; 2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych; 2) co najmniej jednego oddziału zabiegowego.

2.	Drugi poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii; 2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.
		Pozostałe wymagania	Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital: 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.
3.	Trzeci poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii; 2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy (lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji), w tym co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.
		Pozostałe wymagania	Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital: 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego; 5) oddziału chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń. Do podmiotów leczniczych realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne określone w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji nie stosuje się wymogów określonych w punktach 3-5.

Część III. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu

Lp.	Poziom referencyjny	Warunki wymagane	
1	2	3	4
1.	Pierwszy poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii, w tym co najmniej 1 dla noworodków; 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków;

			<p>3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);</p> <p>4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</p>
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <p>1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi;</p> <p>2) co najmniej jednego dziecięcego oddziału zabiegowego.</p>
2.	Drugi poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<p>1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 3 dla noworodków;</p> <p>2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków;</p> <p>3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);</p> <p>4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</p>
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <p>1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi;</p> <p>2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;</p> <p>3) oddziału chirurgii dziecięcej z możliwością udzielania świadczeń z zakresu traumatologii narządu ruchu oraz nagłych przypadków z zakresu neurochirurgii.</p>
3.	Trzeci poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<p>1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 4 dla noworodków;</p> <p>2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków;</p> <p>3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy (lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji), w tym co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);</p> <p>4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</p>
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <p>1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi;</p> <p>2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;</p> <p>3) oddziału chirurgii dziecięcej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu;</p> <p>4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.</p>

Bezpieczeństwo i higiena pracy pielęgniarek i położnych

Małgorzata Zalewska - Wiceprzewodnicząca ORPiP w Olsztynie

Dnia 6 czerwca 2013 r. ukazało się **Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.**

Rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

W rozumieniu rozporządzenia ostre narzędzia, to wyroby medyczne służące do cięcia, klucia oraz mogące spowodować zranienie lub przeniesienie zakażenia.

W celu ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami pracodawca stosuje wszelkie dostępne środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia.

Przed wyborem tych środków pracodawca dokonuje oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy.

W celu eliminacji lub ograniczenia narażenia pracodawca, we współpracy z przedstawicielami pracowników opracowuje i wdraża procedury: bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi, w szczególności obejmujące zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia, procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej. Organizuje systematyczne szkolenia.

Pracodawca okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, poddaje procedury ocenie i w razie potrzeby je aktualizuje uwzględniając postęp techniczny oraz dostępność ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

Pracownik niezwłocznie zgłasza każdy przypadek zranienia ostrym narzędziem pracodawcy lub osobie wykonującej zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy, a w razie kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem

biologicznym – również lekarzowi wskazanemu w procedurze w celu przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego

Pracodawca opracowuje i wdraża procedurę postępowania poekspozycyjnego, umożliwiającą niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Procedura uwzględnia w szczególności konieczność oszacowania ryzyka zakażenia oraz podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych, w tym w szczególności przeprowadzenia badania lekarskiego, wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, przeprowadzenia w razie potrzeby poekspozycyjnego szczepienia ochronnego i uodpornienia biernego, lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań dodatkowych w regularnych odstępach czasu po narażeniu.

Powyżej zostały przedstawione główne zapisy rozporządzenia.

Zachęcam koleżanki i kolegów do zapoznania się z całym tekstem aktu prawnego.

Konferencja już wkrótce, zapraszamy!

II Ogólnopolska Konferencja Naukowa "Pielęgniarstwo - nauka i praktyka"

Olsztyn, 24-25 października 2013 r.

Pielęgniarstwo bez granic

Już po raz drugi serdecznie zapraszamy pielęgniarki, położne oraz osoby współpracujące do udziału w Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, która odbędzie się w **dniach 24-25 października 2013 w Olsztynie** (Hotel Warmiński, ul. Kołobrzaska 1) z udziałem wielu osobistości ze świata nauki oraz koleżanek i kolegów z Polski i zagranicy.

Pielęgniarstwo bez granic to tegoroczna myśl przewodnia konferencji, która otwiera dyskusję na temat roli pielęgniarstwa w systemie opieki

zdrowotnej w Polsce i w krajach przyjaźnionych.

Idei konferencji przyświeca myśl Heraklita z Efezu, starożytnego filozofa greckiego, który mówił: „Kto nie dąży do rzeczy niemożliwych, nigdy ich nie osiągnie”. Należy pamiętać też o nauce gdyż „Wiedza jest drugim słońcem dla tych, którzy ją posiadają”.

Zachęcamy Państwa do czynnego uczestnictwa w konferencji i podzielenia się własnymi doświadczeniami, poglądami, refleksjami

i wynikami badań naukowych w proponowanych poniżej obszarach tematycznych:

- Pielęgniarstwo zabiegowe
- Pielęgniarstwo zachowawcze
- Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
- Pielęgniarstwo pediatryczne
- Pielęgniarstwo geriatryczne z opieką długoterminową
- Pielęgniarstwo położniczo-ginekologiczne
- Organizacja i zarządzanie opieką zdrowotną

Ramowy program konferencji

Dzień I - czwartek Hotel Warmiński

11.00 - Rozpoczęcie
11.15 - 13.15 obrady
13.15 - 14.15 obiad
14.15 - 15.30 obrady
16.00 - Uroczyste otwarcie konferencji - Filharmonia Warmińsko-Mazurska im. Feliksa Nowowiejskiego w Olsztynie, ul. Kościuszki 39
16.30 - 17.30 sesja plenarna
17.30 - 18.00 koncert
18.00 - zakończenie spotkania
Hotel Warmiński
Godz. 20.00 Uroczyste spotkanie koleżeńskie

Dzień II - piątek Hotel Warmiński

9.00 - 10.30 obrady
10.30 - 10.45 przerwa kawowa
10.30 - 11.30 sesja plakatowa
13.45 - 14.15 podsumowanie i zakończenie konferencji

Warunki uczestnictwa
Konferencja 24 - 25.10.2013 r.: koszt uczestnictwa obejmuje udział

w konferencji, materiały konferencyjne, przerwy kawowe, obiad oraz uroczystą kolację i wynosi:

- 550 zł- uczestnictwo z referatem/plakatem
- 450 zł – uczestnictwo bez referatu/plakatu

UWAGA:

Prace należy przygotować zgodnie z wymogami edytorskimi umieszczonymi na stronie internetowej

WAŻNE TERMINY:

- 15.07.2013r. - termin rejestracji uczestnictwa i zgłoszenia tematu pracy wraz ze streszczeniem w języku polskim i angielskim na adres mailowy Sekretariatu Konferencji (maksimum 250 słów, czcionka Times New Roman, wielkość 12)
- 30.07.2013 - informacja o decyzji Komitetu Naukowego o dopuszczeniu pracy do prezentacji na Konferencji
- 15.08.2013 - termin nadsyłania prac i wniesienia opłaty za uczestnictwo w konferencji
- 15.09.2013r. - termin rejestracji uczestnictwa bez zgłoszenia tematu pracy

Nadesłane przez uczestników referaty zostaną zrecenzowane, a najwyższe ocenione zostaną opublikowane (6 punktów MNiSW).

Zgodnie z Uchwałą NR 7/ 2013 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z Siedzibą w Olsztynie z dnia 24 maja 2013 r. udział pielęgniarek i położnych w Konferencji będzie dofinansowany w wysokości 200 zł (dwieście złotych). Warunkiem uzyskania dofinansowania jest bieżące opłacanie składek członkowskich samorządu OIPiP.

Sekretariat konferencji:

Renata Jeger, Wioleta

Witanowska, Jolanta Stępińska

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie, 10-685 Olsztyn, ul. Krasickiego 6, tel/fax 89 541 22 67

e-mail: konferencja@oipip.olsztyn.pl
REJESTRACJA ELEKTRONICZNA
Formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie:

www.konferencja.oipip.olsztyn.pl
dr n. ekon. **Elżbieta Majchrzak-Kłokocka**
Przewodnicząca
Komitetu Organizacyjnego Konferencji

Spotkanie Przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie.

Jadwiga Kwiatkowska - Wiceprzewodnicząca ORPIP w Olsztynie

W dniu 8 czerwca 2013r odbyło się kolejne spotkanie Pełnomocnych Przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie.

Jak już stało się zwyczajem spotkanie rozpoczęło się szkoleniem na temat zarządzania ryzykiem, które poprowadziła Grażyna Peplowska – przekazując najważniejsze zagadnienia z tego tematu omawiane na odbywającej się w Krakowie XVII Ogólnopolskiej Konferencji -"Jakość w opiece zdrowotnej", w której prowadząca uczestniczyła z ramienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie.

Przewodnicząca - Maria Danilewicz przekazała informacje z bieżącej pracy Okręgowej Rady oraz

z posiedzenia Naczelnej Rady między innymi na temat prowadzonych rozmów przez NRPiP w sprawie poszerzenia katalogu świadczeń dla pielęgniarek i położnych środowiskowo- rodzinnych i środowiska nauczania i wychowania, które byłyby finansowane przez NFZ.

Sekretarz Okręgowej Rady Danuta Jurkowska poformowała zebranych o realizacji przez Prezydium Uchwał podjętych na Okręgowym Zjeździe oraz Uchwał podjętych przez Okręgową Radę w tym dotyczącej remontu biura izby.

Wiceprzewodnicząca Małgorzata Zalewska przekazała informacje na temat organizacji

II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej "Pielęgniarstwo - Nauka i Praktyka" oraz konferencjach dla położnych i pielęgniarek psychiatrycznych, które w tym roku organizuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie .

Ponadto zebrani otrzymali informacje dotyczące szkoleń specjalizacyjnych, w których będą mogły uzyskać dofinansowanie w 2013 roku, kontynuowanych rozmowach z Ministerstwem Zdrowia dotyczących rozporządzenia MZ w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz współdziałaniach podejmowanych w tym zakresie przez Ogólnopol-

ski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

Wiceprzewodnicząca Jadwiga Kwiatkowska przekazała Przedstawicielom druk wniosku o przyznanie wyróżnienia za szczególną działalność zawodową i samorządową z prośbą o wytypowanie ze swojego środowiska pielęgniarek i położnych, które zastępują na wyróżnienie.

Mirosława Sokół członek Prezydium ORPiP ds. położnych przekazała wnioski i uwagi z przeprowadzonych wizytacji indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

Każdy Przedstawiciel omówił sytuację pielęgniarek i położnych w swoim rejonie, poinformował o podejmowanych działaniach

i współpracy z kierownictwem placówek.

Apelowano do Przedstawicieli o bieżące odwiedzanie strony OIPiP w Olsztynie i przekazywanie środowisku informacji tam umieszczanych oraz zachęcanie koleżanek do korzystania z tej formy informacji, a także czytania oraz tworzenia Biuletynu naszej Izby.

AKTUALNIE OBOWIĄZUJĄCE AKTY PRAWNE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2013 r. w sprawie wzorów dokumentów o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej

Dz.U.13.222
z dnia 18 lutego 2013 r.

Rozporządzenie 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.12.1545
z dnia 31 grudnia 2012 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2012 r. w sprawie Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych

Dz.U.12.1441
z dnia 20 grudnia 2012 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie składu komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych

Dz.U.12.1106
z dnia 8 października 2012 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej

Dz.U.12.1003
z dnia 24 sierpnia 2012 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych

Dz.U.12.970
z dnia 28 sierpnia 2012 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej

Dz.U.12.817
z dnia 17 lipca 2012 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarki i położnej

Dz.U.12.770
z dnia 6 lipca 2012 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu prowadzenia rejestru ukaranych pielęgniarek i położnych oraz sposobu i trybu wykonania prawomocnych orzeczeń sądów pielęgniarek i położnych

Dz.U.12.545
z dnia 18 maja 2012 r.

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012r. w sprawie powołania Zespołu do spraw analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania

priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012r. w sprawie powołania Zespołu do spraw analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego pielęgniarek i położnych

Dz.U.11.294.1744
z dnia 30 grudnia 2011 r.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej

Dz.U.2011.174.1039
z dnia 23 sierpnia 2011

Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych

Dz.U.11.174.1038
z dnia 23 sierpnia 2011 r.

Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej

Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w roku 2009

Dz.Urz.MZ.08.13.89
z dnia 12 grudnia 2008r.

PRACE W KOMISJACH PROBLEMOWYCH

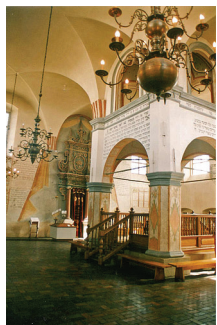
Elżbieta Najmowicz
Członek Komisji Pracy i Etyki Zawodowej
ORPiP w Olsztynie



PIELĘGNIARSTWO TRANSKULTUROWE (część IV)

JUDAIZM

Moje osobiste spotkanie z kulturą żydowską miało miejsce podczas ubiegłorocznych wakacji, gdy w dużej mierze przypadkowo znalazłam się w Tykocinie. Malutkie miasteczko leżące na uboczu głównej trasy przywitało mnie urodą i aurą tajemniczości. Współistniejące obok siebie dwa ogromne kompleksy wyznaniowe: żydowski z synagogą, domem talmudycznym i wspinał się żydowską restauracją a obok okazały katolicki kościół z barokowym, bogatym wnętrzem. Te światy jeszcze nie tak dawno współgrały ze sobą gromadząc swoich wyznawców.



Wnętrze synagogi w Tykocinie

Trwało to do czasu, gdy wszyscy Żydzi mieszkający w Tykocinie zostali podczas II wojny światowej wywiezieni i zgładzeni. Uroda tego miejsca i niezwykły klimat zapraszają do odwiedzin.

Zasadniczym elementem judaizmu - religii żydowskiej, będącego zarówno wspólnotą dziedziczną (po linii matki), jak i wspólnotą z wyboru, jest wiara w przymierze jedyne Boga (Jahwe) z ludźmi, których on sam stworzył i którym dał swoje przykazania. Wybranie Izraela oznacza dla Żydów szczególne zobowiązanie do wypełniania boskich przykazania. Wiąż człowieka z Bogiem przenika zarówno życie codzienne, jak i cykl świąt roku żydowskiego. Żydowskie myślenie o historii jest

zdeteminowane przez mesjanizm i boską obietnicę Ziemi Obiecanej.

Od starożytności po dzień dzisiejszy biblia pozostaje podstawą żydowskiego życia, myśli i kultury.

Biblia hebrajska składa się z 24 ksiąg podzielonych na 3 części:

1. Torę (*heb.prawo,nauka*) czyli pięcioksiąg Mojżeszowy,
2. Księgi prorockie (*Newiim*),
3. Księgi hagiograficzne (*Ketuwium*) – psalmy, księgi, pieśni.

Główną częścią biblii jest **Tora**. Każdy religijny Żyd zobowiązany jest studiować ją i przestrzegać jej nauk w życiu codziennym. W Torze znajduje się 613 przykazań, 248 nakazów i 365 zakazów. Aby wyjaśnić i przybliżyć te zasady powstał **Talmud** – księga stworzona przez uczonych Żydów, komentująca Torę.

Pobożni Żydzi odmawiają modlitwę rano, w południe i wieczorem, kierując się ku Jerozolimie, stojąc, siedząc lub kiwając się całym ciałem, w zależności od modlitwy. Wymagane jest nakrycie głowy i włożenie odpowiednich szat modlitewnych.

Centrum życia wspólnoty, miejscem modlitw i nabożeństw jest synagoga. Jedną z największych i najbardziej znanych na terenie Polski jest synagoga w miejscowości Tykocin (okolice Białegostoku). Jest dostępna do zwiedzania.

Istnieją **trzy główne nurty religii żydowskiej**:

- judaizm tradycyjny – ortodoksyjny,
- judaizm konserwatywny – uwzględnia prawa biblijne i przepisy rabiniczne jeśli umożliwiają

funkcjonowanie w obecnej rzeczywistości,

- judaizm reformowany – propaguje dostosowanie wymogów religijnych do świata współczesnego. W zależności od przyjętej postawy, osoby wyznania żydowskiego mniej lub bardziej restrykcyjnie podchodzą do przestrzegania nakazów, praw i zwyczajów.

Judaizm w liczbach:

Określenie liczebności Żydów na świecie i w Polsce ma jedynie charakter przybliżony, gdyż osoby pochodzenia żydowskiego niejednokrotnie deklarują narodowość kraju w którym mieszkają i którego są obywatelami.

Według najbardziej prawdopodobnych danych obecnie na świecie żyje około 14 milionów Żydów: W USA około 6 mln, w Izraelu ok. 5 mln., w Rosji i byłych krajach Związku Radzieckiego ok. 400 tysięcy. W Polsce około 25-30 tys.

Żydowskie wierzenia, zasady i tradycje:

Circumcision (obrzezanie) – wykonywane w 8 dniu życia chłopca (polega na usunięciu lub nacięciu napletka i symbolizuje oddanie chłopca pod opiekę Boga). Zabieg wykonuje mężczyzna (Mohel) posiadający odpowiednie uprawnienia (najczęściej jest to lekarz). Dawniej zabiegu dokonywano w synagodze, obecnie coraz częściej w szpitalu.

Uroczystość Bar/Bat micwa – przejście w dorosłość. Chłopcy w wieku 13 lat a dziewczynki 12 lat stają się w pełni odpowiedzialne za

przestrzeganie praw i nakazów judaizmu. Przejście w dorosłość jest uroczyste, odbywa się w atmosferze rodzinnego święta.

Pożywienie powinno być koszerne (*heb. koszer – nadający się, stosowny, właściwy*). Zasady wywodzą się z Tory i obejmują 30 obyczajów związanych z jedzeniem:

- zakaz spożywania produktów takich jak: mięso zwierząt nieparzystokopytnych (wielbłądy, króliki), lub nieprzeżuwających (świnie), stworzeń wodnych nie posiadających płetw i łusek (węgorze, rekiny), mięczaków i skorupiaków, owadów i robaków, większości ptaków, a także mleka i jaj pochodzących od takich zwierząt, owoców z drzew mających mniej niż 3 lata,
- obowiązują szczegółowe zasady uboju zwierząt – muszą one być zabijane w sposób rytualny przez wykwalifikowanego rzeźnika,
- obowiązują szczegółowe zasady selekcji i zbierania warzyw i owoców,
- zastosowanie ma wiele zasad szczegółowych – rozłączność w przygotowywaniu do spożycia mięsa z mleka co wiąże się z zastosowaniem oddzielnych naczyń, sztućców a nawet zmywarek,
- zakaz spożywania produktów mlecznych przez 6 godzin po spożyciu mięsa,
- zakaz spożywania produktów wytworzonych podczas szabatu i świąt religijnych.

Kąpiel w Mykwie (rytualna łaźnia) – jest obowiązkowa dla kobiet przed ślubem, a także co miesiąc po menstruacji (dopiero jako „oczyszczona” kobieta może wykonywać wiele czynności zabronionych podczas miesiączki).

Okrycie głowy – w zależności od nurtu judaizmu kobiety mogą mieć okrytą głowę przez cały czas w miejscach publicznych (także w szpitalu), przy specjalnych okazjach np. podczas zapalania świec szabatowych lub nie zakrywać włosów w ogóle.

Niektóre ortodoksyjne żydówki gołą głowę całkowicie lub częściowo i na co dzień używają peruk.

Święta żydowskie:

- **Szabat** (*heb. Odpoczynek*) obchodzony co tydzień od zachodu słońca w piątek do zachodu słońca w sobotę. Jest to czas modlitwy, odpoczynku i spędzenia czasu z rodziną. Rytuałem rodzinnym jest zapalenie świec szabatowych dokonywane przez kobietę, które to świece powinny wypalić się do końca. Modlitwy odbywają się na uroczystym nabożeństwie w synagodze. W czasie szabatu zakazana jest wszelka praca, sprzątanie, gotowanie podróźowanie. Nie można korzystać z prądu, komunikacji publicznej, banków, robić zakupy, telefonować. Z punktu widzenia opieki pielęgniarskiej należy pamiętać, że w czasie szabatu pacjent i pacjentka wyznania żydowskiego nie może kroić owoców i warzyw, mieszać drobnych substancji z płynem, obcinać paznokci, rozsmarowywać maści na skórze, używać mydła w kostce, zapalać światła, używać dzwonka.
- **Jom Kippur** (*Dzień pojednania*) – obchodzone w okresie wrzesień – październik, święto o charakterze pokutnym. W tym dniu wyznawcy proszą o przebaczenie osoby które skrzywdziły. Obowiązuje zakaz wykonywania czynności tak jak podczas szabatu. Nakazany jest także całkowity post.
- **Tisza be-Aw** (*heb. dziewiąty dzień miesiąca Aw*) jest to święto upamiętniające rocznicę zburzenia Świątyni Jerozolimskiej. Przypada w lipcu lub sierpniu. Poprzedzone jest trzema tygodniami pokuty – nie wolno organizować zabaw, słuchać muzyki, jeść mięsa, pić wina.

Symbole żydowskie – najważniejszym jest **Menora** – siedmioramienny świecznik (także symbol Izraela umieszczany na paszportach, na urzędach państwowych). Menora jest



Menora

jednym z najstarszych symboli narodu żydowskiego. Według tradycji symbolizuje on krzew gorejący, który zobaczył Mojżesz na górze Synaj.

Postępowanie w chorobie – pacjent wyznania żydowskiego jest zobowiązany dbać o swoje zdrowie i współpracować z personelem medycznym. Członkowie rodziny biorą aktywny udział w procesie pielęgnowania. Zasada wyznaczana przez niektórych Żydów jest zakaz dotykania osoby płci przeciwnej, stąd osoby takie nie podają ręki na powitanie.

Przy chorym umierającym czuwa cała rodzina. Zwłoki poddawane są rytualnemu przygotowaniu do pochówku i odbywa to się w synagogach lub Żydowskich domach pogrzebowych. Ciało powinno być pochowane w dniu zgonu.

Stosunek do planowania rodziny, zapłodnienia in vitro i aborcji – Judaizm zezwala na stosowanie każdego rodzaju antykoncepcji zwłaszcza w przypadku kobiet. W przypadku mężczyzn stanowisko jest mniej liberalne, gdyż nie może dochodzić do niszczenia nasienia stąd używanie prezerwatywy jest zabronione.

Zapłodnienie in vitro jest akceptowane pod warunkiem, że dawcą nasienia jest małżonek.

Aborcja jest dozwolona gdy istnieje duże prawdopodobieństwo uszkodzenia płodu. Wynika to w dużym stopniu z występowania w populacji żydowskiej chorób genetycznych spowodowanych łączeniem się w parę osób z małych społeczności. Najbardziej jaskrawym przykładem jest choroba Taya-Sachsa wśród Żydów aszkenazyjskich. Jeszcze 50,60 lat temu łączyli się oni w parę tylko w obrębie swej grupy. Wiązało się to z narażeniem na choroby genetyczne.

U aszkenazyjskich Żydów wciąż występują przypadki tej choroby. Dzieci nią dotknięte początkowo rozwijają się normalnie. Dopiero później dochodzi do upośledzenia wzroku,

sluchu, upośledzenia umysłowego, w końcu śmierci. Nosicielami tej choroby jest 30 może 40 % aszkenazyjczyków.

Rola pielęgniarki:

- uzyskanie wiedzy na temat nakazów religijnych i zasad obowiązujących pacjenta wyznającego judaizm,
- umożliwienie spożywania posiłku przygotowanego przez rodzinę (uwzględnienie zasady koszerności posiłków),
- zapewnienie sztućców i naczyń (jednorazowych) ze względu na zasadę rozdzielania produktów mięsnych od mlecznych (pacjent nie może korzystać z naczyń szpitalnych),
- uwzględnienie czasu Szabatu ze względu na brak możliwości wykonywania wielu czynności w tym przywołania personelu medycznego w razie potrzeby,
- umożliwienie (w miarę możliwości) zapalenia świec szabatowych z uwzględnieniem wszelkich zasad bezpieczeństwa,
- nie podawanie pacjentowi leków w otocze żelowej z powodu za-

wartości w niej żelatyny (produktu wieprzowego),

- usunięcie symboli chrześcijańskich z sali nie jest konieczne,
- w przypadku judaizmu ultraortodoksyjnego badania położnicze powinny być przeprowadzane przez kobiety,
- gdy istnieje możliwość, należy zadbać o zabezpieczenie opieki, zwłaszcza intymnej dla kobiety przez pielęgniarkę, dla mężczyzny przez pielęgniarza, ze względu na zasadę *halacha* (prawo ograniczające kontakt osób płci odmiennej),
- w opiece nad dziećmi należy przestrzegać zasady nie ścinania (podcinania) włosów dziecku do lat 3, chyba że wymaga tego zabieg operacyjny,
- zawiadomienie rodziny, a gdy jest to osoba samotna gminy żydowskiej o poważnym terminalnym stanie pacjenta,
- umożliwienie przebywania osoby umierającej z bliskimi,
- nie należy składać kondolencji rodzinie osoby zmarłej w okresie *aninut* (okres od śmierci do pogrzebu).

Należy zaznaczyć, że w zależności od wyznawanego nurtu religii żydowskiej pacjenci będą różnić się pod względem wymagań i oczekiwań wobec personelu pielęgniarskiego. Nieoceniony jest wtedy dialog, empatia i zrozumienie pomiędzy pacjentem a pielęgniarką.

Otwartość i wiedza pomogą nam w tym na pewno.

Cdn.

Bibliografia:

1. A.Majda, J. Zalewska –Puchała, B. Ogórek-Tęcza :, „Pielęgniarstwo transkulturowe”, wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010
2. B.Raphael :, „Cultural Competence Manual for working with the Jewish population”
free-doc-lib.com/book/ cultural-competence- manual- for- working- with- the- jewish- population
3. www.religia.tetragram.pl/judaizm
4. www.judaikum.pl/kultura i obyczaje

KONFERENCJE, SYMPOZJA, SZKOLENIA

Aktywne prowadzenie porodu, pozycje wertykalne w porodzie Warszawa 25 marca 2013 rok

W dniu 25.03.2013r. w Warszawie w Centrum Medycznym „Żelazna” Sp. z o.o. uczestniczyłam w kursie dokształcającym: „Aktywne prowadzenie porodu, pozycje wertykalne w porodzie”

W programie kursu były poruszane następujące tematy:

1. Pozycje wertykalne w porodzie
2. Wpływ sposobu prowadzenia II okresu porodu na obrażenia kanału rodowego i na skłonność do cystoceli i nietrzymania moczu w przyszłości
3. Ćwiczenia praktyczne prowadzenie porodu w pozycjach wertykalnych.

W szkoleniu uczestniczyło około 20 osób. Wykłady i umiejętności praktyczne prowadziła położna pracująca w Szpitalu Św. Zofii Pani Magdalena Witkiewicz. Wykłady były bardzo interesujące i na wysokim poziomie merytorycznym a zakres wiedzy obszerny.

Ćwiczenia praktyczne wykonywane na fantomie bardzo przydatne, pobudzające myślenie przestrzenne i potrzebne do pracy przy prowadzeniu porodu w pozycjach wertykalnych.

A oto skrót jednego z omawianych tematów:

Pozycje wertykalne w porodzie

Sama nazwa sugeruje, że to porody, w których rodzica znajduje się

w pozycji pionowej. W praktyce położniczej często używa się tego terminu na określenie wszystkich porodów, które odbyły się w innej pozycji niż klasyczna na łożku porodowym w pozycji leżącej lub półleżącej.

Profity wynikające z porodu w pozycji wertykalnej.

- **Uzyskanie optymalnej pojemności miednicy**

Największą zaletą pozycji wertykalnych jest możliwość zachowania ruchomości w miednicy kostnej, głównie w stawach krzyżowo-biodrowych, dzięki czemu uzyskuje się w porodzie optymalną pojemność miednicy. Najczęściej jest o dwa

centymetry więcej w każdym wymiarze miednicy kostnej, zarówno we wchodzie, w próżni jak i na wchodzie. Nie uzyskuje się takiego efektu, jeśli kobieta jest w pozycji półleżącej czy półsiedzącej, ponieważ kość krzyżowa i ogonowa są uciśnięte i nie mają możliwości odgięcia się do tyłu. Oczywiście w większości przypadków poród może mimo to odbyć się bez problemów, ale wymaga to np. większej adaptacji główki dziecka.

• Rozluźnienie mięśni dna miednicy

Pozostawanie w ruchu i w pozycji pionowej do samego końca porodu zapewnia rozluźnienie mięśni dna miednicy. Dobrze jest, jeśli na finał rodząca nie jest unieruchomiona w jakiejś konkretnej pozycji, chociaż najczęściej tak bywa. Czynnikiem, który szczególnie sprzyja tworzeniu się dużych napięć w mięśniach miednicy, zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych, jest pozycja z bardzo szeroko rozstawionymi nogami.

• Działanie siły grawitacji

Działanie siły grawitacji ma oczywiście swoje plusy i minusy. Jest oczywiste, że w pozycjach pionowych szyjka macicy otwiera się szybciej, dziecko wchodzi w kanał rodny dzięki tejże sile, a nie tylko pod wpływem siły skurczu.

Wspomaganie porodu siłą grawitacji nie zawsze jest wskazane. U wieloródek tempo porodu jest niejednokrotnie dość duże, odruch wypchnięcia płodu bardzo silny. W takim przypadku niewskazane jest dodawanie siły grawitacji. Co nie znaczy, że poród musi odbyć się w pozycji leżącej, np. w pozycji na czworaka tempo porodu nie jest stymulowane siłą grawitacji.

• Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Rodząca odczuwa często mniej-szy ból, jeśli ma zapewnioną swobodę ruchu i może rozładować napięcie bólowe przez aktywność.

• Poczucie pewności siebie

Kontakt nóg z ziemią daje rodzącej dodatkową energię, poczu-

cie większej pewności i stabilności swojego ciała, a proces parcia jest łatwiejszy.

• Stymulacja czynności skurczowej

Lepsza czynność skurczowa. Silniejszy nacisk na tkanki szyjki i krocza zgodnie z zasadą odruchu Fergusona stymuluje czynność skurczową.

Wpływ pozycji wertykalnej na urazy krocza

Urazowość krocza w pozycjach wertykalnych jest porównywalna z urazowością w pozycjach horyzontalnych.

Urazy krocza faktycznie mogą być mniejsze lub rzadziej występują konieczność wykonania nacięcia krocza, jeśli kobieta jest w pozycji pionowej, ale pochylona do przodu, w pozycjach kłęcznych z podparciem z przodu, w pozycji na czworaka, w pozycji półprzysiadu. W każdej pozycji, w której wyjście z pochwy jest skierowane do podłoża. Pozycją znacznie odciążającą tkanki krocza jest pozycja na czworaka. Siła grawitacji nie działa na krocze, główka odgina się zgodnie z siłą grawitacji, nogi są rozstawione na szerokość bioder, więc nie tworzą się dodatkowe napięcia w mięśniach dna miednicy. Natomiast kiedy kobieta jest w pełnym kucnięciu, wyjście z pochwy jest skierowane np. w stronę ściany, a siła grawitacji działa głównie na odbyt i krocze i jeśli nie jest ono bardzo elastyczne, może dojść do poważnych urazów krocza. Dodatkowo w pełnym przysiadzie nogi są dość szeroko, co tworzy dodatkowe napięcia w zewnętrznych mięśniach krocza.

Pozycja kuczna

Zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ najczęściej jest kojarzona z pozycjami wertykalnymi. Dość powszechnie stosowana.

Jest bardzo dobrą pozycją wspomagającą obniżanie się główki w kanał rodny, jeśli jest ona dobrze ustalona we wchodzie albo niżej. Często nazywa się tę pozycję „kleszczami położnych”. Kiedy jest jakieś zagrożenie dla dziecka i trze-

ba szybko ukończyć poród, przyjęcie tej pozycji powoduje, że główka szybko pojawia się w kroczu dzięki sile grawitacji, ale również przez fakt, że w pozycji kucznej stymulacja nerwów defekacji jest duża i rodząca ma dużo silniejszą potrzebę parcia.

Nie zaleca się tej pozycji przy porodach dużych płodów, kiedy istnieje ryzyko wystąpienia dystocji barkowej, ponieważ pozycje, w których kolana są wyżej niż biodra, zamykają przestrzeń wchodu, co sprzyja temu powikłaniu.

Zbyt długie parcie w pozycji pełnego przysiadu może spowodować duży obrzęk krocza, co raczej nie zwiększa elastyczności, a powoduje większe urazy.

Stymuluje bardzo dobrze nerwy defekacji, uczucie parcia pojawia się wcześniej i jest silne.

Różnica pomiędzy pozycją kuczną a pozycją leżącą na plecach z przygiętymi nogami do tułowia polega tylko na tym, że w pozycji leżącej uciskana jest kość krzyżowa. Jeśli chodzi o napór na tkanki krocza, to i w jednej i w drugiej pozycji jest on bardzo duży, a w pozycji kucznej nawet większy. Do porodu wystarczy, jeśli rodząca ma rozstawione nogi na szerokość bioder. W pełnym przysiadzie nogi są dość szeroko, co tworzy duże napięcia w zewnętrznych mięśniach krocza. Obciążenie tkanek krocza w pozycji kucznej jest większe.

Pełen profit z pozycji wertykalnych mamy wówczas, gdy:

- nogi rodzącej nie są rozstawione bardzo szeroko,
- kość krzyżowa i guziczna nie są uciskane,
- wektor siły grawitacji działa w kierunku pochwy, a nie na krocze i odbyt,
- rodząca czuje się w pozycji pewnie, bezpiecznie i komfortowo.

Z zaproszeniem do odwagi i pokonywania własnych ograniczeń i stereotypów przy odbieraniu porodów.

Mirosława Sokół

XVI Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych Wiśla 13 – 16 kwietnia 2013.

XVI Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych tym razem był zorganizowany w malowniczej Wiśle i cieszył się ogromnym zainteresowaniem.

Z naszego Regionalnego Koła Pielęgniarek Epidemiologicznych, jak co roku wzięła udział znaczna grupa koleżanek. Wśród nas nie mogło zabraknąć naszej Konsultant Wojewódzkiej - Barbary Plewik.

Program naukowy Zjazdu wzbudził duże zainteresowanie uczestników.

Wysłuchanie wielu wykładów potwierdziło coraz większe zaangażowanie pielęgniarek i położnych epidemiologicznych w pracy zawodowej i coraz większe zainteresowanie pracą naukową w dziedzinie epidemiologii szpitalnej.

Wykładowcy Zjazdu przedstawiali niezwykle ciekawe i jednocześnie

różnorodne prezentacje. Uczestnicy zaś inicjowali merytoryczne dyskusje pokazując, że środowisko pielęgniarek i położnych epidemiologicznych jest kluczowym partnerem w realizacji zadań z zakresu bezpieczeństwa epidemiologicznego podmiotów leczniczych w Polsce.

Mimo, iż XVI Zjazd stał się już historią dał uczestnikom poczucie spełnienia i satysfakcji zawodowej, a wieczorne spotkania podczas kolacji pozwoliły zapomnieć na chwilę o codziennych troskach.



Małgorzata Zalewska
Wiceprzewodnicząca ORPiP
w Olsztynie

Konferencja Fundacji Rodzić Po Ludzku „Nowy standard w położnictwie. O pozycjach wertykalnych, pierwszym kontakcie i wdrażaniu dobrych praktyk” Olsztyn 28 maja 2013 rok

Miejscem konferencji był Hotel Park w Olsztynie. Konferencja odbyła się pod patronatem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie. Partnerami medialnymi byli: portal rynekzdrowia.pl, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, oraz Położna Nauka i Praktyka. W programie konferencji przeprowadzona została debata na temat roli i wartości zawodu położnej oraz praktycz-

nych ograniczeniach w codziennym stosowaniu wytycznych standardu opieki okołoporodowej w szpitalach, wywołała ona burzliwą wymianę poglądów.

W czasie konferencji, pokazano praktyczne zastosowanie pozycji wertykalnych w różnych sytuacjach położniczych. Zagadnienia te poruszyła Katarzyna Grzybowska, położna w swojej prezentacji: *Rodząca w kucki, położna na kolanach – trudne sytuacje w porodzie.*

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, aby po cięciu cesarskim przeprowadzonym zarówno w znieczuleniu przewodowym (znieczulenie podpajęczynówkowe, rzadziej zewnątrzoponowe), jak i ogólnym, zastosować kontakt „cia-

ło-do-ciała”, tak szybko, jak tylko będzie to możliwe (World Health Organization, UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care, 2009) Tak o *dobrym starcie do udanego karmienia piersią po cięciu cesarskim*, przekonywała nas mgr Zuzanna Szupryczyńska, położna i ratownik medyczny.

Kolejnym z tematów była *bliskość rodzenia widziana sercem dziecka. Pierwszy kontakt, dlaczego jest ważny, komu służy i kiedy jest możliwy. Jak jest ważny zarówno dla dziecka jak i dla matki.* O więzi między matką a noworodkiem zaczęto mówić, kiedy badacze M. Klaus i J. Kennell zaprezentowali swoją koncepcję przywiązania w klasycznej już dziś książce „Maternal – infant bonding” („Więź między matką a dzieckiem”). Badacze założyli, że u ludzi, tak jak u innych ssaków, tuż po porodzie istnieje, trwający kilkadziesiąt



minut, „okres wrażliwości”. Wtedy to matka otwiera się emocjonalnie na dziecko, a noworodek z kolei prezentuje stan „aktywnego czuwania”, który jest odpowiednikiem stanu skupionej uwagi u dorosłego człowieka. Dziecko nie płacze, lecz patrzy, obserwuje twarz i oczy matki,

a serce matki otwiera się z miłością na dziecko.

Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem początkowo planowana na 120 osób, ostateczna rejestracja zakończyła się na 160 osobach i jeszcze byli chętni niestety zabrakło miejsc.

**Przewodnicząca komisji
ds. pielęgniarstwa
położniczo-ginekologicznego
i neonatologicznego
Barbara Chojnowska**

KONFERENCJA KRAJOWA ORAZ REGIONALNA POLITYKA RZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE ORAZ PRZEMOCY ZE WZGLĘDU NA PŁEĆ Olsztyn 4 lipca 2013 r.

W lipcu w Olsztynie odbyła się konferencja poruszająca niezwykle istotny problem społeczny jakim jest przemoc w rodzinie. Zarówno referat wprowadzający jak również dyskusja panelowa pozwoliła uczestnikom nie tylko poznać skalę przemocy ale również jak można i trzeba przeciwdziałać tym zdarzeniom. Nasz samorząd również został zaproszony do udziału w konferencji. Środowisko pielęgniarek i położnych naszego regionu reprezentowała przewodnicząca ORPiP w Olsztynie Pani Maria Danielewicz.

Z województwa warmińsko – mazurskiego Pani Maria Danielewicz była jako jedyna przedstawicielka ochrony zdrowia. Konferencję otworzył Marian Podziewski – Wojewoda Warmińsko Mazurski. Udział w konferencji brały również Agnieszka Kozłowska – Rajewicz, Pełnomocnik Rządu do Spraw Równego Traktowania, oraz Elżbieta Seredyn – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Wprowadzenie do konferencji rozpoczęło się wystąpieniem pani Ewy Koryckiej, która pełni obowiązki Wojewódzkiego Koordynatora Realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie .

Referat wprowadzający:

nt. organizacji i funkcjonowania systemu zwalczania przemocy w województwie warmińsko-mazurskim.

Dane, które przedstawiła Pani Ewa Korycka pochodzą ze sprawozdania z realizacji w 2012 r. krajowego programu przeciwdziałania przemocy

w rodzinie i informacji zbieranych w ramach monitoringu oraz informacji uzyskanych w wyniku analizy przeprowadzonych do tej pory kontroli kompleksowych realizacji zadań własnych gminy.

INFRASTRUKTURA POMOCY OFIAROM PRZEMOCY

Na terenie województwa funkcjonuje:

- 55 punktów konsultacyjnych (w gminach),
- 4 ośrodki wsparcia (2 gminne 2 powiatowe)
- 8 ośrodków interwencji kryzysowej, w tym 7 z miejscami całodobowymi (78 miejsc)
- 2 domy dla samotnych matek i kobiet w ciąży – 35 miejsc
- Łącznie skorzystało z nich w 2012 r. 3.941 osób doświadczających przemocy, w tym 134 całodobowo

Ponadto na terenie województwa funkcjonują:

- 3 specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie – 45 miejsc – ogółem 510 osób, w tym 383 kobiet, 35 mężczyzn, 92 dzieci. 129 całodobowo. W 2012 r. na prowadzenie SOW w województwie warmińsko-mazurskim z budżetu państwa przeznaczone zostało 1.072.847,12 zł.

W I półroczu 2013 r. ze wsparcia udzielanego w SOW skorzystało 271 osób, w tym 210 kobiet, 21 mężczyzn, 40 dzieci, wykorzystano dotację celową w kwocie - 551.414 zł

W 2012 r. w formie interwencji kryzysowej udzielono wsparcia 5.425

osobom dotkniętym przemocą w rodzinie, w tej grupie było:

- 1.281 dzieci,
- 80 osób niepełnosprawnych,
- 178 osób powyżej 60 roku życia.

Z pomocy całodobowej skorzystało – 389 osób.

W województwie warmińsko-mazurskim realizowane są także działania wobec sprawców przemocy w rodzinie.

W 2012 r. ogółem podjęto wobec nich 599 działań interwencyjnych, w tym 60 sprawców zostało odizolowanych od ofiar, wobec 12 zastosowana została eksmisja z lokalu, 14 skierowanych zostało do prac społecznie użytecznych.

W ramach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych program dla sprawców realizowało:

w 2012 r. 19 z 21 powiatów, objętych programami zostało 341 osób stosujących przemoc w rodzinie. Dotacja wydatkowana z budżetu państwa na ten cel wyniosła w 2012 r. 448.709,82 zł

Natomiast w I kwartale 2013 r. programy korekcyjno-edukacyjne realizowały wszystkie, poza jednym, powiaty, objętych zostało 60 osób, zaplanowano na ten cel dotację w kwocie 471.000 zł.

W województwie warmińsko-mazurskim programy korekcyjno-edukacyjne dla sprawców przemocy realizowane są również w aresztach i zakładach karnych. W 2012 r. na 811 skazanych z art. 207 k.k. udział w programach wzięło 137 sprawców, ukończyło 120, byli to sami mężczyźni, chociaż wśród osób osadzonych były także kobiety.

Od 2012 r. w ramach nadzoru służby wojewody przeprowadzają kontrole kompleksowe realizacji zadań własnych nałożonych na gminy ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

W roku 2012 i w I półroczu 2013 r. skontrolowano ponad 50% (60 ze 116) gmin.

Z informacji zgromadzonych w ramach monitoringu wynikało, że wszystkie gminy i powiaty w województwie warmińsko-mazurskim mają opracowany program przeciwdziałania przemocy w rodzinie i ochrony ofiar przemocy w rodzinie.

Przeprowadzone do tej pory kontrole zweryfikowały te dane. Na 60 skontrolowanych, 8 gmin nie miało opracowanego gminnego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie i ochrony ofiar przemocy w rodzinie. W tych gminach działania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie zawarte były w programach przeciwdziałaniu alkoholizmowi, programach wsparcia rodziny itp.

We wszystkich skontrolowanych gminach prowadzone było poradnictwo socjalne w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, poza tym realizowane było w ponad połowie gmin poradnictwo psychologiczne, pedagogiczne i prawne.

W ponad 40% gmin realizowane było poradnictwo we wszystkich ww. obszarach.

Ponad to w kilku ze skontrolowanych gmin poradnictwa udzielał psychiatra, psychoterapeuta, terapeuci uzależnień.

Obok poradnictwa zadaniem własnym gminy jest również prowadzenie działań edukacyjnych służących wzmocnieniu opiekuńczych i wychowawczych kompetencji rodziców w rodzinach zagrożonych przemocą. Działania takie prowadzone były w 96% (58 na 60) skontrolowanych gminach, w połowie gmin poprzez realizację projektów w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, lub przy wsparciu asystenta rodziny, w gminach prowadzona była szkoła dla rodziców.

Działania edukacyjne prowadzone były także:

- w świetlicach środowiskowych,
- w ramach Dni Rodziny,
- poprzez programy profilaktyczne,
- w formie projektów realizowanych w ramach Programu Ostołnowego „Wspieranie jednostek samorządu terytorialnego w tworzeniu systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie”. Od 2011 r. w województwie zrealizowano 22 projekty. W 2013 r. realizowane będą 2 projekty.

We wszystkich gminach województwa funkcjonują zespoły interdyscyplinarne.

W prawie 60% skontrolowanych gmin skład zespołu zgodny był z zapisem art. 9a ust. 3 i 4 ustawy. W pozostałych jednostkach w zespole brak było przedstawiciela organizacji pozarządowych (w przeważającej większości wynikało to z tego, że na terenie lub w najbliższej okolicy gminy nie funkcjonowała organizacja pozarządowa mająca w swojej działalności statutowej zadania obejmujące wsparcie rodziny czy obszar przeciwdziałania przemocy w rodzinie). Ponadto jednostkowo w składzie zespołu brak było przedstawiciela ochrony zdrowia, oświaty, kuratora.

W ponad 20% skontrolowanych gmin brak było podpisanych porozumień z instytucjami, których przedstawiciele wchodził w skład zespołu:

- w 2 z ośrodkiem pomocy społecznej,
- w 7 z GKRPA,
- w 1 z policją,
- w 2 z oświatą,
- w 1 z ochroną zdrowia,
- w 3 z organizacjami pozarządowymi.

Z danych uzyskanych ze wszystkich gmin województwa wynika, że w przeważającej większości przewodniczącymi zespołów interdyscyplinarnych są pracownicy ośrodków pomocy społecznej (88%), poza tym przewodniczącymi zespołu interdyscyplinarnego są przedstawiciele organizacji pozarządowej, oświaty, GKRPA (po jednym przypadku), pracownik zakładu poprawczego, poradni pedagogiczno-psychologicznej, punktu konsultacyjnego, pracownicy SDS (2), sześciu zespołom przewodniczą pracownicy urzędu miasta lub urzędu gminy.

W ramach nadzoru zebraliśmy informacje na temat liczby NK – A wypełnionych w 2012 r. i w I półroczu 2013 r. wypełniono łącznie 4.333 karty, z czego:

- 82% (tj. 3.571) kart założyli przedstawiciele Policji,
- 12% (535) przedstawiciele ops,
- 0,02% (104) oświaty,
- 0,02% (89) GKRPA,
- 0,007% (niecałe 0,01% - 34) ochrony zdrowia.

Z analizy realizacji procedury Niebieskie Kraty, w oparciu o materiały z kontroli, wynika że w 95% gmin procedurę realizowano w ramach grup roboczych.

W połowie jednostek zdarzały się sytuacje, w których skład grupy roboczej był nieadekwatny (niepełny) do rozpatrywanego przypadku, np. pomimo występowania w rodzinie problemu alkoholowego brak było przedstawiciela GKRPA, przedstawiciela oświaty, pomimo, że były w rodzinie dotkniętej przemocą dzieci, brak przedstawiciela ochrony zdrowia.

Wśród 595 procedur przeanalizowanych w trakcie kontroli stwierdzono 41 przypadków przekazania formularza Niebieskiej Karty – A z uchybieniem terminu 7 dni, wskazanych w rozporządzeniu rady Ministrów w sprawie procedury niebieskie karty oraz 65 przypadków uchybienia terminu 3 dni przewidzianego na przekazanie przez przewodniczącego zespołu formularza NK – A członkom zespołu lub grupy roboczej.

Odbieranie dzieci (art. 21a ustawy)

W województwie warmińsko-mazurskim:

- w 2012 r. były 32 przypadki (64 dzieci),
- w I półroczu 2013 r. 13 przypadków (24 dzieci).

W 2012 i w I półroczu 2013 roku zdarzyło się 45 odebrania dzieci w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia w związku z przemocą w rodzinie.

W skontrolowanych jednostkach zdarzały się sytuacje, w których przy odebraniu dzieci brak było przedstawiciela ochrony zdrowia.

Tak pokrótce przedstawia się funkcjonowanie systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie w województwie warmińsko-mazurskim.

W dyskusji panelowej na temat funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych udział wzięła również pani Maria Danielewicz, przedstawiając mocne i słabe strony oraz zagrożenia jak również szanse ich prawidłowego funkcjonowania.

I. MOCNE STRONY

- Łączenie kompetencji zawodowych służbowych – lepsza współpraca.
- Ustawowe umocowanie.
- Ranga pracownika ochrony zdrowia jako funkcjonariusza publicznego.
- Interdyscyplinarna współpraca przedstawicieli różnych grup.

- Utworzenie całodobowych, specjalistycznych punktów wsparcia w naszym regionie w Elblągu, Olecku i Olsztynie.
- Lokalny zespół ekspertów pomocowych (poznanie zasobów eksperckich).

II. SŁABE STRONY

- Nadmiar biurokracji/karta.
- Praca w zespołach na zasadzie pracy społecznej w czasie wolnym.
- Nastawienie społeczeństwa - nie wtrącamy się w prywatne sprawy rodziny.

III. ZAGROŻENIA

- Brak/niespójna polityka lokalna wobec problemu przemocy w rodzinie.
- „Parcie” do szybkiego załatwienia sprawy.

- Zbyt małe zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia w działania o zasięgu lokalnym.

IV. SZANSE

- Wypracowanie standardów, procedur - procedura dotycząca pracy zespołu interdyscyplinarnego, procedura postępowania pracownika ochrony zdrowia.
- Lepsza diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie na szczeblu lokalnym, województwa, kraju.
- A jednym z zadań ustawowych samorządu zawodowego jest współpraca z samorządami lokalnymi/ korzystanie z przekazywania informacji poprzez stronę internetową i biuletyn izby.
- Skuteczne włączanie środowiska pielęgniarek do działań edukacyjnych, profilaktycznych i interwencyjnych.

WAKACYJNY TEMAT

Ewa Kamieniecka

Redaktor naczelna biuletynu OIPiP w Olsztynie

Czy wysyłamy jeszcze pozdrowienia z wakacji?

Za kilka dni wybieram się nad nasze morze. Liczę na umiarkowaną pogodę, może nawet bardziej na chłodną niż słoneczną, nie lubię upałów. Planuję zwiedzanie zabytków a nie opalanie się w tłumie rozebranych i wysmarowanych olejkami ciał. Od kilku lat wakacyjne miesiące spędzałam w domu, tym bardziej cieszę się z tego wymarzonego wyjazdu. Ale były też lata szczególnie jak byłam nieco młodsza bardzo urozmaicone, dużo wyjazdów, przygód i ciągle przepakowywanie walizek i to często w ogromnym pośpiechu. Nie było ważne jakie ubrania i ile ich zabrać ważne by zdążyć. Zawsze jednak pamiętałam o zabraniu notesu z adresami przyjaciół. Można by zadać pytanie ale po co te adresy? No właśnie po co, dziś wiele osób jeszcze pamięta z jaką radością wysyłałyśmy wido-

kówki z pozdrowieniami do bliskich i przyjaciół. Kupując pocztówki czy widokówki szukaliśmy tych z hotelem w którym właśnie zatrzymaliśmy się. Ładne, kolorowe widoki, ciekawe zabytki koniecznie coś charakterystycznego dla danego miasta. Ja lubiłam zaznaczyć balkon lub okno pokoju w którym mieszkałam. Wysyłanie pozdrowień było taką modą, a może właściwie tradycją, że z każdego wyjazdu wysyłałyśmy widokówki. Wysyłanie kartek sprawiało radość nadawcy, a adresatowi, który otrzymał pozdrowienia też było miło bo to znaaczyło, że o nim się pamięta. Poza pozdrowieniami co dziś nas trochę śmieszy, ważny był dopisek p.s. pogoda jest piękna lub pada każdego dnia. Pamiętacie pewnie jak bardzo oblegane były kioski i sklepiki przez turystów kupujących widokówki.

Potem w autokarze czy hotelu była istna licytacja kto kupił ładniejsze, no i oczywiście chwila na pisanie. Ja nie kolekcjonowałam widokówek chociaż otrzymywałam ich bardzo dużo, ale pamiętam koleżanki które posiadały pokaźne zbiory. Wysyłanie widokówek było tak ważne, że robili to prawie wszyscy dzieci, młodzież i dorośli. Pamiętam taką trochę zabawną sytuację w mojej rodzinie, kiedy to kilkuletnia dziewczynka koniecznie chciała wyjechać na wakacje. Jej rodzice nie planowali wyjazdu, ale rezolutna nastolatka spakowała się i oznajmiła rodzicom, że wyjeżdża do cici. Ciocia mieszkała kilka bloków od jej rodzinnego domu w tym samym mieście.

Dziewczynka kupiła kilka widokówek i wysłała do rodziców i koleżanek z serdecznymi pozdrowieniami.



Mimo upływu lat przy rodzinnych spotkaniach z radością wspominamy to wydarzenie. Dziś już chyba nie wiele osób wysyła kartki z wyjazdów. Jeszcze czasami pamiętamy o imieninach cioci czy wujka, ale częściej wolimy zadzwonić. Młode pokolenie preferuje wysyłanie e-smesów, emaili są też e-kartki. Szko-

da, że wysyłanie pozdrowień nie jest już takie popularne i powszechne.

Można zadać sobie pytanie a właściwie dlaczego?, no cóż postęp i rozwój cywilizacji spowodował, że łatwiej i szybciej jest nam sięgnąć po komórkę lub stuknąć kilka razy w klawiaturę i wysłać pozdrowienia. Wprawdzie wakacje już dobiegają

końca, ale może wrócimy nie tylko wspomnieniami do czasów naszej młodości i wyślijmy pocztówkę do naszej przyjaciółki, kolegi czy cioci. Nie zapomnijmy również o miłych pozdrowieniach z podróży dla naszego przełożonego.

CZY PIELEŃGIARSTWO JEST SZTUKĄ ?

Życie Florencji Nihtingale, a mój wybór zawodu. Pielęgniarstwo jest sztuką.

Paulina Bartnicka - ratownik medyczny, pielęgniarka w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie, Klinika Pediatrii Oddział Wielospecjalistyczny z pododdziałem Kardiologii. Po wakacjach Pani Paulina rozpocznie naukę na II roku studiów magisterskich w Uniwersytecie Warmińsko Mazurskim w Olsztynie na Wydziale Nauk Medycznych Kierunek Pielęgniarstwo. Autorem prezentowanych wierszy jest Paulina Bartnicka.

Nie zatwardzajmy serc, gdy słyszymy krzyk biednych.

Starajmy się usłyszeć to wołanie.

Starajmy się tak postępować i tak żyć, by nikomu w naszej Ojczyźnie nie brakło dachu nad głową i chleba na stole, by nikt nie czuł się samotny, pozostawiony bez opieki.

Trzeba czuwać, troszczyć się o każde dobro człowieka.

Nie można pozwolić, by marnowało się to, co ludzkie, na tej ziemi

Współczesne definicje sztuki znajdujemy w różnych właściwościach wewnętrznych dzieł, w intencjach artysty, w oddziaływaniu sztuki na odbiorcę. Do bardziej interesujących należy definicja sformułowana przez W. Tatarkiewicza, wg. której sztuka jest odtwarzaniem rzeczy, konstruowaniem form bądź wyrażaniem przeżyć, pod warunkiem, że efekt tego odtwarzania, konstruowania, wyrażania zdolny jest zachwycać, wzruszać lub wstrząsać.

Miłość do zawodu, który każdy człowiek powinien wybrać już w bardzo młodym wieku, rodzi się w sercu, a przejawia się zainteresowaniami, podejściem do życia, miłością do bliźniego.

Moje rozważania chciałabym rozpocząć od przytoczenia krótkiej hi-

storii życia wartościowej pielęgniarki, którą dostrzeżono tak naprawdę dopiero po latach: Florence Nihtingale.

Urodziła się 12 maja 1820 r. W zamożnej arystokratycznej rodzinie angielskiej Edwarda i Frances Nightingale, w czasie ich podróży po Florencji. Otrzymała gruntowne i bardzo dobre wykształcenie podstawowe i w wieku 25 lat podjęła ważną decyzję życiową. Poświęca się opiece nad chorymi w szpitalu, o której później pisała "(...) Cyt. pierwszą ideą, jaką pamiętam – a także ostatnią – było pielęgniarstwo".

Zwykła dziewczyna pochodząca z małej wioski nieopodal Płocka, wywodząca się ze średniego domu. Od zawsze fascynowały ją „białe fartuchy” i zapach leków. Kocha nieść pomoc, pomagać bliźniemu. Swoje zainteresowania pokazywała światu, już od najmłodszych lat. Najpierw harcerstwo, co roczna pomoc przy zbiorce Orkiestry Świątecznej Pomocy, wolontariuszka w Płockim Hospicjum Caritas. Za średnie wykształcenie dziękuję mamie, która wspierała całym sercem - liceum profilowane biologia, chemia, w-f. Po drodze obroniła dyplom Ratownika Medycznego. Ukończyła licencjat z pielęgniarstwa. Osiedliła się

na stałe w Olsztynie. Wyszła za mąż i jest szczęśliwa.

Dziś ukończyła I rok II stopnia pielęgniarstwo w UWM w Olsztynie. Wszelkie swe działania poczyniła myśląc o potrzebach drugiej osoby. Uwielbia dzieci oraz marzenia. Marzenia spełniły się, jest blisko chorych, cierpiących i czuje się potrzebna, pracuje, jako pielęgniarka w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie w Klinice Pediatrii Oddział Wielospecjalistyczny z pododdziałem Kardiologii, sprawia jej to ogromną radość. Taka jest Paulina Bartnicka, czyli ja.

Przygotowując nas studentów już na I roku pielęgniarstwa, do zbliżających się zajęć praktycznych pedagogy - głównie na zajęciach teoretycznych i ćwiczeniach z podstaw pielęgniarstwa, ale również psychologii, filozofii i etyki. Przekazali nam słuchaczom obszerną wiedzę na temat opiekowania, pielęgnowania i wdrażania się w życie pacjenta oraz wiele praktycznych spraw dotyczących nauk medycznych, które są także nadzwyczaj ważne. Dzięki Nim zrozumiałam dokładny sens bycia pielęgniarką. Nauką i wiedzą i swoim postępowaniem dawali nam świadectwo sztuki w pielęgniarstwie.

Już na pierwszych zajęciach dowiedzieliśmy się jak długą historią cieszy się pielęgniarstwo. Od starożytności, a może jeszcze wcześniej, gdy leczeniem zajmowali się szamani czy też kapłani. To dzięki nim tak wielu wojowników powracało do zdrowia, a pielęgniarstwo XXI wieku nabrało w ich świetle większego znaczenia.

Choć epoka Średniowiecza przyniosła upadek medycyny to pielęgnowanie przetrwało, dając świadectwo wyższości nad tym, co złe i zawistne.

W XV wieku nastąpiły duże przemiany w opiece. Zakon Św. Jana, Św. Łazarza opiekował się chorymi najczęściej wysoko urodzonymi. Okres nowożytności przyniósł rozwój medycyny. W 1574 roku, powstała pierwsza książka o pielęgnacji chorych, a pielęgnowanie nie do końca jeszcze było profesjonalne. 1860 rok – pielęgniarką została Florence Nightingale, która tak wiele wniosła w rozwój mentalny pielęgniarstwa, jako sztuki. Nauczyła dbać i opiekować się każdym z osobna, bez względu na pochodzenie czy majątność. Ten sam rok przyniósł także otwarcie pierwszej szkoły dla pielęgniarek. Następnie przez wieki przesuwali się wielkie kobiety - pielęgniarki: Maria Epsteinówna, Hanna Chrzanowska, Urszula Krzyżanowska – Łagowska, które nie bały się zadbać o pielęgniarstwo, potwierdzając stwierdzenie: (...) cyt. „pielęgniarstwo jest sztuką”.

Przetrwałam, jestem i wiem, że każdy może nieść dobro. Pracuję w Szpitalu Dziecięcym, jestem tam pielęgniarką, jedną z najmłodszych w kadrze medycznej. Na co dzień spotykam pielęgniarki dzięki, którym uśmiech dziecka nie znika z ich kochanej twarzy. Cierpią, ale wiedzą, że są bezpieczne, kochane. Są dni, gdy nie mamy sił, gdy cierpimy razem z chorymi. Gdy nasze działanie wydaje się zbędne. Gdy nie potrafimy ulżyć w cierpieniu. Gdy załamanie rodziców, bliskich pacjentów przenosi się na nasze uczucia. Jest trudno, ale dajemy z siebie wszystko, wspieramy, uczestniczymy w leczeniu, terapii, wsparciu, często nie

tylko chorych, ale i ich najbliższych. To jest wspaniałe. To jest sztuka. Nikt i nic nie wmówi mi, że pielęgniarstwo i wszystko, co jest z nim związane jest bez sensu. Sztuką jest nieść pomoc, całym sercem. Być blisko w dzień i w nocy. Dbać, troszczyć się i wspierać. W stu procentach zgadzam się ze słowami pewnego pedagoga, które usłyszałam na jednym z pierwszych zajęć z Pielęgniarstwa, która cytowała Florencję Nihtingale, pamiętam je dziś: (...), cyt.

„Jednym ze sposobów rozumienia tego słowa jest sztuka, to umiejętność wykonywania biegle czegoś, co wymaga talentu, zręczności, lub specjalnych kwalifikacji (...), to dojrzałe podejście do życia. Sztuką jest standard profesjonalnej praktyki pielęgniarstwa, który wymaga przygotowania do pielęgnowania, jako sztuki, - w której centrum uwagi pielęgniarki i jej zainteresowań znajduje się człowiek, któremu ona pomaga, a wysoki poziom zapewniania tej pomocy wymaga pielęgniarstwa troskliwości. (...)”

Wszystko to dotyczy pielęgniarstwa nie tylko wiedzy i sprawności technicznych, ale także twórczości, innowacyjności, złożonej refleksyjności, świadomości siebie, swoich silnych i słabych stron, poznawania i rozumienia człowieka i jego potrzeb twórczej wyobraźni ciągłej gotowości do świadczenia różnorodnej pomocy. W poczynaniach tych powinna dominować etyczna zasada osiągania dobra przez tego, komu pielęgniarka świadczy swoją pomoc.

Sztuką jest nieść pomoc, sztuką jest mówić prawdę, sztuką jest zrozumieć drugiego człowieka, ale również sztuką jest oddzielić życie prywatne, od życia zawodowego. Sztuką jest być pielęgniarką, matką, żoną, babcią, i zwykłym człowiekiem, który musi radzić sobie także ze swoim życiem osobistym, a pamiętajmy nie zawsze jest tak jakbyśmy chcieli aby było.

Bycie pielęgniarką niesie ze sobą wiele dobrych i złych chwil. Dobre to te, dzięki którym nasz podopieczny uśmiecha się do nas i dziękuje nam za nasze wsparcie, czasem za

zwykłą rozmowę, a czasem za całonocny proces pielęgnowania, który jest wdrażany dla każdego pacjenta indywidualnie, biorąc pod uwagę każdą sferę: biologiczną, psychiczną i społeczną. Te złe to chwile słabości, chwile niezrozumienia, czy braku sił, chwile, w których czujemy się, jako pielęgniarki niezrozumiane i niedoceniane.

Szczęściem dla mnie jest, że miałam możliwość zostać pielęgniarką, oraz to, że mogę pracować z dziećmi, które są naprawdę wdzięczne za każde dobro. Właśnie to nazywam sztuką bycia blisko, czasem milczenia, czasem zwykłej rozmowy. Pomocy w leczeniu nie tylko ciała, ale również duszy. Leczenia a zarazem pokazania, jakie może być życie, jeśli będziemy stosować się do zaleceń personelu medycznego. Procesu zdrowienia, lub podtrzymania zdrowia. Sztuką jest sprawić by uśmiech nie zniknął z twarzy naszego pacjenta.

Siostro!

*Maleńki ptaku nocnych korytarzy,
Sal wypełnionych bólem,
Trwogą malowanych,
Nocy rąk wyciągniętych,
Zropaczonych twarzy,
Snów krótkich, westchnień płytkich,
Świtów niedotrwanym.
Zrywasz się z trzepotaniem skrzydeł
umęczonych
I niesiesz ulgę cichą w białych wą-
tłych dłoniach
Gołębiu dobrej wieści,
Pocieszycielko strapionych,
Uśmiech dziecka bezradny pod
Twoją obronę
Ty i serca podniesiesz rozdeptane
wzgardą
I jak grosz rzucisz uśmiech, co prze-
waży szalę.
Ty jak liść jesteś miękka i jak diament
twarda,
Dziś wierszem skromnym, Siostro,
głoszę Twoją chwałę.*

Pomyślałam... chcę być takim Gołębiem, który swymi skrzydłami otoczy wszystkich, którzy tego potrzebują. Spełniłam marzenie, jestem szczęśliwą, że mogę ową sztukę kontynuować.

NASZE PUBLIKACJE

Barbara Chojnowska - Szpital Powiatowy w Iławie, magister położnictwa, Przewodnicząca Komisji ds. Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Neonatologicznego przy ORPiP w Olsztynie .

Tokofobia

Słowo fobia pochodzi z języka greckiego (phobos – strach), a oznacza lęk przed różnymi przedmiotami czy sytuacjami. Istotą zaburzeń o charakterze fobii jest nadmierny lęk o różnym natężeniu, aż do lęku panicznego. Zazwyczaj osoba, u której fobia występuje, zdaje sobie sprawę, że nadmierny lęk jest irracjonalny i nieuzasadniony, dlatego unika danych sytuacji.(1)

Tokofobia (τοκοφοβία lęk przed porodem) – jedna z odmian fobii – lęk przed ciążą i porodem. Z powodu tokofobii pacjentki często wybierają poród drogą cięcia cesarskiego. Częstość występowania: ok. 6–10% ciąż.

Występują prawdopodobnie dwa rodzaje tej fobii:

- tokofobia pierwotna – występuje u kobiet, które nie były wcześniej w ciąży. Ma podłoże nerwicowe.
- tokofobia wtórna – występuje wśród kobiet, które w czasie poprzedniej ciąży doznały silnego, związanego z nią, szoku (np. poronienie)

Obecnie akceptowany jest powszechnie pogląd, że do powstania zaburzeń o charakterze fobii dochodzi w wyniku interakcji czynników genetycznych i środowiskowych. Czynniki genetyczne dotyczą predyspozycji biologicznej i osobowościowej do wystąpienia danego zaburzenia.(1) Rozpoznanie tokofobii, jako rodzaju zaburzenia psychicznego z kręgu fobii powinno być stawiane przez lekarza psychiatrę. Leczenie i prowadzenie cierpiącej kobiety powinno być oparte o współpracę psychiatry, psychologa, lekarza położnika oraz położnej. (2)

Próby leczenia zaburzeń o charakterze fobii w ostatnim stuleciach odegrały istotną rolę w tworzeniu teorii i praktyki terapii zarówno psychodynamicznej, jak i behawioralnej. Istotny postęp w leczeniu psy-

choterapeutycznym takich zaburzeń jest związany z wprowadzeniem terapii behawioralno-poznawczych, które okazały się najbardziej skuteczne. Metody te w odróżnieniu od tradycyjnych metod psychodynamicznych nie skupiają się na przyczynach zaburzeń, lecz raczej na jak najlepszym radzeniu sobie w sytuacjach lękotwórczych i na możliwości ich opanowania. Nowy kierunek dla badań biologicznych mechanizmów zaburzeń o charakterze fobii został wytyczony przez obserwacje kliniczne wskazujące na możliwość leczenia tych zaburzeń przez zastosowanie środków farmakologicznych.(1)

Istnieje związek pomiędzy odczuwaniem lęku przed ciążą i porodem, a czynnikami osobowościowymi i socjoekonomicznymi. Badania wykazały, że wyższy poziom lęku obserwuje się u kobiet młodszych, o niższym wykształceniu lub niekorzystnej sytuacji materialnej. Do innych czynników predysponujących do tokofobii należy obniżony próg wrażliwości na ból oraz niskie poczucie własnej wartości. Kobiety o osobowości neurotycznej, przeżywające często obniżenie nastroju lub inne zaburzenia emocjonalne i psychiczne. U pierworódek częściej obserwowano strach przed porodem niż u wieloródek, tak samo jak o kobiet, które zaszyły w niechcianą lub nieplanowaną ciążę (2).

Istnieje teorie według których na obawy związane z rodzeniem duży wpływ ma przekaz społeczny, w który kobiety często opowiadają w sposób traumatyczny o swoich porodach stanowi to zapewne źródło lęku dla ciężarnych. Dodatkowo strach przed rodzeniem przekazywany jest często międzypokoleniowo przez matki, które nie rozprawiły się z trudnymi doświadczeniami

własnych porodów. Jak wynika z badań Fava, pomimo zmniejszenia śmiertelności, współcześnie kobiety ciężarne nadal boją się śmierci przy porodzie.(2)

Rolą położnej jest zapobieganie tokofobii poprzez prowadzenie odpowiedniej edukacji przedporodowej, która oprócz dostarczania kobietom rzetelnej wiedzy powinna zawierać elementy pracy z emocjami, nauki radzenia sobie z bólem oraz metod relaksacji. Profilaktykę zaburzeń emocjonalnych okresu okołoporodowego nie należy sprowadzać do samego objaśniania przebiegu porodu, chociaż moment świadomości tego, co się będzie działo, spełnia w przygotowaniu ważną rolę. Psychoprofilaktyka nie polega na samym tylko oddziaływaniu psychologicznym poprzez słowo. W szkole rodzenia nie posługujemy się wprost sugestią, chociaż niewątpliwie dobre prowadzenie zajęć zawiera niemały ładunek sugestii, podobnie jak każdy inny rodzaj oddziaływać w stosunkach międzyludzkich.

Psychoprofilaktyka nie ogranicza się do samej tylko nauki oddychania i uprawiania ćwiczeń fizycznych program nie zawiera jakiegось wyidealizowanego obrazu porodu.

Rola położnej prowadzącej zajęcia nie polega na tym, aby uparcie przemilczała istnienie „bólów porodowych” i wmawiała, że poród jest „niebolesny”. Badania dowodzą, że satysfakcja z porodu nie jest związana z wyeliminowaniem bólu, jego brak nie hamuje stresu, jaki przeżywa rodząca kobieta(3).

Mechanizmem porodowym steruje, niezależnie od naszej woli, wydzielanie hormonów (we właściwym sobie rytmie):

- Oxytocyna - powoduje skurcze, ale też to hormon miłości odpo-

wiada za zachowania opiekuńcze, budowanie więzi, otwiera kanaliki mleczne i czułość

- Endorfiny naturalne opiaty, pomagają znieść nadmierne odczuwanie bólu nie zakłócając przebiegu porodu, powodują ucieczkę w wewnętrzny świat rodzącej, umożliwiając skupienie na tym, co najważniejsze, a po porodzie - euforię
- Adrenalina maksymalnie mobilizuje organizm (silne ukrwienie mięśni, zwiększa moc ciała) w stresie motywuje do walki albo ucieczki, a w czasie porodu walczyć oznacza, dać się ponieść, poddać się instyktom.

Cechy i zadania bólu porodowego:

- zapowiada szczęśliwe wydarzenie, nie jest oznaką choroby
- jest nieuniknionym zakończeniem fizjologicznego przebiegu ciąży
- fizjologicznie uzasadniony (skurcze, rozwieranie, rozciąganie, ucisk na tkanki)
- pojawia się z przerwami, zachowując pewien rytm
- najpierw słaby pozwala się oswoić, potem szybko narasta
- informuje o rozpoczęciu i kolejnych etapach porodu
- umożliwia kobiecie zachowania instyktowne ? ochronne (pozytywnie, oddech,)
- ustępuje po narodzeniu dziecka (na pewno się skończy)
- ból zapewnia (dzięki Endorfinom biochemiczna podstawa) gotowość do tworzenia więzi

z dzieckiem (kobieta spełniona, w ekstazie, błogości, niezwyklej wrażliwości)

- zapewnia odpowiedni poziom hormonów (Adrenalina i Endorfiny) u dziecka dzięki temu jest pobudzone i chętne do kontaktu(3)
- Przechodząc do pozytywnego obrazu psychoprofilaktyki trzeba wyraźnie zaznaczyć, że zmierza ona do całkowitej zmiany stylu rodzenia. Warunkiem nieodzownym jest tu odrzucenie dawnego stereotypu, w którym akt rodzenia sprzęgał się nierozdzielnie z cierpieniem.

Matka w czasie porodu nie troszczy się o siebie, bowiem cała jej uwaga skupia się na ochronie rodzącego się dziecka. Chodzi o to, aby akceptować takie jej zaangażowanie, sprawując dyskretnie (bez demonstracji) opiekę i nad nią samą. Opieka nad rodzącą polega na zapewnieniu jej bezpieczeństwa i pełnego poparcia dla jej pierwszorzędnej roli w ochronie rodzącego się dziecka. W tym układzie poród staje się dla rodzącej przede wszystkim źródłem ogromnej i nieporównywalnej satysfakcji, a nie okazją do cierpienia.

Nasze humanitarne nastawienie mogłoby raczej utrwalać dawny stereotyp, toteż należy przekształcić je w nastawienie humanistyczne, wyrażające przede wszystkim uznanie dla niezastąpionej funkcji matki. Matka ma wówczas pełne poczucie samodzielnie wykonanego zadania i sobie przede wszystkim zawdzięcza sukces dobrego porodu. Nie

możemy jej tego poczucia odbierać przez utrzymywanie jej w stanie bierności. Zafałszowanie naszej roli polega wówczas na tym, że niosąc skrzętnie ulgę w cierpieniach potwierdzamy ich rzekomą nieodzowność i pozbawiamy kobietę przeżyć pozytywnych, których dostarcza poród prawidłowo przeżywany. Ciężarna powinna móc zadać położnej wszystkie dręczące ją pytania i wyjaśnić wszystkie obawy(4).

Tokofobii wtórnej można zapobiegać dbając o jakość narodzin, uwzględniając podmiotowość kobiety rodzącej i zapewniając jej szacunek i bezpieczeństwo. Badania pokazują, że pomoc psychologiczna nakierowana na kontrolę uczuć i emocji przynosi bardzo zadowalające rezultaty. Połowa kobiet po otrzymaniu psychologicznego wsparcia uwzględniającego ich indywidualne potrzeby decydowała się na poród drogami natury.

Piśmiennictwo

1. Bilinkiewicz A, Puzyński S. Psychiatria TomII Psychiatria kliniczna, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2002
2. Baranowska B. Tokofobia, www.rodzicpoludzkupl
3. Iwanowicz-Palus G.J. Prowadzenie porodu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011
4. Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. Psychologia w położnictwie i ginekologii
5. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

SZKOLENIE

Zarząd Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Oddział Terenowy w Olsztynie zaprasza na spotkanie szkoleniowe w dniu 16 listopada

2013 roku o godzinie 10,00. Spotkanie odbędzie się jak zwykle w budynku Dyrekcji Lasów Państwowych w Olsztynie przy ulicy Kościuszki 46/48

Zapraszam serdecznie
Maria Łapko – prezes Kolegium



OSIĄGNIĘCIA NSZYCH KOLEŻANEK

Ewa Zenc – Przełożona Pielęgniarek Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego Dla Dzieci w Ameryce, w lipcu 2013 roku uzyskała tytuł magistra pielęgniarstwa w Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu, kierunku Pielęgniarstwo. Praca dyplomowa magisterska napisana w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Jana Talara.

Temat pracy magisterskiej:

Adaptacja Dzieci i Młodzieży do warunków szpitalnych na podstawie Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce.

Celem pracy była ocena poziomu adaptacji dzieci i młodzieży do warunków szpitalnych w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce. Materiał badań zawartych w pracy stanowi grupa 62 dzieci, które były leczone w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce k/Olsztynka.

W pracy wykorzystano metodę ankietową, uzyskując odpowiedzi na pytania ułożone według logicznie uzasadnionego porządku. Badania zostały przeprowadzone przy pomocy kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, który zawierał 28 pytań skierowane do pacjentów szpitala.

Adaptacja jest złożonym procesem w przebiegu, którego dziecko pod wpływem czynników zewnętrznych, oddziaływań innych ludzi oraz własnych działań, przystosowuje się do nowej sytuacji i nowych warunków. Proces ten może mieć różny przebieg i być różnie rozłożony w czasie. Czynniki wpływające na adaptację:

- środowisko,
- etap rozwoju emocjonalnego,
- etap rozwoju społecznego,
- doświadczenia,
- osoby dorosłe.

Znalezienie się dziecka w nowych warunkach łączy się z koniecznością zmiany dotychczasowych wzorów działania na takie, które zapewniłyby zaspokojenie potrzeb w nowych warunkach. W tym celu dziecko musi poznać nowe środowisko, przeorientować się psychologicznie. Sposób oceniania występujący w tym środowisku przyjąć za swój oraz nauczyć się nowych wzorów zachowań bądź działania.

Hospitalizacja jest trudnym doświadczeniem dla dziecka. Wiąże się z dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym. Konieczność pobytu w szpitalu wymaga adaptacji dziecka do nowego środowiska. Oddziaływanie na chore dziecko zależy od jego wieku i sposobów radzenia sobie w trudnej sytuacji. Przed personelem szpitalnym stoi zadanie właściwego wprowadzania dziecka w rolę pacjenta, minimalizowania jego niepokoju i lęku oraz nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z nim oraz z jego rodzicami. Hospitalizacja pozbawia dziecko jego naturalnego środowiska, rozdziela go z rodziną, uniemożliwia dotychczasową aktywność życiową i wymusza przestrzeganie ogólnie narzuconego reżimu szpitalnego, ograniczając w konsekwencji jego swobodę i odbierając mu poczucie bezpieczeństwa.¹ Choroba jest dla każdego człowieka sytuacją trudną, która uniemożliwia mu działanie w kierunku zamierzonego celu, bądź pozbawia go cenionych wartości, a jednocześnie jest to, według Doroszewskiej, walka organizmu z przyczyną schorzenia, za pomocą mechanizmów obronno - adaptacyjnych. Celem tej walki jest wyzdrowienie, bowiem, jak twierdzi Selye, twórca teorii stresu, bez tej walki nie ma mowy o chorobie. W tym kontekście musimy zdawać sobie sprawę, że całokształt zachowań dziecka chorego zależy od rodzaju i przebiegu procesu chorobowego a ten ostatni wpływa bezpośrednio na ustrój fizyczny dziecka. Choroba ponadto zmie-

nia u dziecka jego postawę wobec wielu sytuacji życiowych, a także jego hierarchię celów i zainteresowań oraz wpływa na zmianę reakcji emocjonalnych, które z kolei mogą oddziaływać zwrótnie na przebieg choroby zasadniczej. Dziecko chore, zwłaszcza to, które jest pierwszy raz w szpitalu, przeżywa najrozszybsze lęki i niepokoje wynikające z faktu zakłócenia normalnego toku życiowego, z konieczności zmiany dotychczasowego środowiska społecznego i przeżywanych trudności adaptacyjnych do warunków życia szpitalnego.²

Środowisko szpitalne jako zespół specyficznych sytuacji i bodźców stanowi złożoną sytuację stresową. Powstające napięcie emocjonalne przekłada się na zmiany czynnościowe narządów wewnętrznych oraz napięcia mięśniowego, a także dezorganizację dotychczasowego zachowania. Nierzadko obserwowane są zakłócenia, przejawiające się wzmożoną męczliwością, trudnościami w skupieniu uwagi, drażliwością prowadzącą do zachowań agresywnych bądź apatii. Rodzaj zmian zależny jest tutaj od siły obciążenia oraz wypracowanych w dzieciństwie nawyków reagowania na sytuacje trudne. Ponadto, u młodszych dzieci, w zachowaniu których brak jest stabilnych form reagowania, daje się zauważyć labilność emocjonalną oraz zespół objawów natury fizjologicznej niezwiązanych z daną chorobą, a świadczących o przeżywanym stresie szpitalnym (zaburzenia ze strony przewodu

¹ www.tvmed. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych..

² www.szkolnictwo. Terapeutyczno – rewalidacyjna rola szkoły szpitalnej.

pokarmowego, bezsenność, bóle głowy, duszności, pocenie się, zmęczenie).³ Stresogennie oddziałują czynności wykonywane przez personel medyczny, dyskusje toczone w czasie obchodów lekarskich oraz zmiana sali, co dodatkowo wzmacnia strach przed bolesnymi przeżyciami oraz rodzi niepokój⁴. Specyfika środowiska szpitalnego sprawia, że problematycznym staje się zaspokajanie potrzeb dziecka a zwłaszcza bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego, aktywności fizycznej (nieśkrępowanego działania). W czasie pobytu dziecka w szpitalu deprywacji może ulec również potrzeba miłości, potrzeba uznania i przynależności, gdyż fakt hospitalizacji narusza osiągnięty przez dziecko stan równowagi, co nierozzerwalnie wiąże się z brakiem oparcia emocjonalnego wśród najbliższych⁵.

Na terenie szpitala można zorganizować warunki sprzyjające normalnej i sprawnej pracy układu nerwowego dziecka a tym samym pomóc mu w szybkiej adaptacji do warunków szpitalnych.

Największe trudności u małych pacjentów wynikają z uświadomienia sobie przez nich, że są czegoś pozbawieni np. sprawności, bliskości rodziny, przyjaciół, możliwości ruchu itp.

Życie dziecka w szpitalu może być pełne pogody, interesujących treści, wartościowych wychowawców. Korzystne będzie tu dobranie czynników przestrzennych, kolorowe ściany, oświetlenie, estetyka, wygodna sala zajęć, pokoje, świetlica, klasy, łazienki, korytarze. Ważne też jest dostosowanie do potrzeb dziecka warunków zewnętrznych np. odpowiednio dobrana grupa, właściwa organizacja czynności w różnych zajęciach, zabawach czy pracy. Grupy, w których dziecko przebywa i organizowane zajęcia powinny dziecko zadawać, zapobiegać konfliktom i powstawaniu niepo-

trzebnych utrudnień. Na samopoczucie dziecka chorego również ma wpływ racjonalne normowanie czasu i nadanie mu właściwego rytmu życia. Można to osiągnąć poprzez prawidłowy rozkład czasu dziecka do jego potrzeb.

W celu tworzenia odpowiednich warunków dziecku choremu należy wpływać dodatnio na jego sferę uczuciową poprzez wywołanie w nim uczuć bezpieczeństwa, radości, ufności, życzliwości, zaciekawienia, zachwytu. Stworzenia warunków do kontaktów społecznych, kontaktów z przyrodą, sztuką. Normowanie zaburzeń wywołanych koniecznością zmiany środowiska (pobyt w szpitalu).

Jeżeli personelowi szpitala uda się stworzyć w placówce odpowiednie warunki do pracy z dziećmi, to dzieci przebywające w takich warunkach na pewno, szybko zaadoptują się w środowisku i będą rozwijały się wszechstronnie, a przede wszystkim szybko powracały do pełnego zdrowia lub przynajmniej pełnej równowagi procesów nerwowych.

Szpital–zakład leczniczy jest drugim domem, środowiskiem wychowawczym powołanym do zaspokajania potrzeb dziecka. Praca opiekuńczo–wychowawcza prowadzona w szpitalu z dzieckiem ma ogromny wpływ na kształtowanie się jego osobowości. Choroba czy kalectwo bez względu na rozmiary nie jest i nie może być „urlopem do życia”, dlatego każdy zakład leczniczy jest jednocześnie zakładem wychowawczym. Równoległe z leczeniem prowadzi się dostosowaną do wieku działalność pedagogiczną, która umożliwia realizowanie obowiązku szkolnego, jednocześnie zapewnia chorym możliwe optymalne warunki wzrostu, rozwoju osobowości i przygotowania się do życia społecznego⁶.

Dlatego należy dostrzegać i prawidłowo oceniać potrzeby dzieci, a następnie zaspokajać je w sposób wyzwalający własne siły dziecka i tkwiące w nim możliwości autokreacji.

Prawidłowy przebieg procesu adaptacji dziecka do nowych warunków rzutuje na jego funkcjonowanie w środowisku.

Dzieci i młodzież przebywają w szpitalu ponieważ wymagają rehabilitacji, wzmocnienia organizmu, przywrócenia sprawności psychofizycznej. Akceptacja szpitala jako placówki medycznej jest bardzo ważna. Od nastawienia dzieci i młodzieży do zabiegów, którym zostają poddani, od współdziałania w procesie rehabilitacji zależy jej wynik.

Podjęmując realizację pracy na temat adaptacji pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce starałam się określić jakie czynniki mają wpływ na adaptację dzieci i młodzieży w wieku 11-16 lat przebywających w placówce i stwierdzić, które z nich miały wpływ na proces adaptacji. Przeprowadzone badania wykazały, że zdecydowana większość pacjentów, bo aż 45 osób miała dobre samopoczucie i była zadowolona z warunków panujących w szpitalu, W przypadku pytania czy tęsknią za domem, najczęściej twierdzili, że rzadko tęsknią za domem. To czy personel pomagał w aklimatyzacji, ściśle związane było z życzliwością personelu. Podczas odwiedzin rodziców pacjenta, personel każdorazowo pomagał w tych kontaktach. Następną serią pytań dotyczyła szkoły przyszpitalnej i zajęć pozalekcyjnych. Z przeprowadzonych badań wynika, że ponad połowa dzieci (37 z 62) czuła się tak samo w przyszpitalnej szkole jak w szkole macierzystej, natomiast Szkołę w Ameryce od macierzystej wołało 10 uczniów. We wszystkich grupowych zajęciach pozalekcyjnych brało udział 52 z 54 uczniów. Kwestia kontaktów towarzyskich i możliwości rozwoju własnych zainteresowań wśród pacjentów, większość, bo 34 z 62 pacjentów miało kilku bliskich znajomych w szpitalu i możliwość rozwoju własnych zainteresowań. Na podstawie zebranego materiału badawczego można stwierdzić, że na poziom akceptacji i na proces adaptacji badanych do warunków

3 Wrobel D: Dziecko hospitalizowane, „Pielęgniarka i Położna” 1985, nr 8.

4 Mosur. R: Niemowlę w szpitalu, „Pielęgniarka i Położna” 1979, nr 10.

5 Garczyński S.: Potrzeby psychiczne. Niedośyt. Zaspokajanie, Nasza Księgarnia, Warszawa 1973.

6 Anyszko R., Kot T.: Wychowanie dzieci w zakładzie leczniczym. Warszawa 1988.

w szpitalu miały wpływ następujące czynniki: akceptacja szpitala jako placówki medycznej, akceptacja szkoły przyszpitalnej, akceptacja zajęć pozalekcyjnych, dobre samopoczucie dzieci i młodzieży w grupie rówieśniczej, możliwość samo-realizacji.

Przeprowadzone przeze mnie badania oraz analiza ich wyników pozwoliły sprecyzować następujące wnioski:

1. Szpital w Ameryce jest placówką, którą dzieci i młodzież akceptują

i szybko się w niej adaptują dzięki dobrej organizacji placówki, umiejętnościom fachowym pracowników, odpowiedniego podejścia personelu medycznego.

2. Szkoła przyszpitalna jest spotrzegana przez dzieci pozytywnie. Podkreślają dobrą atmosferę panującą na lekcjach, czują się doceniani, otrzymują lepsze oceny, nauczyciel podchodzi do ucznia indywidualnie.

3. Dzieci i młodzież dobrze oceniają również zajęcia pozalekcyjne,

które mają charakter terapeutyczny i zabawy uprzyjemniający im pobyt w szpitalu.

4. Istotnym czynnikiem wpływającym na adaptację w szpitalu jest samopoczucie dzieci i młodzieży w grupie rówieśniczej.

5. W szpitalu istnieją warunki do samorealizacji dzieci. Pacjenci mogą odkrywać swoje talenty i umiejętności, podwyższyć samoocenę, opanować nieśmiałość.

Czterdzieści lat minęło jak jeden dzień... refleksje położnej, nadal zawodowo aktywnej.

Maria Łapko

Położna Rodzinna

Specjalistka Pielęgniarstwa Położniczego

Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Olsztynie

To słowa piosenki, ale tak właśnie jest z moim życiem zawodowym. Czy to długo? Z pewnością tak. Czas upływa szybko, a z jego upływem wiążą się wspomnienia, te dobre i te, do których nie chcę wracać.

Każdy dzień w mojej pracy jako położnej to nowe wyzwania. Jako słuchaczka Studium Medycznego dla Położnych w Słupsku niewiele wiedziałam o swojej przyszłej pracy. Dopiero pierwsze spotkanie z pacjentką, pierwszy dyżur, samodzielna praca zmieniły moje wyobrażenie. Byłam w tej dobrej sytuacji, że rozpoczęłam pracę w szpitalu, który znałam z praktyk. Ten sam zespół koleżanek, lekarzy, wszystko wydawało się łatwiejsze.

W pierwszym roku pracy doświadczenia nabywałam na każdym oddziale: położniczym, ginekologicznym, onkologicznym i noworodkowym. Myślałam, że to moje miejsce na Ziemi. Życie płata jednak różne niespodzianki. Wróciłam do Ornety (to moje miasto, tu się urodziłam i dorastałam). Bardzo chciałam pracować na Izbie Porodowej, niestety Izbę zamknięto. Krótkie wakacje i wybrałam się do Olsztyna. Powstał Szpital Wojewódzki i potrzebne były położne. Rozpoczęłam

pracę i nowy etap w moim życiu. Łątwo nie było. Nowe koleżanki, inne zwyczaje, większe wymagania i cudo, niezapomniany ordynator, dr Henryk Makowski. Nauczył mnie odpowiedzialności, asertywności i wielkiej pokory dla zawodu. Mawiał: „Pamiętaj, że zawsze najważniejsze jest dobro pacjentki”. Przez 10 lat pracy w Szpitalu spotkałam wiele kobiet z różnymi historiami ich życia. Zostały trwały zapis w mojej pamięci.

Zacząłam jednak szukać czegoś nowego. Ze względu na stan zdrowia nie mogłam pracować w systemie zmianowym. Zaproponowano mi pracę w Poradni dla Kobiet w połączeniu z wizytami w środowisku domowym. Otworzyły się nowe możliwości kształcenia. Najpierw Kurs Środowiskowy, Studium Pedagogiczne, Metodyka Pracy Położnej Środowiskowej. To pozwoliło mi zmienić miejsce pracy. Znalazłam zatrudnienie w Szpitalu Miejskim. Otrzymałam propozycję pełnienia funkcji Położnej Nadzorującej i położnej środowiskowej. Koleżanki położne były w trakcie kształcenia.

Rozpoczęłam też prowadzenie zajęć w szkołach z programem „Wychowanie do życia w rodzinie” oraz zajęcia praktyczne ze słuchaczkami

Studium Medycznego dla Położnych.

To dawało mi dużo satysfakcji zawodowej. Czas nie stał w miejscu. Zachodzące zmiany w Ochronie Zdrowia nałożyły też nowe obowiązki na położne środowiskowo-rodzinne. Na studia się nie wybrałam, ale ukończyłam Kurs dla Instruktoerek Szkół Rodzenia i Kurs Specjalistyczny z Pielęgniarstwa Położniczego.

W mojej pracy niewiele się zmieniło. Nadal opiekuję się kobietą w każdym okresie jej życia, dzieckiem i rodziną. Wizyta w domu pacjentki jest dla mnie zawsze wielką niewiadomą. Nie wiem jakie są oczekiwania kobiety. Słucham, doradzam i pomagam, ale ostrożnie i delikatnie. Zawsze pamiętam o tym, że tam wrócę. Od tego jaki przebieg ma moja pierwsza wizyta będą zależały kolejne. Nie zawsze jest to proste i łatwe.

Z każdym rokiem pracy doświadczam bardzo różnych zdarzeń. Przykładów mogłabym przytaczać dużo, ale jako członek nowo poznanej rodziny, ktoś komu kobieta ufa, okazuje serdeczność, zwierza się, jestem objęta tajemnicą zawodową.

Pocieszam matki po stracie dziecka, zdarzało się też, że życie traciły



matki. Narodziny i odejście są nieodłącznym elementem w życiu każdego z nas. Najgorsza jest dla mnie bezradność, złość i świadomość odczuwanych emocji tych rodzin, których to dotknęło.

Realizuję swoje zadania najlepiej jak potrafię, z sercem i zaangażowaniem. Nigdy jednak nie zapominam, że w swojej nadgorliwości nie wolno mi przesadzać. Współpracuję z całą rodziną, wspieram ją, szanuję jej poglądy.

Mam za sobą czterdzieści dwa lata pracy, w tym trzydzieści lat w środowisku domowym. Dwie kochane córki i uroczego wnuka. Praca daje mi dużo radości, spełniam się jako położna. To najważniejsze. Staram się realizować podstawowe wartości, takie jak godność macierzyństwa, podmiotowość, prawo do decydowania o własnym ciele i własnym dziecku, prawo do stosownej opieki i informacji. Wiedzę praktyczną, którą posiadam, opieram na doświadczeniu i profesjonalizmie.

Wszyscy żyjemy szybko, jesteśmy zabiegani, często zapominamy o podstawowych zasadach współżycia, brakuje nam empatii dla drugiego człowieka. Może trzeba się zatrzymać na chwilę i pomyśleć jak wiele znaczy dla każdej z nas zawód położnej i jakie przymioty ciała i duszy powinna ona posiadać. Staram się w swojej pracy sięgać do wzorców osobowych i codziennie sobie udowadniać, że można było lepiej.

RADCA PRAWNY PRZYPOMINA

SAMORZĄD ZAWODOWY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH – ROLA I ZADANIA

Pielęgniarki i położne to grupa zawodowa posiadająca od lat własny samorząd zawodowy. Aktualnie obowiązuje ustawa z dnia 15 lipca 2011r o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych (Dz.U nr 174 poz.1039) zwana dalej u.s.p.p. Ustawa ta weszła w życie 1 stycznia 2012r. Przynależność przedstawicieli konkretnych grup zawodowych we własnym samorządzie zawodowym ma charakter obligatoryjny. Dotyczy to także osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej. Członkowie samorządu, po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu, są wpisywani do rejestru prowadzonego przez radę właściwą dla miejsca wykonywania zawodu. Pielęgniarka i położna staje się członkiem samorządu z dniem wpisania do rejestru.

Zgodnie z art. 2 ust.1 u.s.p.p samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące te zawody oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonaniem tych zawodów. Art. 4 ust. 1 u.s.p.p wymienia szczególne zadania samorządu zawodowego, którymi są w szczególności:

1. Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów.
2. Ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem.

3. Ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy.
4. Współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa.
5. Integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych.
6. Obrona godności zawodowej.
7. Reprezentowanie i ochrona zawodów.
8. Zajmowanie stanowiska w sprawach zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia.
9. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Powyższe wymienione zadania samorządu są ogólne, a ich realizacja polega na czynnościach wymienionych w art. 4 ust. 2 u.s.p.p polegające m.in. na:

1. Stwierdzaniu i przyznawaniu prawa wykonywania zawodu.
2. Prowadzenie rejestrów wymienionych w ustawie o działalności leczniczej oraz ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej (rejestrów członków, wykonywanych praktyk zawodowych).
3. Opiniowanie i przedstawianie wniosków w sprawie warunków wykonywania zawodów.
4. Opiniowanie warunków pracy i płacy.

5. Prowadzenie kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych.
6. Przewodniczenie i uczestnictwo przedstawicieli w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarek i położnych oraz na inne stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych.
7. Opiniowanie programów kształcenia zawodowego.
8. Orzekanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej.
9. Prowadzenie działalności edukacyjnej, naukowej, badawczej.
10. Udzielanie informacji na temat uznawania kwalifikacji zawodowych.
11. Organizowanie i prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla pielęgniarek i położnych.
12. Uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych będącymi obywatelami państw Unii Europejskiej, zamierzającymi wykonywać zawód w Polsce.

Jednostkami organizacyjnymi samorządu są jednostki centralne, naczelne i terenowe okręgowe tj. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych i Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych.

Kadencja organów izby trwa cztery lata i działają one do pierwszego posiedzenia nowo wybranych organów. Czynne i bierne prawo wyborcze przysługuje wszystkim pielęgniar-

kom i położnym za wyjątkiem tych osób wobec których orzeczono zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu lub zawieszono w prawie wykonywania zawodu.

Powyżej przedstawiono podstawowe informacje o samorządzie

zawodowym, które pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód wiedzę na przedstawiony temat przypomną, natomiast osobom, które już niedługo rozpoczną pracę w tych pięknych zawodach umożliwią zorientowanie się w ich podsta-

wowych zadaniach i roli jaką pełni samorząd zawodowy.

Radca prawny OIPiP w Olsztynie
Halina Domańska

KĄCIK KULINARNY

Dziś w naszym kąciku prezentujemy przepis na rogaliki Marii Danielewicz. Nie wiem czy nasza Pani Przewodnicząca często ma czas na pieczenie ciast, ale proszę mi wierzyć jak już coś upiecze to jest bardzo smaczne. Osobiście też wypróbowałam ten przepis, dość łatwo się robi a rogaliki szybko znikają z talerza. Chyba najlepiej robić z podwójnej porcji.

- 2 opakowania cukru waniliowego (porcja mała lub jedna duża)
- szczypta soli
- dżem, powidła, świeże jabłka jako nadzienie
- cukier puder do posypania



Rogaliki Basi

(tak nazywa rogaliki
Pani Maria Danielewicz)

Składniki:

- 0,5 kg mąki lub 3 szklanki (szklanka to 170g)
- 1 płaska łyżeczka proszku do pieczenia
- ½ kostki drożdży
- 5 łyżek mleka
- 2 jaja
- 1 margaryna

Wykonanie:

- Drożdże rozpuszczamy w zimnym mleku.
- Z mąki, cukru waniliowego, proszku do pieczenia, jajek oraz rozpuszczonej
- i lekko przestudzonej margaryny (nie wrzącej) zagniatamy ciasto. Składniki mają tworzyć jednolitą masę, nie trzeba długo zagniatąć.
- Gotowe ciasto wkładamy do lodówki na 2-3 godz. Po schłodzeniu formujemy rogaliki (ciasto kro-

imy w kwadraty ok. 4-5 cm, bliżej jednego rogu układamy konfiturę i od rogu zawijamy do środka)

- Pieczemy ok. 20 min w uprzednio nagrzanym piekarniku w temp 180-200 stopni C.
- Moje ulubione nadzienie to konfitura z płatków róży z konfiturą wiśniową.

Życzę smacznego,
Maria Danielewicz

PODZIĘKOWANIA

Człowiek jest tyle wart na ile jest w stanie pomóc drugiemu człowiekowi
Hanna Chrzanowska

Pani
Elżbiecie Wasilewskiej
- Pielęgniarce Przełożonej
Mazurskiego Centrum Zdrowia
Szpitala Powiatowego
w Węgorzewie.

*W związku z przejściem
na emeryturę, serdecznie dziękujemy
za lata owocnej pracy i duże
zaangażowanie na rzecz szpitala.
Życzymy spokojnych
i radosnych dni w zdrowiu, a czas
emerytury niech będzie pełen
szczęścia i uśmiechu.*

Z wyrazami szacunku
Pielęgniarki Mazurskiego Centrum
Zdrowia Szpitala Powiatowego
w Węgorzewie.

WAŻNA INFORMACJA

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie informuje, iż zgodnie z uchwałą Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 07 grudnia 2011 roku w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1. 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.
2. 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
3. 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw

bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt. 1-2.

Na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 stycznia 2013 wyliczona wysokość składki na 2013 rok wynosi 38,70 zł miesięcznie^[1]

Składka w kwocie 38,70 zł obowiązuje od 1 marca 2013r do 28 lutego 2014r

**SKARBNIK ORPiP w Olsztynie
DANUTA KOWALSKA**

[1] Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 stycznia 2013 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2012 r.

Na podstawie art. 7 ust 1. ustawy z dnia 17 lipca 1998 r. o pożyczkach i kredytach studenckich ogłasza się, że **przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2012 r. wyniosło 3875,35 zł.**

POZOSTANĄ W NASZEJ PAMIĘCI ...

„... czasami brak słów, czasami brak łez, by wypowiedzieć i wypłakać żal. Dziś te łzy, ten żal jest w nas...”

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że 30 maja 2013 roku w wieku 54 lat odeszła od nas na zawsze

MARIOŁA WYSOCKA

Pielęgniarka szkolna w Nidzicy.
Pozostanie w naszej pamięci jako życzliwa,
pełna radości i oddania koleżanka .

Rodzinie i bliskim wyrazy współczucia składają pielęgniarki Środowiskowo-Rodzinne oraz pielęgniarki, położne i pielęgniarki Szpitala w Nidzicy oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że 7 czerwca 2013 roku w wieku 38 lat zmarła po ciężkiej chorobie

AGATA ŚCIEGAJ

Pielęgniarka Domu Pomocy Społecznej w Bisztyнку.
Na zawsze pozostanie w naszych sercach
jako wspaniąta koleżanka.

Rodzinie i bliskim wyrazy współczucia składają pielęgniarki Domu Pomocy Społecznej w Bisztyнку oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie

WYDAWCA:

**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
REGIONU WARMII I MAZUR
Z SIEDZIBĄ W OLSZTYNIE**

* * *

Zespół redakcyjny:
Ewa Kamieniecka - redaktor naczelna
Maria Danielewicz - członek
Danuta Jurkowska - członek
Iwona Kacprzak - członek
Zofia Jurchyk - członek
Korekta - Ewa Kamieniecka

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania nadesłanych artykułów

* * *

**BIURO OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**
10-685 Olsztyn, ul. Krasickiego 6
tel./fax 89 541-22-67
e-mail: izba@oipip.olsztyn.pl
www.oipip.olsztyn.pl

Czynne:
poniedziałki-środy-czwartki 7.30 – 17.00
wtorki-piątki 7.30 – 15.30
pierwsze soboty miesiąca 9.00 – 14.00

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie,
10-685 Olsztyn ul. Krasickiego 6, PKO BP SA
52 1020 3541 0000 5302 0134 8853
(dotyczy składek)

Fundusz Zapomogowo - Pożyczkowy ORPiP,
10-685, ul. Krasickiego 6, PKO BP SA
89 1020 3541 0000 5402 0135 1824
(dotyczy spłat pożyczek zwrotnych)

DRUK:

Zakład Poligraficzny NIESTĘPSCY S.J.,
Olsztyn, tel./fax 534-83-92

INTER Polska to najlepsza ochrona ubezpieczeniowa Twoich indywidualnych potrzeb! To tradycja i doświadczenie 20 lat współpracy ze środowiskiem medycznym

Odpowiedzialność Cywilna a ubezpieczenie w życiu zawodowym i prywatnym

Wieloletnia współpraca ze środowiskiem pielęgniarek i położnych pokazała nam, że najlepsza jest kompleksowa ochrona ubezpieczeniowa, dlatego w kolejnych wydaniach przybliżymy Wam najważniejsze ryzyka, jakie pojawiają się w życiu zawodowym i prywatnym oraz jak chronić się przed nimi. Tematem, od którego zaczynamy cykl informacyjny jest odpowiedzialność Cywilna Pielęgniarki i Położnej.

Odpowiedzialność cywilna w zawodzie pielęgniarki i położnej

Zawód pielęgniarki i położnej, jako zawód zaufania społecznego obciążony jest dużym ryzykiem zawodowym. Stałe zaspokajanie potrzeb medycznych, pielęgnacja pacjentów, uczestnictwo w diagnozie i leczeniu, prowadzenie edukacji w zakresie profilaktyki narzucają dużą odpowiedzialność i niosą ze sobą ryzyko popełnienia błędów.

Pielęgniarka i położna odpowiadają za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jakie ubezpieczenie wybrać, aby zapewnić sobie kompleksową ochronę?

► ubezpieczenie obowiązkowe OC Pielęgniarek i Położnych

Jeżeli wykonujesz działalność leczniczą w formie indywidualnej, specjalistycznej lub grupowej praktyki, praktyki w miejscu wezwania, lub też w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem – potrzebujesz ubezpieczenia **obowiązkowego OC Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą**.

Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC, objęte są szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania osób objętych ubezpieczeniem, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wyrządzone przy wykonywaniu czynności zawodowych.

Suma gwarancyjna ubezpieczenia obowiązkowego OC dla pielęgniarek i położnych wynosi 30 000 Euro na jedno zdarzenie i 150 000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Obowiązkowe OC nie obejmuje szkód:

- wyrządzonych przez ubezpieczonego po pozbawieniu go prawa do wykonywania zawodu, a także w okresie zawieszenia prawa do wykonywania zawodu - chyba, że szkoda jest następstwem wykonywania zawodu przed pozbawieniem prawa do wykonywania zawodu lub zawieszenia;
- polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy,
- polegających na zapłacie kar umownych,
- powstałych wskutek działań wojennych, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

► dobrowolne ubezpieczenie OC Pielęgniarek i Położnych

Ubezpieczenie dobrowolne zapewnia ochronę z tytułu:

- szkód w mieniu,
- szkód z tytułu posiadania mienia,
- szkód wyrządzonych w związku z zawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o pracę (ważne dla zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w kontekście ich odpowiedzialności zgodnie z art. 119 i 120 KP).



Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki i położnej to odpowiedzialność za szkodę, jaką może ona wyrządzić pacjentowi w czasie wykonywania czynności zawodowych, w szczególności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Jest to także odpowiedzialność za szkodę powstałą wskutek niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

W ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu zawodowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne **gwarantujemy:**

- wysokie sumy gwarancyjne w standardzie,
- możliwość podwyższenia sumy gwarancyjnej w zależności od potrzeb,
- indywidualne dopasowanie zakresu ubezpieczenia,
- ochronę ryzyka przeniesienia chorób zakaźnych w tym HIV i WZW,
- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej najemcy nieruchomości,
- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i posiadania mienia,
- atrakcyjne rabaty dla pielęgniarek i położnych korzystających z naszych ubezpieczeń majątkowych i zdrowotnych.

TU INTER Polska S.A.
Oddział Olsztyn
ul. Żołnierska 16c, 10-561 Olsztyn
tel. 89 535 21 60

inter
UBEZPIECZENIA