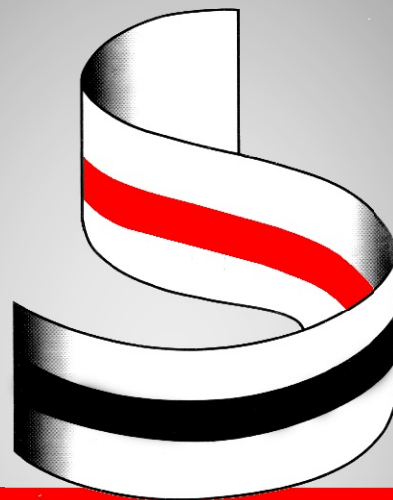


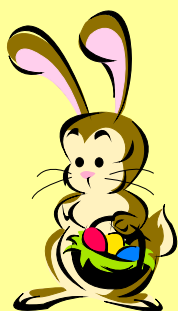
MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



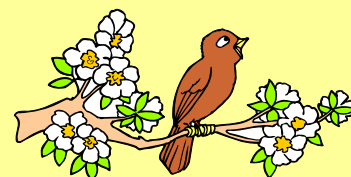
Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



*Zdrowych i pogodnych Świąt Wielkanocnych*

życzy  
wszystkim

**OIPiP**



**MARZEC 2008r**

CZĘSTOCHOWA, UL. KOPERNIKA 38

# W NUMERZE:

**Biuletyn informacyjny wydawany przez  
Okręgową Radę Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie**

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

## **Adres Redakcji:**

Siedziba Biura OIPiP w Częstochowie  
Ul. Kopernika 38  
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18  
www.oipip.czestochowa.prv.pl  
oipip.czestochowa@wp.pl

## **Redakcja:**

Redaktor Naczelny	Maria Szymanek
z-ca Redaktora Naczelnego	Halina Synakiewicz
Sekretarz Redakcji	Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

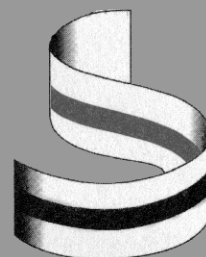
ISSN 1234-0049

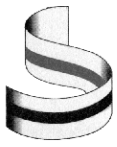
## **Skład i druk:**

Częstochowska Oficyna Wydawnicza  
„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13  
42-200 Częstochowa

<b>I OKRĘGOWY ZJAZD V KADENCJI</b>	<b>3</b>
<b>PLAN FINANSOWY NA 2008</b>	<b>4</b>
<b>KALENDARIUM</b>	<b>5</b>
<b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA</b>	<b>6</b>
<b>ROLA WYCHOWAWCZA PIELĘGNIARKI W PROCESIE PIELĘGNOWANIA (cz.2)</b>	<b>13</b>
<b>STANDARD PRZYGOTOWANIA CIĘŻARNEJ</b>	<b>18</b>
<b>STUDIA POMOSTOWE KRÓTSZE NIŻ SZEŚĆ SEMESTRÓW</b>	<b>19</b>
<b>DYŻUR BĘDZIE CZASEM PRACY</b>	<b>20</b>
<b>SZKOLENIA</b>	<b>20</b>
<b>KONFERENCJA</b>	<b>21</b>
<b>INFORMACJE</b>	<b>25</b>





## Informacja dla Delegata na I Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych V kadencji w Częstochowie w dniu 26 marca 2008 r

I Okręgowy Zjazd V kadencji Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zwołany jest Uchwałą Nr 19/V/7 07 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 14 grudnia 2007 roku, w **dniu 26 marca 2008 r o godz. 9.00**. Miejszem obrad Zjazdu będzie sala sesyjna Urzędu Miasta w Częstochowie ul.. Śląska.

Na podst. § 2 i § 3 Uchwały Nr 4/ V / 2007 I Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie V kadencji z dnia 08 listopada 2007 r uprzejmie informuję

1. Delegata na Zjazd obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniu Zjazdu i komisji zjazdowej.
2. Delegat może być członkiem tylko jednej komisji zjazdowej.
3. Wiarygodne usprawiedliwienie nieobecności na Zjeździe Delegat składa na piśmie w biurze Okręgowej Izby

w ustawowym terminie przed obradami zjazdu.

4. Delegaci na Zjazd i uczestnicy Zjazdu potwierdzają obecność na Okręgowym Zjeździe podpisami na listach obecności sporządzonych oddzielnie dla Delegatów każdego rejonu wyborczego.
5. Po podpisaniu listy obecności delegaci otrzymują mandaty, którymi poprzez podniesienie oddają głos w głosowaniu jawnym.
6. Za nieusprawiedliwioną nieobecność lub nie uzasadnione wcześniejsze opuszczenie obrad delegat może być obciążony proporcjonalną częścią kosztów.

**Komitet Organizacyjny Zjazdu**

## Regulamin obrad IV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie V kadencji w dniu 26 marca 2008 r

1. Warunkiem zabrania głosu będzie uprzednio pisemne zgłoszenie wystąpienia do sekretarza okręgowego zjazdu z podaniem imienia, nazwiska oraz tematu na jaki delegat chce zabrać głos.
2. Czas trwania wypowiedzi 3 minuty.
3. Zabierając głos, delegat winien zbliżyć się do mikrofonu wg kolejności zgłoszeń podać numer mandatu oraz imię i nazwisko.
4. Przewodniczący zjazdu odbierze przemawiającemu głos w przypadku przekroczenia limitu czasu.
5. Zgłoszenie wniosków do rozpatrzenia przez zjazd należy przygotować w zwięzłej formie kierując do komisji uchwał i wniosków.
6. Uczestnik zjazdu nie może zabierać głosu w dyskusji nad tą samą sprawą więcej niż dwa razy, chyba że do kolejnego zabrania głosu wezwie go przewodniczący.
7. Przewodniczący zjazdu udziela głosu delegatowi poza porządkiem obrad i poza kolejnością jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania.
8. Przewodniczący zjazdu może zwrócić uwagę zabierającemu głos, który w swoim wystąpieniu odbiega od przedmiotu obrad określonego w porządku obrad, a po dwukrotnym zwróceniu uwagi może odebrać przemawiającemu głos.

9. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o :

- 1/ przerwanie, odroczenie lub zamknięcie posiedzenia,
- 2/ uchwalenie tajności posiedzenia,
- 3/ zamknięcie listy mówców,
- 4/ zamknięcie dyskusji,
- 5/ odesłanie do komisji celem rozpatrzenia i opracowania,
- 6/ głosowanie bez dyskusji,
- 7/ zmianę porządku obrad,
- 8/ przeprowadzenie głosowania,
- 9/ głosowanie imienne,
- 10/ ograniczenie czasu przemówienia,
- 11/ sprawdzenie quorum,
- 12/ reasumpcję głosowania,
- 13/ uchwalenie tajności głosowania, 14/ zamknięcie listy kandydatów.

Zjazd rozstrzyga o wniosku formalnym po wysłuchaniu wnioskodawcy i ewentualnie jednego głosu przeciwnego.

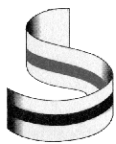
Głosowanie jawne odbywa się przez podniesienie ręki z mandatem.

**Przewodniczący Zjazdu**



\*\*\*\*\*

WYSZCZEGÓLNIENIE	RAZEM	DZ.STAT	BUDŻET
I	2	3	4
<b>1. Wpływy</b>			
1. Stan środków finansowych	85.745,99	85745,99	-
2. Składki członkowskie	630.000,00	630.000,00	-
3. Planowana dotacja budżetowa	50.000,00	-	50 000,00
4. Pozostałe wpływy	40.000,00	40.000,00	-
<b>Ogółem wpływy</b>	<b>805.745,99</b>	<b>755.745,99</b>	<b>50.000,00</b>
<b>II. Wydatki</b>			
1. Działalność biura O.I.P.i.P	517 400,00	467 400,00	50000,00
- Materiały i wyposażenie	12.000,00	12.000,00	-
- Materiały biurowe i druki	4.000,00	3.700,00	300,00
- Środki czystości	2.500,00	2.300,00	200,00
- Prenumerata	10.000,00	10.000,00	-
- Opłaty pocztowe i telekom.	8.000,00	7.000,00	1.000,00
- Naprawy i konserwacje	2.000,00	2.000,00	-
- Czynsz, energia i woda	25.000,00	21.500,00	3.500,00
- Prowizje i opłaty bankowe	2.000,00	2.000,00	-
- Usługa prawna i informatyczna	23000,00	23.000/00	-
- Podatki i opłaty	900,00	900,00	-
- Wynagrodzenia i pochodne	415000,00	370000,00	45000,00
- Bezosobowy fundusz płac	11000,00	11000,00	-
- Koszty podróży	1.500,00	1.500,00	-
- Pozostałe wydatki	500,00	500,00	—
2. Wydatki org. Rada, Komisje i Pełnomocnicy	8.000,00	8.000,00	-
3. Koszty reprezentacyjne	500,00	500,00	-
4. Działalność wydawniczo - org.-educ. i informac.	35.000,00	35.000,00	-
5. Koszty szkolenia	150.000,00	150000,00	-
6. Składki 6% na NIPiP W-wa	39600,00	39600,00	-
7. Fundusz ratowania życia i wypadków losowych	15000,00	15000,00	-
8. Koszty zjazdu.	4000,00	4000,00	-
9. Rezerwa do dyspozycji Okręgowej Rady	36245,99	36245,99	-
<b>Ogółem wydatki</b>	<b>805.745,99</b>	<b>755.745,99</b>	<b>50.000,00</b>



## KALENDARIUM od 12.01.2008 ROK

**12.II.** - Na podstawie Zarządzenia Nr 86/08 Prezydenta Miasta Częstochowy z dnia 1 lutego 2008 roku, Pani Halina Synakicwicz została powołana do składu Komisji opiniującej kandydatury do Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im dra. Władysława Biegańskiego w dziedzinie ochrony zdrowia na rok 2008.

Dnia 12.02.2008 roku Przewodnicząca OIPIP uczestniczyła w pierwszym spotkaniu w/w Komisji.

**13.II.** - W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji zaopiniowano projekty:

- Projekt Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - zwiększenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do 13%
- Projekt Rozporządzenia MZ zmieniający rozporządzenie w sprawie wymagań jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne
- Projekt o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej
- Projekt zmiany Rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z propozycjami NRPiP
- Projekt Rozporządzenia MZ zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyści

**20.II.** - Przewodnicząca OIPIP uczestniczyła tego dnia w kolejnym spotkaniu Komisji opiniującej kandydatury do Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im dra. Władysława Biegańskiego.

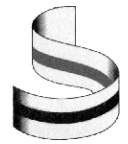
**21.II.** - W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji ds. Kwalifikowania i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych :

- o zakwalifikowanie złożyły 22 pielęgniarki wnioski rozpatrzone pozytywnie o dofinansowanie złożyły 4 osoby- przyznano ogółem kwotę 1350 zł

**21.II.** - Przewodnicząca OIPIP uczestniczyła tego dnia w kolejnym spotkaniu komisji opiniującej kandydatury do nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im dra. Władysława Biegańskiego. Celem spotkania było podsumowanie głosowania oraz podpisanie protokołu końcowego listy osób wytypowanych do nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy. Wręczenie nagród odbędzie się 07.04.2008 roku.

**22.II.** - W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP, na którym podjęto jedenaście uchwał oraz omówiono sprawy bieżące izby.

**28.II.** - Przewodnicząca OIPIP uczestniczyła w spotkaniu w-ce Prezydenta Miasta J. Betnarskiego



## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 7 listopada 2007 r.

**w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego**

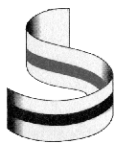
(Dz. U. z dnia 14 listopada 2007 r.)

Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** 1. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego:

- 1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:
  - a) prowadzenie poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do człowieka chorego i jego rodziny,
  - b) psychoedukację chorych z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
  - c) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia dorosłych oraz dzieci zdrowych,
  - d) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia dzieci chorych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego,
  - e) prowadzenie poradnictwa w zakresie sprawowania opieki nad dziećmi z grup dyspenseryjnych, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania lub uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego,
  - f) pielęgnację skóry i błon śluzowych z zastosowaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
  - g) wykonywanie szczepień ochronnych w ramach kalendarza szczepień i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawianie związanych z tym zaświadczeń, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
  - h) organizację izolacji chorych zakaźnie w miejscach publicznych i w warunkach domowych;
- 2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:
  - a) wykonywanie badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
  - b) wykonywanie badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
  - c) kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiałów do badań diagnostycznych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
  - d) kierowanie na badania lub pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

- e) wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
  - f) oznaczanie glikemii za pomocą glukometru,
  - g) wykonywanie badań przesiewowych oraz kierowanie do lekarzy, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania lub w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego),
  - h) wykonywanie EKG, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
  - i) wykonywanie pulsoksymetrii,
  - j) wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnometrii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,
  - k) ocenę wydolności oddechowej metodą spirometrii.
- l) wstępną ocenę ciężkości urazów i organizację bezpiecznego transportu chorego,
- m) ocenę stopnia i powierzchni oparzeń oraz podjęcie działań leczniczych w ramach pomocy przedlekarskiej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- n) ocenę stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- o) ocenę poziomu znieczulenia pacjenta oraz relaksometrię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,
- p) prowadzenie bilansu wodnego,
- q) ocenę stopnia przewodnienia pacjenta dializowanego, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- r) ocenę i monitorowanie bólu oraz innych objawów u przewlekle chorych objętych opieką paliatywną oraz ocenę wydolności fizycznej chorego, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- s) ocenę jakości życia chorego objętego opieką paliatywną, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;
- 3) świadczeń leczniczych obejmujących:
  - a) ustalanie diety w żywieniu ludzi chorych w oparciu o obowiązujące w tym zakresie wytyczne,
  - b) dobór i wykorzystanie różnych technik karmienia u chorych,
  - c) zakładanie zgłębnika do żołądka i odbarczenie treści,
  - d) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,
  - e) zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika,
  - f) płukanie pęcherza moczowego,
  - g) wykonywanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa, wlewka, kroplówka),
  - h) dobór sposobów i opatrywanie oparzeń, ran, odleżyn (do III<sup>o</sup> włącznie) oraz przetok, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
  - i) zdejmowanie szwów, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
  - j) doraźne podawanie tlenu,
  - k) tlenoterapię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
  - l) wykonywanie inhalacji,
  - m) stosowanie baniek lekarskich,
  - n) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych,
  - o) podawanie dożylnie leków oraz kroplowe przetaczanie



dożylnie płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo-oddechowej według obowiązujących standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

p) doraźną modyfikację stałej dawki leczniczej insuliny krótkodziałającej,

q) kroplowe przetaczanie dożylnie płynów, podawanie dożylnie leków (Heparinum, Natrium Chloratum 0,9 %, Glucosum 5 %, Natrium Chloratum 10 %, Calcium 10 %) oraz modyfikację ich dawki, w trakcie trwania dializy, zgodnie z planem leczenia ustalonym dla danego pacjenta oraz obowiązującymi w danym zakładzie opieki zdrowotnej standardami, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

r) doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów (duszność, nudności, wymioty, lęk, delirium) u chorych objętych opieką paliatywną, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

s) podawanie na zlecenie lekarskie dożylnie, zewnątrzoponowe i podskórne leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych objętych opieką paliatywną, z uwzględnieniem nowoczesnych technik (stosowanie analgezji sterowanej przez chorego - PCA, ciągłego podawania leków i płynów podskórnie przy użyciu zestawu "Butterfly" oraz infuzorów), pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

t) przygotowanie chorych (i ich rodzin) leczonych metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja - do współdziałania w prowadzonym leczeniu, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

u) wykonywanie intubacji dotchawiczej w sytuacjach nagłych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

w) wykonywanie defibrylacji, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

x) zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowanie chorego do transportu,

y) zlecenie transportu chorego,

z) prowadzenie psychoterapii podstawowej oraz wykorzystanie elementów psychoterapii kwalifikowanej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;

4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących:

a) prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,

b) prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi),

c) prowadzenie aktywizacji podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

d) prowadzenie terapii kreatywnej i rehabilitacji chorych wymagających opieki paliatywnej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

e) prowadzenie instruktażu w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

f) prowadzenie instruktażu w zakresie hartowania i kształtowania kikuta amputowanej kończyny, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

g) rehabilitację podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

h) wnioskowanie o objęcie opieką społeczną, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego).

2. Rodzaje badań diagnostycznych i materiałów do tych badań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. c, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

**§ 2.** Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 oraz z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

1) ocenę stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i podjęcia decyzji o prowadzeniu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych;

2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla jego stanu zdrowia lub odniesionych obrażeń;

3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci według standardów ogłoszonych w obwieszczeniu wydanym na podstawie art. 43 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;

5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:

a) rurki ustno-gardłowej,

b) rurki nosowo-gardłowej,

c) maski krtaniowej,

d) rurki krtaniowej,

e) konikopunkcji, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

6) odsysanie dróg oddechowych;

7) podjęcie tlenoterapii biernej lub wspomaganego oddechu lub wentylacji zastępczej powietrzem lub tlenem:

a) ręcznie - z użyciem:

– maski twarzowej,

– zastawki jednokierunkowej i worka oddechowego,

b) mechanicznie - z użyciem respiratora;

8) intubację dotchawiczą w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzymaniu krążenia przez usta lub przez nos, bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej;

9) wykonanie EKG;

10) wykonanie defibrylacji ręcznej na podstawie EKG;

11) wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej;

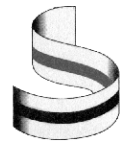
12) monitorowanie czynności układu oddechowego;

13) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;

14) wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;

15) wykonanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

16) podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, dotchawiczą, doustną, doodbytniczą i wziewną oraz doszpikową, przy użyciu gotowego zestawu (podawanie leków drogą doszpikową pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego);



17) odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

18) oznaczanie poziomu parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu, w tym w szczególności:

- a) poziomu glukozy w surowicy,
  - b) poziomu elektrolitów w surowicy,
  - c) badania gazometrycznego krwi włósniczkowej;
- 19) opatrywanie ran;
- 20) tamowanie krwotoków;

21) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;

22) odebranie porodu nagłego w warunkach pozaszpitalnych;

23) segregację medyczną w rozumieniu art. 43 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

24) podejmowanie działań zabezpieczających w celu ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia;

25) przygotowanie pacjenta i opieka medyczna podczas transportu przez zespół ratownictwa medycznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

**§ 3.** Pielęgniarka, o której mowa w § 2, wykonująca określone w rozporządzeniu medyczne czynności ratunkowe jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.

**§ 4.** W związku z samodzielnym wykonywaniem świadczeń leczniczych pielęgniarka jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia.

**§ 5. 1.** Pielęgniarka zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej informuje bez zbędnej zwłoki lekarza o samodzielnym wykonaniu świadczeń wymienionych w § 1 oraz o podanych lekach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do pielęgniarki wykonującej opiekę nad pacjentem poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

**§ 6. 1.** Położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie:

1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

- a) sprawowanie opieki przedkoncepcyjnej nad kobietą w celu przygotowania jej do świadomego planowania rodziny, sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem,
- b) prowadzenie poradnictwa w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- c) prowadzenie czynnego poradnictwa w odniesieniu do kobiet ciężarnych oraz kierowanie do lekarzy specjalistów,
- d) przygotowanie kobiet do prowadzenia samoobserwacji we wszystkich okresach życia w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka schorzeń nowotworowych,
- e) prowadzenie czynnego poradnictwa w odniesieniu do kobiet ze schorzeniami ginekologicznymi,

f) ustalanie diety w poszczególnych okresach życia kobiety, w ciąży fizjologicznej i ciąży wysokiego ryzyka,

g) przeprowadzanie wizyt patronażowych u położnicy i noworodka (niemowlęcia),

h) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia noworodków i niemowląt zdrowych,

i) pielęgnację skóry i błon śluzowych z zastosowaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,

j) wykonywanie szczepień ochronnych u noworodków w ramach kalendarza szczepień, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;

2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

a) pobieranie materiałów do badań i wykonywanie testów diagnostycznych:

– ciążowego,

– na obecność białka w moczu,

– oznaczenie poziomu glukozy we krwi,

b) kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiałów do badań diagnostycznych,

c) pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wydzielina z dróg rodnych, inne wydzieliny),

d) wykonywanie badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

e) wykonywanie badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka,

f) wykonywanie i interpretację badań służących do oceny stanu zdrowia płodu i ciężarnej, polegających na:

– badaniu położniczym zewnętrznym,

– badaniu położniczym wewnętrznym,

– kardiokografii,

g) wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania: gazometrii, kapnometrii, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

h) wykonywanie pulsoksymetrii,

i) ocenę stanu świadomości chorej z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

j) wykonywanie EKG, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

k) prowadzenie bilansu wodnego;

3) świadczeń leczniczych obejmujących:

a) prowadzenie i przyjęcie porodu fizjologicznego,

b) prowadzenie porodu w wodzie, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

c) nacięcie, znieczulenie miejscowe i szycie krocza naciętego oraz pękniętego I° według obowiązujących standardów postępowania,

d) wykonywanie zabiegu Credego u noworodka,

e) zdjęcie szwów z krocza,

f) płukanie pochwy,

g) wykonywanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa, wlewka, kroplówka),

h) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,

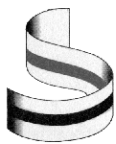
i) stosowanie baniek lekarskich,

j) wykonywanie inhalacji,

k) doraźne podawanie tlenu,

l) tlenoterapię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,





# ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA



- m) zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika,  
n) płukanie pęcherza moczowego,  
o) dobór sposobów i opatrywanie ran, odleżyn (do III° włącznie), pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,  
p) zdejmowanie szwów z ran pooperacyjnych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,  
q) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych,  
r) podawanie dożylnie leków oraz kroplowe przetaczanie dożylnie płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo-oddechowej według obowiązujących standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,  
s) doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego w leczeniu choroby nowotworowej u chorych przewlekle, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,  
t) wykonywanie intubacji dotchawiczej w sytuacjach nagłych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,  
u) wykonywanie defibrylacji, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,  
w) udzielanie pomocy położniczej w nagłych przypadkach przed przybyciem lekarza:  
– udzielanie pomocy ręcznej w porodach miednicowych,  
– ręczne wydobywanie łożyska w przypadku krwotoku (masaż macicy, zabieg Credego),  
– tamponowanie pochwy w przypadku pęknięcia szyjki macicy,  
– obrót wewnętrzny w przypadku porodu bliźniaczego, gdy po urodzeniu się pierwszego płodu drugi znajduje się w położeniu poprzecznym, a zawiodła próba wykonania obrótu zewnętrznego,  
x) zlecenie transportu chorego;  
4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących:  
a) ćwiczenia usprawniające w ciąży, połogu i schorzeniach ginekologicznych,  
b) prowadzenie rehabilitacji przyłożkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,  
c) prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi),  
d) aktywizację podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.
2. Rodzaje badań diagnostycznych i materiałów do tych badań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. b, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

**§ 7.** W związku z samodzielnym wykonywaniem świadczeń leczniczych położna jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych przypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku braku możliwości interwencji lekarskiej, gdy zwłoka w ich podaniu stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia matki lub dziecka - również leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia.

**§ 8.** 1. Położna zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej informuje bez zbędnej zwłoki lekarza zatrudnionego w tym zakładzie o samodzielnym wykonaniu świadczeń wymienionych w § 6 oraz o podanych lekach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do położnej sprawującej opiekę nad pacjentem poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

**§ 9.** Pielęgniarka, położna przy podejmowaniu czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego.

**§ 10.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116, poz. 750).

**§ 11.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029, z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 92, poz. 885 i Nr 173, poz. 1808, z 2005 r. Nr 175, poz. 1461 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1237.

## ZAŁĄCZNIKI ZAŁĄCZNIK Nr 1 RODZAJE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I RODZAJE MATERIAŁÓW DO TYCH BADAŃ POBIERANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKĘ

Rodzaj materiału	Rodzaj badania
krew	morfologia
	OB
	cukier
	jonogram
	mocznik
	kreatynina
	cholesterol
mocz	Hbs
	czas krzepnięcia*
kał	obecność HCV, HIV*
	badanie ogólne
plwocina	pasożyty
	krew
	BK

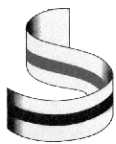
\* dotyczy wyłącznie chorych dializowanych



## ZAŁĄCZNIK Nr 2

WYKAZ LEKÓW PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ PIELEŃNIARKĘ DORAŹNIE W NAGŁYCH WYPADKACH BEZ ZLECENIA LEKARZA

Lp.	Nazwa leku	Postać	Droga podania
1	2	3	4
1	Acetylsalicylic acid	tabletki od 0,3 do 0,5 g	doustnie
2	Amiodarone	roztwór do wstrzyknięcia 150 mg/3 ml	dożylnie, doszpikowo
3	Atropinum sulfuricum	roztwór do wstrzyknięcia (0,5 mg/ml; 1 mg/ml)	domięśniowo, podskórnio, dożylnie, dotchawiczo, doszpikowo
4	Captoprilum	tabletki 12,5 mg	doustnie
5	Clemastine	roztwór do wstrzyknięcia 2 mg/2 ml	domięśniowo
6	Clonazepamum	roztwór do wstrzyknięcia 1 mg/ml	domięśniowo, dożylnie
7	Diazepam	roztwór do wstrzyknięcia lub wlewka doodbytnicza (do 10 mg/2 ml)	domięśniowo, dożylnie, doszpikowo, doodbytnicza
8	Drotaverini hydrochloridum	roztwór do wstrzyknięcia 20 mg/1 ml	domięśniowo, dożylnie, podskórnio
9	Epinephrine bitartrate	roztwór do wstrzyknięcia (1 mg/ml)	domięśniowo, podskórnio, dożylnie, doszpikowo, dotchawiczo
10	Flumazenil	roztwór do wstrzyknięcia 500 Tg/5 ml	dożylnie, doszpikowo
11	Furosemide	roztwór do wstrzyknięcia (20 mg/2 ml)	domięśniowo, dożylnie, doszpikowo
12	Glucagon hydrochloride	roztwór do wstrzyknięcia 1 mg/fiolka + rozpuszczalnik	domięśniowo
13	Glucosum 20%	roztwór do wstrzyknięcia dożylnego (200 mg/ml)	dożylnie, doszpikowo
14	Glucosum 5%	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie, doszpikowo
15	Glyceryl trinitrate	tabletki 0,5 mg, aerozol do stosowania podjęzykowego	podjęzykowo
16	Hydrocortisone lub Methylprednisolone	roztwór do wstrzyknięcia (Hydrocortisone 100 mg/ml, 250 mg/2 ml; Methylprednisolone 500 mg/fiolka, 1 g/fiolka)	dożylnie, doszpikowo
17	Magnesii sulfuricum	roztwór do wstrzyknięcia 2 g/10 ml	dożylnie, doszpikowo
18	Ketoprofen	roztwór do wstrzyknięcia 100 mg/2 ml	domięśniowo, dożylnie, doszpikowo
19	Lignocainum hydrochloricum	roztwór do wstrzyknięcia 100 mg/2 ml	dożylnie, dotchawiczo, doszpikowo
20	Midazolam po konsultacji z lekarzem	roztwór do wstrzyknięcia 5 mg/amp.	domięśniowo, dożylnie, doszpikowo
21	Metodopramidum	roztwór do wstrzyknięcia 10 mg/2 ml	dożylnie, domięśniowo, doszpikowo
22	Morphine sulphate	roztwór do wstrzyknięcia (10 mg/ml; 20 mg/ml)	domięśniowo, podskórnio, dożylnie, doszpikowo
23	Naloxonum hydrochloricum	roztwór do wstrzyknięcia (400 Tg/ml)	domięśniowo, podskórnio, dożylnie, doszpikowo, dotchawiczo
24	Natrium chloratum 0,9%	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie, doszpikowo
25	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie, doszpikowo
26	Salbutamol	aerozol wziewny w roztworze do nebulizacji	wziewnie
27	Solutio Ringeri	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie, doszpikowo
28	Tlen	gaz	wziewnie, dotchawiczo



## ZAŁĄCZNIK Nr 3

WYKAZ LEKÓW, DO KTÓRYCH PODAWANIA CHOREMU BEZ ZLECENIA LEKARZA JEST UPRAWNIONA PIELEŃNIARKA I POŁOŚNA\*

Lp.	Grupa leków	Nazwa leku**	Postać	Droga podania (wskazania)
1	2	3	4	5
1	Leki przeciwbólowe	Paracetamolum	tabl., syrop, czopek	doustnie, doodbytniczo
		Metamizolum Natricum	tabl., czopek	doustnie, doodbytniczo
2	Leki miolityczne	Drotaverini Hydrochloridum	tabl.	doustnie
		Vegantalgin	tabl., czopek	doustnie, doodbytniczo
		Tolargin	czopek	doodbytniczo
3	Leki przeciwgorączkowe	Paracetamolum	tabl., czopek	doustnie, doodbytniczo
		Metamizolum Natricum	tabl., czopek	doustnie, doodbytniczo
		AC. Acetylsalicylicum	tabl.	doustnie
		AC. Acetylsalicylicum c. Acidum Ascorbicum	tabl.	doustnie
4	Leki przeczyszczające	Suppositoria Glyceroli	czopek	doodbytniczo
		Altra	draż.	doustnie
		Alax	draż.	doustnie
5	Leki przeciwbiegunkowe	Carbo medicinalis	tabl.	doustnie
		Tanninum Albuminatum	tabl.	doustnie
6	Leki nasenne/uspokajające	Hydroxyzinum	draż., syrop	doustnie
		Neospasmina	płyn	doustnie
		Tinctura Valerianae	płyn	doustnie
7	Leki podwyższające stężenie glukozy we krwi	Glucagoni Hydrochloridum	amp., fiolka	dożylnie, domięśniowo
		Glucosum 20%	amp.	doraźnie w przypadku niedocukrzenia
8	Leki stosowane w niewydolności wieńcowej serca	Glyceroli Trinitras	tabl.	pod język doraźnie w zaostrzeniu objawów choroby

\* W podstawowej dawce terapeutycznej według obowiązujących zasad dawkowania.

\*\* Dotyczy leków zarejestrowanych w Rzeczypospolitej Polskiej.

## ZAŁĄCZNIK Nr 4

RODZAJE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I RODZAJE MATERIAŁÓW DO TYCH BADAŃ POBIERANYCH PRZEZ POŁOŚNĄ

Rodzaj materiału	Rodzaj badania
krw	morfologia
	cukier
	test obciążenia glukozą
	przeciwciiała anty Rh
	Hbs
	odczyn serologiczny w kierunku ki ły
	test na fenyloketonuri ę
	test na hypotyreoze ę
mocz	badanie ogólne
wydzielina z dróg rodnych	GC i stopień czystości pochwy,
	cytologia szyjki macicy



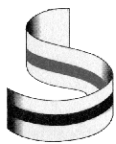
## ZAŁĄCZNIK Nr 5

### WYKAZ LEKÓW, DO KTÓRYCH PODAWANIA CHOREMU JEST UPRAWNIONA POŁOŻNA\*

Lp.	Grupa leków	Nazwa leku**	Postać	Droga podania	Wskazania			
1	Hormony tylnego płata przysadki	Oxytocinum	amp.	dożylnie	stymulacja czynności skurczowej macicy w III okresie porodu			
				na błonę śluzową nosa	trudności w odpływie pokarmu w okresie połoгу			
2	Leki oksytotyczne	Demoxytocinum	tabl.	pod język	krwawienie poporodowe i hipotonia mięśnia macicy			
					trudności w odpływie pokarmu w okresie połoгу			
					Methylergometrini Maleas	amp.	dożylnie, domięśniowo	poporodowa atonia macicy
								krwawienie poporodowe
				ręczne usunięcie łożyska				
3	Leki miolityczne	Papaverini Hydrochloridum	amp.	dożylnie, domięśniowo	nadmierna czynność skurczowa mięśnia macicy			
		Drotaverini Hydrochloridum	tabl., amp.	domięśniowo	nadmierna czynność skurczowa mięśnia macicy			
4	Leki parasympatykolityczne	Hyoscini Butylbromidum	amp., draż., czopek	dożylnie, doustnie, doodbytniczo	nadmierna czynność skurczowa mięśnia macicy			
5	Leki działające depresyjnie na OUN	Magnesii Sulfas	amp.	dożylnie	stan przedrzucawkowy, rzucawka			

\* W podstawowej dawce terapeutycznej według obowiązujących zasad dawkowania.

\*\* Dotyczy leków zarejestrowanych w Rzeczypospolitej Polskiej.



# Rola wychowawcza pielęgniarki w procesie pielęgnowania

cz. II

Małgorzata Mikołajczyk

## KONCEPCJA DOROTHEI OREM.

Wśród licznych teorii pielęgniarskich spotykamy współcześnie dość liczne postulaty jak największej samodzielności pacjenta. Jednak bez wątplenia autorką radykalnego modelu podchodzenia do zdrowia i do choroby jest Dorothea Orem. W stworzonej przez nią koncepcji kluczowe miejsce zajmuje pojęcie **samopielęgnacji**. Nie chodzi oczywiście o to, aby pacjent "sam się pielęgnował". Dorothea Orem uważa natomiast, że: **"Człowiek posiada naturalną zdolność troszczenia się o siebie samego. Fakt pielęgnowania własnej osoby odbija się pozytywnie na moim zdrowiu. Zdaję sobie sprawę i doceniam, jak wielkim dobrem jest zdrowie."** Co te słowa oznaczają dla praktyki pielęgniarskiej? Otóż pielęgnując człowieka chorego i niepełnosprawnego, w myśl przedstawianej koncepcji przede wszystkim staramy się odnaleźć i uaktywnić to, co można określić jako **siły samouzdrawiania** pacjenta. Samopielęgnacja jest sumą tych wszystkich czynności, jakie człowiek wykonuje codziennie dla zapewnienia sobie normalnego funkcjonowania i rozwoju. W jakim zakresie dana jednostka potrzebuje aktywności regulujących codzienną egzystencję, zależy przede wszystkim od wieku, stadium rozwoju, stanu zdrowia, czynników wynikających z otoczenia i środowiska życia, a także od efektów interwencji medycznych podejmowanych wobec tej osoby.

Obowiązki pielęgniarki można scharakteryzować w następujący sposób: Jest to intensywny kontakt pielęgnacyjny z pacjentem, który nie potrafi starać się o siebie samego. Celem jest taka pomoc, dzięki której ten człowiek odzyska zdrowie, aby być samodzielnym. Zatem pielęgnacja to troszczenie się o drugiego człowieka i pomaganie mu; to tworzenie takiej relacji międzyludzkiej, aby pacjent osiągnął stan zdrowia, będący synonimem samodzielności. Orem mówi o "sztuce pielęgnacji", w której reaguje się na ograniczenia zdrowotne pacjenta:

- robiąc coś dla niego,
- pomagając mu, aby sam zrobił coś dla siebie,
- ucząc go, jak może sobie pomóc.

Orem rozwijając swoją teorię już od 1959 roku, nawiązuje do **aktywności codziennego życia**. Używa przy tym terminu **potrzeby samopielęgnacyjne**. Pojęcie to oznacza korzystanie z następujących zróżnicowanych czynników i możliwości: powietrze, woda, pożywienie, wydalanie, aktywność, odpoczynek, dobrowolna samotność, interakcja socjalna, unikanie niebezpieczeństw, wspomaganie funkcjonowania jako osoby. W sieci socjalnej każdy człowiek jest zdolny do samopielęgnacji i dokłada swoją część do

tworzenia tych możliwości dla innych. Jeżeli jednak choroba lub niepełnosprawność spowoduje, że w tej sieci pojawią się osoby wymagające nowego rodzaju pielęgnacji i opieki, to dotychczasowe stosunki międzyludzkie muszą zostać ponownie uporządkowane. Dorothea Orem zaleca refleksję nad zakresem niezbędnej pielęgnacji i posługuje się w tym celu trzema rodzajami systemu pracy pielęgniarskiej:

## 1. System pielęgnacji w pełni kompensacyjnej

Pacjent ujawnia zaawansowane deficyty w zakresie samopielęgnacji. Deficytom tym może zaradzić jedynie terapeutyczna obecność pielęgniarki, kompensującej niemożność ze strony pacjenta. Pielęgniarka zarówno pomaga podopiecznemu, jak i ochrania go przed zagrożeniami wpływającymi z choroby.

## 2. System pielęgnacji częściowo kompensacyjnej

Możemy o nim mówić wtedy, jeżeli aktywna jest zarówno pielęgniarka, jak i pacjent. Cel stanowi optymalne wykorzystanie i wspomaganie u chorego możliwości samopielęgnacji. Pacjent samodzielnie wykonuje pewne czynności, po części decyduje o przeprowadzanych przy nim zabiegach i akceptuje pomoc otrzymywaną od pielęgniarki. Interwencja pielęgniarki dotyczy tylko tych zakresów, gdzie rzeczywistość występują deficyty. Pielęgniarka bierze przy tym pod uwagę opinię pacjenta, według której pewna pomoc jest niezbędna, ale inna zbyteczna. Zasadę tego rodzaju kompensacji można streścić hasłem: tak dużo, jak jest to niezbędne - tak mało, jak jest to możliwe. Tylko w ten sposób udaje się zagwarantować prawdziwą autonomię pacjenta. To on sam musi być "reżyserem" procesu pielęgnacji, gdyż najlepiej zna swoje własne potrzeby samopielęgnacyjne oraz potrafi obiektywnie ocenić, do czego jest faktycznie zdolny.

## 3. System pielęgnacji wspomagająco-pedagogicznej

Ten wariant dotyczy sytuacji, w których pacjent jest w stanie przeprowadzać zabiegi pielęgnacyjne i terapeutyczne, względnie powinien się tego nauczyć, ale nie może obejść się przy tym bez pomocy drugiej osoby. W tych uwarunkowaniach znajdują się pacjenci, dla których przewlekła choroba stała się częścią życia. Jednak nawet wówczas deficyty zdrowotne nie powinny wpływać negatywnie na integralność osoby chorego. Choroba nie może mieć tak determinującego charakteru, żeby nie dało się na innym torze życia wypracować czegoś, co



byłoby źródłem przynajmniej częściowego zadowolenia.

Dorothea Orem podkreśla ogromną rolę pielęgniarki. Rola ta nie kończy się na praktycznym działaniu na rzecz pacjenta i wykonywaniu zabiegów pielęgniarskich, lecz zawiera w sobie również: kierowanie, uczenie, wspomaganie i te wszystkie aktywności, które wpływają na korzystne przemiany w życiu i w bezpośrednim otoczeniu podopiecznego. Pielęgniarka najpierw musi zaktywizować swój własny wyuczony potencjał pomocowy i zdolności pielęgniarskie (kompetencje zawodowe), aby następnie w procesie interakcji z pacjentem wypracować teoretycznie i praktycznie system pielęgnacji konkretnego przypadku.

Podajmy teraz przykład zastosowania wszystkich trzech systemów kompensacyjnych w odniesieniu do jednego i tego samego przypadku.

\* Pacjent w podeszłym wieku, z początkami otępienia, nie ma motywacji ani siły do przeciwdziałania nasilającym się symptomom somatycznym.

**ad 1.** Rodzina chorego i personel pielęgniarski troszczy się o to, aby do już istniejących dolegliwości fizycznych nie doszły żadne nowe, będące wynikiem błędu lub zaniedbania. Motywujemy pacjenta do możliwie daleko idącej samodzielności, pomimo występowania bólu. Łagodzimy symptomy adekwatną terapią.

**ad 2.** Zachęcamy pacjenta do przyjmowania pożywienia w ilości i jakości podtrzymującej zdrowie. Dbamy o wystarczający ruch i inne aktywności fizyczne. Zwracamy przy tym uwagę na dotychczasowe przyzwyczajenia i upodobania chorego. Wspomagamy bezpieczne przejawy samodzielności i zachęcamy go do nich.

**ad 3.** Informujemy podopiecznego o celach stosowanych wobec niego działań. Ich zakres uzależniamy od aktualnego stanu pacjenta, dopasowujemy się do jego możliwości i potrzeb, a jednocześnie zwracamy uwagę, aby we właściwym czasie otrzymał specjalistyczną pomoc, mógł uczestniczyć w terapii, korzystać ze sprzętu pomocniczego i ortopedycznego itd.

Dorothea Orem umiejscawia samopielęgnację w systemie całego życia istoty ludzkiej. Aby człowiek był do tego życia zdolny, musi posiadać też **zdolności samopielęgnacji**. A te znowu są zależne od umiejętności dbania o własne zdrowie. Orem jest autorką katalogu dziesięciu zasad, które wydają się być szczególnie trafne, zarówno w odniesieniu do wszelkiej profilaktyki służącej zdrowiu, jak również rekonwalescencji pacjenta i bezpośrednio wiążącej się z nią przebudową dotychczasowego stylu życia. Ramą obejmującą wszystkie te zasady jest **bycie aktywnym, robienie czegoś**. W tym ujęciu nie można mówić o zdrowiu, jeżeli człowiek nie zechce być wydajnym. "Dziesięć przykazań" Dorothei Orem wytycza jednak drogę i zachęca do tego wysiłku:

1. Zdolność bycia uważnym.
2. Zdolność postrzegania i sterowania położeniem i postawą własnego ciała.
3. Zdolność utrzymania własnej motywacji i chęci do bycia aktywnym.

4. Zdolność bycia rozumnym i racjonalnego reagowania, jak powinien to robić dorosły człowiek.
5. Zdolność podejmowania decyzji.
6. Zdolność pozyskiwania wiedzy i jej adekwatnego stosowania.
7. Zdolność wyboru najlepszych działań samopielęgnacyjnych wiodących ku określönemu celowi.
8. Zdolność przeprowadzania działań samopielęgnacyjnych i ich zintegrowania w codziennym życiu.
9. Zdolność przydzielania poszczególnych rezerw własnych do wskazanych aktywności samopielęgnacyjnych.
10. Zdolność umiejętnego przeprowadzania samopielęgnacji.

Każdy z tych czynników należy ocenić według trzech kryteriów:

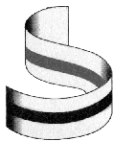
- stopień rozwoju,
- możliwość wykonania,
- dopasowanie do aktualnej sytuacji.

W realizację tych zasad można zaangażować rodzinę, przyjaciół, ale także wyspecjalizowane instytucje.

Model wypracowany przez Dorotheę Orem łączy wiedzę teoretyczną z praktycznym działaniem. Jest on inteligentnym przeniesieniem do pielęgniarstwa poznania o tym, że każdy człowiek funkcjonuje w społeczeństwie, korzystając z pomocy innych osób. Koncepcja Orem uczy, że zdrowy rozsądek oraz jak najdalej idące **praktyczne** traktowanie sytuacji stanowi niezbędną bazę dla kreatywności i zmian, zaś działanie - zarówno pielęgniarki, jak i pacjenta - powinno być jak najbardziej **świadome**.

### CZTERY PODSTAWOWE TECHNIKI WYCHOWANIA BEZ PORAŻEK THOMASA GORDONA

Większość lekarzy i pielęgniarek przyswoiło już sobie pewne wzorce postępowania, i w sposób mniej lub bardziej świadomy przejawia zachowania, które wobec nich stosowano. Metoda proponowana przez Thomasa Gordona wymaga się od lekarza i pielęgniarki wyzbycia większości zachowań, przyzwyczajęń. Udowadnia on że my jako pierwsi a nierzadko jedyni powiernicy w traumatycznej sytuacji choroby nie potrafimy słuchać. W praktyce najczęściej już na wstępie lekarze i pielęgniarki zaczynają wygłaszać kazania, umoralniać, wydawać polecenia, ostrzegać, udzielać rad, krytykować, stawiać niezrozumiałe diagnozy, tłumaczyć, pocieszać, wypytywać lub kierować rozmowę na inne tory. Te wszystkie zachowania są określane przez autora jako bariery czyli bariery komunikacji. Te bariery komunikacji przeszkadzają w rozwiązywaniu problemu jak i w nawiązaniu właściwej więzi. Blokują one „wgląd w przeżywanie” pacjenta. Efekt jest taki, że w większości przypadków chorzy przestają z nami rozmawiać. W sytuacjach w których górę biorą emocje, nie są oni skłonni przyjmować logicznych argumentów. Z reguły powtarzamy stare, wytarte slogany, których chorzy nie chcą wysłuchiwać po raz setny. Często personel medyczny lubi



udzielać rad, nie rozeznawszy się w czym leży problem. Z góry dają do zrozumienia, kto jest mądrzejszy i wie lepiej. Są to przejawy braku akceptacji ludzkich zachowań. Tą ważną kwestie autor stara się bardzo napiętnować w swoich książkach. Akceptacja według Gordona jest tym co umożliwia człowiekowi stawanie się niezależnym i zmienianie się tak, aby zrealizować więcej z tego, do czego jest zdolny. Okazywanie pacjentowi przez lekarzy i pielęgniarki akceptacji, pomaga mu w umacnianiu poczucia własnej wartości, w akceptacji własnej osoby. Tą akceptację należy okazywać przez zachęcanie do mówienia, wyrażania własnych uczuć. Ma to wpływ na rozwój poczucia własnej wartości, szacunku dla samego siebie, umożliwia również przeprowadzenie konstruktywnych zmian. Głównym dylematem lekarzy i pielęgniarek jest to że znają tylko dwa sposoby postępowania w sytuacjach konfliktowych. Jedni przyznają się do zasady „ja zwyciężam ty przegrywasz”, drudzy do zasady „ja przegrywam ty zwyciężasz”. Inni zaś nie mogą zdecydować się na żadną z nich. Autor przedstawia obok tych dwóch zasad trzecią możliwość zwaną „metodą bez porażek”. Jej skuteczne stosowanie wymaga jednak podstawowych zmian w postawie personelu medycznego wobec pacjentów. Metoda ta polega przede wszystkim na aktywnym słuchaniu bez uprzedzeń i mówieniu o swoich uczuciach.

W tej teorii wychowania bez porażek można wyróżnić cztery podstawowe techniki:

- A. Słuchanie bierne
- B. Zaakcentowanie uwagi
- C. „Otwieracze” i zachęty
- D. Słuchanie aktywne

### SŁUCHANIE BIERNE

Czasami nie mówienie może równie dobrze wyrażać akceptację. „Bierne słuchanie” onieśmiela pacjenta i pozwala mu wypowiedzieć się do końca. W tym przypadku sprawdza się stare powiedzenie, że „mowa jest srebrem, a milczenie złotem”.

### ZAAKCENTOWANIE UWAGI

Samo milczenie nie przekonuje pacjenta, że uważnie go słuchamy. Dlatego też w przerwach powinno się dawać sygnały bezsłowne (marszczenie czoła, uśmiech, inne ruchy ciała) lub udzielać wypowiedzi słownych („hm...”, „och”, „rozumiem”). Te zachowania nazwane zostały reakcjami uwagi, ich zadaniem jest zaakcentowanie swojego zainteresowania rozmową.

### „OTWIERACZE” I ZACHĘTY

Bardzo ważne w rozmowie z pacjentem są tak zwane „otwieracze drzwi” czyli wypowiedzi, które mają pomóc choremu jeszcze bardziej otworzyć się, zachęcić go do dalszego mówienia. To odpowiedzi które nie wyrażają żadnych osobistych sądów, opinii, czy uczuć. Do takich wypowiedzi zalicza się „aha”, „och”, „hm...hm...”, „interesujące”, „rzeczywiście”, „serio?!” „to ty zrobiłeś?!” „doprawdy?”. Niektóre z tak zwanych otwieraczy są zachętą do mówienia. Należą do nich wypowiedzenia typu „opowiedz mi o tym!”, „chciałbym coś o tym usłyszeć”, „interesował by mnie twój

punkt widzenia”, „chciałbyś o tym pomówić?”, „porozmawiajmy sobie o tym”, „opowiedz mi całą historię”, „mówże słucham!”, „to brzmi jak byś mi miał o tym coś do powiedzenia”, „to wydaje się być dla ciebie czymś bardzo ważnym”. Te wypowiedzenia zachęcają do mówienia ale również są przeciwnością codziennych wypowiedzi moralizujących.

### CZYNNE SŁUCHANIE

Szczególnym środkiem wyrażania akceptacji jest „czynne słuchanie”. Polega ono na tym, że odbiorca próbuje zrozumieć co czuje nadawca lub mówi poprzez swoją wypowiedź. W odpowiedzi na to formułuje swoje zrozumienie własnymi słowami (kodem) i oznajmia je na powrót nadawcy w celu uzyskania potwierdzenia. Odbiorca nie wysyła sądu, opinii, rady, analizy, czy pytania. Czynne słuchanie pomaga pacjentowi powiedzieć więcej, pójść dalej, ustalić problem i poszukać sposobu jego rozwiązania. W tej technice osoba słuchająca tak operuje słowem aby nie wyrażać własnego zdania. Oto przykład aktywnego słuchania:

Pacjent: Nigdy nie wyzdrowieję! Lekarze nie chcą ze mną o tym rozmawiać!

Pielęgniarka: Sądzi Pan że tak jest w rzeczywistości? Czy nie mógłby Pan spróbować porozmawiać o tym z lekarzem X?

Pacjent: Może faktycznie spróbuję, doktor X jest zawsze miły.

Aby jednak aktywne słuchanie dawało optymalne rezultaty należy skorzystać z kilku wskazówek:

- Nie wszystkie problemy są na tyle poważne aby uzasadniały zastosowanie aktywnego słuchania
- Każdy poważny problem wywołuje u pacjentów specyficzne reakcje: cofanie się, gwałtowny gniew, lęk i inne wyraźne odchylenia od zwykłego zachowania.
- Pierwszym krokiem powinno być sprawdzenie, czy pacjent rzeczywiście życzy sobie, aby go wysłuchać.

Teoretycznie aktywne słuchanie jest bardzo proste, jednak w praktyce popełnia się wiele błędów i nie zawsze osiąga zamierzony cel. Aby pomóc tym, którzy mają trudności z aktywnym słuchaniem lub nie wiedzą kiedy tę technikę zastosować Thomas Gordon podaje kilka pożytecznych wskazówek:

1. Trzeba jasno zdawać sobie sprawę, kiedy można stosować aktywne słuchanie. Nie powinno się stosować tej techniki, gdy sami mamy problemy, które nie pozwalają nam się skupić na innych, lub gdy nasze zdenerwowanie nie pozwala nam jasno i logicznie myśleć.
2. Należy zdawać sobie sprawę, kiedy nie należy próbować aktywnego słuchania. Nieskuteczne będzie ono wtedy, gdy pielęgniarka nie akceptuje pacjenta, gdy nie przejawia ona zainteresowania problemami, z którymi pacjent przychodzi. Podstawowa jednak zasada dotycząca tego punktu brzmi: „nie wolno posługiwać się aktywnym słuchaniem w celu manipulowania pacjentem”.
3. Opanowanie umiejętności aktywnego słuchania jest możliwe tylko wtedy, gdy będzie ono wcześniej ćwiczone.
4. Nie wolno rezygnować zbyt pochopnie. Nie można zakładać, że od razu wszystko idealnie się powiedzie.
5. Poznać możliwości pacjenta można tylko wtedy, gdy da się im możliwość wykazania, samodzielnego działania. Takie



podejście daje gwarancję wzajemnego zrozumienia i zaufania.

6. Mimo iż na początku aktywne słuchanie wyda się nienaturalne, nie wolno rezygnować. Tylko poprzez ćwiczenia nabywa się praktyki.
7. Należy częściej wprowadzać inne techniki słuchania: słuchanie bierne, zaakcentowanie uwagi, „otwieracze”. Aktywne słuchanie powinno się stosować wtedy, gdy problem stanowią gwałtowne uczucia, lub gdy pacjent rzeczywiście potrzebuje akceptacji.
8. Rad udzielać tylko wtedy gdy są one niezbędne i konieczne. Bardziej pożyteczne i właściwe są wskazówki.
9. Należy wystrzegać się narzucania pacjentowi aktywnego słuchania. Pacjent okazując swoją niechęć wyraża to mimiką twarzy i gestami ciała, lub mówiąc wprost o swoim niezadowoleniu.
10. Nie zawsze pacjenci wybierają to rozwiązanie, które odpowiada personelowi medycznemu.

Najważniejsza powinna być jednak gotowość do aktywnego słuchania, chęć niesienia pomocy i traktowania uczuć pacjentów z uwagą.

### SZTUKA PRZEKAZYWANIA ZŁYCH INFORMACJI.

Choroba w odczuciu większości ludzi stanowi zdarzenie stresowe o charakterze zagrożenia lub wyzwania, ze względu na doświadczanie bólu, ograniczenie aktywności fizycznej, uboczne skutki terapii, konieczność radzenia sobie z niejasnością choroby jako zdarzenia o niekontrolowanym przebiegu.

Choroba może utrudniać lub uniemożliwiać realizację przyjętej linii życiowej, powodując przeżywanie silnego poczucia zagrożenia. Informacje o chorobie, o rozpoznaniu, istocie choroby, leczeniu, rokowaniu, niezbędnych badaniach diagnostycznych i zabiegach płyną zazwyczaj z kilku źródeł, spośród których jednym z ważniejszych jest lekarz. Informacje płyną także z ciała chorego w postaci doświadczanych przez niego symptomów.

Stąd powstrzymanie się lekarza od udzielania ciężko choremu wszelkich informacji o jego stanie może prowadzić do niekorzystnych następstw, m.in.:

- ♦ chory może szukać informacji u źródeł nie zawsze kompetentnych - u znajomych, u innych pacjentów itd. Może to prowadzić do wyolbrzymiania nieistotnych dolegliwości, do wbudowywania w obraz własnej choroby elementów nasilających lęk itp.
- ♦ chory może pomniejszyć lub stracić wiarę w możliwości lekarza, np. obawia się, że lekarz nie zdaje sobie sprawy z ciężkiego stanu jego zdrowia, albo chory odczuwa przykrość, że lekarz zataił prawdę, lub przerażenie, że stanie się jeszcze coś gorszego;
- ♦ zostaje zagrożone poczucie własnej wartości pacjenta - brak informacji może wzbudzić poczucie poniżenia i izolacji; ujawnia się to często w agresywnych wypowiedziach typu: "traktują mnie jak królika doświadczalnego", "czym ja tutaj właściwie jestem?", "robią ze mną, co chcą"

Jedynie w trakcie rozmowy z pacjentem (w odpowiednim miejscu i czasie) lekarz jest w stanie wywnioskować zapotrzebowanie pacjenta na informacje i sprawy, które aktualnie pacjent chce pominąć. Lekarz powinien brać więc pod uwagę liczbę, rodzaj, szczegółowość i zakres zadawanych przez pacjenta pytań.

Informowanie pacjenta o diagnozie jest celowe: obniża niepokój. Należy też informować o dalszym przebiegu choroby, etapach jej leczenia, o działaniu leków, o zalecanych sposobach zachowania, o ewentualnych trwałych następstwach choroby. Osobną jednak i wymagającą rozważni sprawą jest wybór odpowiedniego czasu do rozmowy na ten temat. Nie wydaje się właściwe omawianie tych spraw w początkowym okresie leczenia, kiedy sama świadomość poważnej choroby jest dla pacjenta znacznym obciążeniem, wymagającym wysiłku adaptacyjnego.

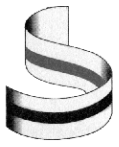
O trwałych skutkach choroby, zmuszających pacjenta do wprowadzenia zmian w dotychczasowym życiu należy informować, ale nie powinno to na pacjenta spaść nagle i w okresie, gdy jego odporność psychiczna jest i tak obciążona przez sam proces chorobowy i nieswoiste czynniki astenizujące (jak np. niedobór snu, długotrwała choćby niewielka frustracja potrzeb). Rozmowa ta powinna zawierać nie tylko informacje o negatywnych zmianach, lecz także o realnych możliwościach zmniejszenia niekorzystnych następstw choroby, przede wszystkim przez aktywny udział w postępowaniu rehabilitacyjnym.

Lekarze często obawiają się reakcji pacjenta na otrzymaną złą wiadomość i ujawnienia przez pacjenta emocji. Często żywią przekonania, które powodują w rezultacie unikanie kontaktu z ciężko chorym. Sądzą więc np., że pacjent nie chce znać prawdy, że znając ją straciłby chęć do życia i nadzieję na wyzdrowienie. Lekarze lękają się zadać ból, spowodować szok u pacjenta, boją się, że targnie się on na swoje życie. Obawiają się też własnej bezradności i odrzucenia ze strony chorego. Niektórzy lekarze usprawiedliwiają się tym, że nikt ich nie nauczył przekazywania wiadomości i że powinien to robić specjalista od komunikacji np. psycholog. Mechanizmy uniku prezentowane przez lekarzy mogą być różne:

- zasypywanie pacjentów medycznymi szczegółami
- wielomówstwo by uniknąć złowrogiej ciszy
- wykonywanie wielu nieuzasadnionych badań dodatkowych
- wysyłanie do lekarzy specjalistów
- postawa obronna
- oskarżanie pacjenta
- obwinianie siebie
- uniemożliwianie pacjentowi wyrażenia jego reakcji na złą wiadomość
- brak empatii, zrozumienia dla stanu pacjenta
- stwarzanie nierealnych nadziei
- minimalizowanie negatywnych aspektów choroby
- nadmierne maksymalizowanie pozytywnych aspektów choroby

Pacjenci jednak wbrew tym obawom i unikom ze strony personelu medycznego na ogół nie skarżą się na to, że powiedziano im bolesną prawdę o ich stanie zdrowia. Często natomiast skarżą się na sposób, w jaki im tę prawdę





przekazano, m.in. chodzi im o nieodpowiednie miejsce (np. szpitalny korytarz), obecność niepożądanych świadków (personel, inni pacjenci), brak wcześniejszego przygotowania pacjenta do poznania gorzkiej prawdy.

Istnieją pewne fundamentalne zasady, którymi powinien kierować się lekarz przekazując złe informacje. Przede wszystkim lekarz nie powinien nigdy odbierać pacjentowi nadziei. Nie należy dzielić pacjentów na uleczalnie i nieuleczalnie chorych, nie powinno się stawiać prognoz, co do długości życia pacjenta choćby on na to należał! Należy pamiętać i przypominać o tym pacjentowi, że jeśli nawet brak szans na przeżycie to istnieje nadzieja na okresową poprawę stanu zdrowia, na wypełnienie podjętych zobowiązań, na realizację planów, lub przynajmniej na spokojną śmierć w otoczeniu bliskich itp. To wszystko nie znaczy jednak, że należy karmić pacjenta złudną nadzieją na wyzdrowienie! Powinno się unikać jak ognia nieautentycznego pocieszania, np. "wszystko będzie dobrze...". Nigdy nie wolno mówić czegoś, co nie jest prawdą. Nie należy bać się ciszy - nie świadczy ona o braku kompetencji czy ignorancji problemu. Pacjentowi potrzebny jest czas na stawienie czoła złej wiadomości! Przekazywanie diagnozy dobrze jest zacząć od ustalenia stanu wiedzy pacjenta na temat jego choroby. Ważne więc będą pytania typu: "Co lekarz powiedział panu wcześniej?", "Kiedy pojawił się pierwszy symptom, pomyślał pan, że co to może być?", itp. Należy być uważnym na nadawane przez pacjenta komunikaty z poziomów werbalnego i niewerbalnego. Pomaga to ustalić jak dużo pacjent chce wiedzieć. Nie mówi się pacjentowi więcej niż pragnie on w danej chwili wiedzieć! Czasem przydatny jest tzw. "strzał ostrzegawczy", typu: "Wydaje mi się, że pańska choroba wygląda na poważniejszą niż się to na początku wydawało". Jeśli pacjent zareaguje przygnębieniem, płaczem, złością - należy na tym na razie poprzestać. Przekazywanie niekorzystnych informacji jest bowiem procesem, który czasami trwa długo i ma swoją dynamikę. Warto pamiętać o stosowaniu oględnych sformułowań, np. "nietypowe komórki" zamiast "rak", słów "rak" i "nowotwór" można używać gdy pacjent sam już je wypowie. Po przekazaniu pacjentowi złej wiadomości - nie można uciekać, spieszyć się, ważne by trwać w tej trudnej chwili z pacjentem! Zanim się odejdzie trzeba upewnić się, że pacjent nie zostaje sam, że jest ktoś mu bliski, kto da wsparcie. Należy umówić się z pacjentem na kolejne spotkanie tak aby zachowany został kontekst ciągłej opieki. Ważną sprawą jest, by wyjaśnić wszystkie wątpliwości pacjenta, odpowiedzieć na jego pytania, ustalić ile

i co chory zrozumiał z tego, co zostało powiedziane i jakiej oczekuje od lekarza pomocy. Na zakończenie rozmowy warto jest podać jakieś optymistyczne zapewnienie, np. że pacjent nie zostanie pozostawiony sam sobie, że pojawiający się ból będzie właściwie zwalczany itp.

### PODSUMOWANIE.

Analizując literaturę poruszającą problem aspektu wychowawczego personelu medycznego względem pacjenta zwróciłam szczególną uwagę na rolę pielęgniarki w tym procesie. Jednym z zadań pielęgniarki jest jej funkcja wychowawcza. Żeby jednak właściwie a przede wszystkim efektywnie wypełniać swoją rolę, trzeba najpierw zapoznać się ze szczególnymi czynnikami kształtującymi postawy pacjentów oraz z metodami rozpoznawania problemów i ich rozwiązywania. Pielęgniarka jest w szpitalu dla pacjenta osobą, która spędza z nim najwięcej czasu. Z całego personelu medycznego to pielęgniarka jest dla chorego najbliższa, najbardziej osiągalna. I dlatego jej rola w rozpoznawaniu problemów i ich rozwiązywaniu jest nieoceniona.

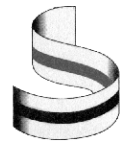
### WNIOSKI.

Jako wniosek niech posłuży myśl Jana Pawła II:

**„Nigdy nie jest tak żeby człowiek dając coś drugiemu był tylko darczyńcą, jest również obdarowywany, obdarowywany tym, co ten drugi przyjmuje z miłością.”**

### BIBLIOGRAFIA.

- Psychologia Lekarska.(1988) pod red.M. Jarosz, wyd. PZWL, wyd. V
- Gordon. T., Wychowanie bez porażek, Warszawa 1995, Instytut Wydawniczy PAX.
- Gordon. T., Wychowanie bez porażek w praktyce, Warszawa 1998, Instytut Wydawniczy PAX
- Gordon. T., Pacjent jako partner, Warszawa 1998, Instytut Wydawniczy PAX
- Gilbert J.-J., Zarzys pedagogiki medycznej, Warszawa 1983, PZWL
- Marian Kulczycki: Psychologiczne problemy człowieka chorego,
- WWW.psychiatria.online: Psychologia sztuki lekarskiej, Zygmunt Podbielski



## STANDARD PRZYGOTOWANIA KOBIECY CIĘŻARNEJ I JEJ PARTNERA DO PORODU W SZKOLE RODZENIA

Wanda Kowalska, Bożena Dyja

**Temat:** Przygotowanie kobiety ciężarnej i jej partnera do aktywnego porodu.

**Podtemat:** Edukacja kobiety ciężarnej i jej partnera jako element aktywnego przygotowania do porodu naturalnego.

**Grupa przygotowawcza:** Kobiety w ciąży i ich partnerzy.

### Oświadczenie standardowe

Instruktorka - położna Szkoły Rodzenia przygotowuje kobietę ciężarną i jej partnera do aktywnego, naturalnego porodu, promuje zdrowy styl życia, kształtuje pozytywne postawy wobec rodzicielstwa, rozwija praktyczne umiejętności związane z macierzyństwem.

### Uzasadnienie

Rodzice decydujący się na przygotowanie do naturalnego, aktywnego porodu w Szkole Rodzenia, dokonują pewnego wyboru. Motywacją dla nich jest zapewnienie swojemu dziecku jak najlepszego startu w życie.

Rodzice mają stanowić wzór dla swojego dziecka. W Szkole Rodzenia mogą korzystać z cennych wskazówek kształujących zachowania sprzyjające zdrowiu całej rodziny. Ciąża i oczekiwany poród, a następnie wejście w rolę rodziców są dla nich okresem bardzo stresującym. Program Szkoły Rodzenia pomagający zdobyć wiedzę i pewne umiejętności pozwala ograniczyć ten stres do minimum.

### Kryteria struktury

Instruktorka - położna Szkoły Rodzenia jest członkiem Zespołu Terapeutycznego, pracuje w Poradni dla Kobiet, w Szkole Rodzenia, na Sali Porodowej, w Zespole Lekarza Rodzinnego lub Zespole Położnych Rodzinnych świadczących usługi na danym terenie.

Położna - instruktorka:

- zna i przestrzega zasady pracy z grupami przygotowawanymi do porodu naturalnego,
- posiada kompetencje uprawniające ją do prowadzenia zajęć w Szkole Rodzenia,
- ukończyła szkolenie dla Instruktoerek Szkół rodzenia,
- posiada wiedzę z zakresu:
  - psychologii ciąży,
  - ogólnoustrojowych zmian zachodzących w organizmie kobiety ciężarnej,
  - komunikowania się z kobietą ciężarną i jej rodziną,
  - prowadzenia zdrowego stylu życia w czasie ciąży i później,
  - metod przygotowania rodziców do narodzin dziecka i opieki nad nim,
  - ciąży, porodu i połogu,
  - karmienia piersią,
  - pielęgnacji noworodka,
  - rozwoju noworodka i niemowlęcia,
  - planowania rodziny,

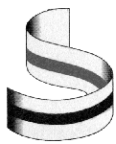
•zagadnień prawnych dotyczących ustawodawstwa rodzinnego

- ma możliwość pogłębiania swojej wiedzy i umiejętności na kursach uzupełniających, specjalistycznych i specjalizacjach,
- ma dostęp do opracowanych programów Szkoły Rodzenia oraz do najnowszej literatury,
- program Szkoły Rodzenia dostosowuje do potrzeb i oczekiwań grupy,
- zna i umie prowadzić zajęcia praktyczne (ćwiczenia oddechowe, relaksujące, ogólnousprawniające, przygotowujące do parcia)

### Kryteria procesu

Położna - instruktorka:

- zbiera wywiad i kwalifikacje do zajęć w Szkole Rodzenia,
- prowadzi dokumentację,
- rozpoznaje grupę,
- zapoznaje grupę z osobami prowadzącymi zajęcia,
- ustala harmonogram spotkań wspólnie z grupą,
- przedstawia program zajęć podczas którego będzie prowadziła edukację przedporodową na temat:
  - odżywiania i higieny kobiety w ciąży,
  - objawów zbliżającego się porodu,
  - fizjologii ciąży i porodu,
  - higieny połogu, trybu życia i zmian zachodzących w organizmie kobiety po porodzie
  - powrotu płodności po porodzie,
  - planowania rodziny,
  - fizjologii okresu noworodkowego,
  - zasad karmienia naturalnego, pielęgnacji i rozwoju dziecka,
  - aspektów psychologicznych związanych z ciążą i urodzeniem dziecka,
  - zagadnień prawnych dotyczących praw, przywilejów kobiet ciężarnych oraz ustawodawstwa rodzinnego
- przedstawia program zajęć ruchowych przygotowujących ciężarną i jej partnera do aktywnego, naturalnego porodu:
  - ćwiczenia podnoszące ogólną sprawność ciężarnej (ćwiczenia mięśni grzbietu, obręczy barkowej, ćwiczenia zapobiegające rozstępom, skurczom łydek, obrzękom, żylakom, bólom w okolicy lędźwiowej i stóp, ćwiczenia rozciągające, poprawiające krążenie, wzmacniające mięśnie dna miednicy tzw. ćwiczenia Kegla),
  - ćwiczenia oddechowe torem przeponowym,
  - ćwiczenia relaksacyjno- oddechowe,
  - ćwiczenia oddechowe połączone z pozycjami wertykalnymi w poszczególnych okresach porodu,



# STANDARD PRZYGOTOWANIA CIĘŻARNEJ



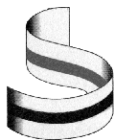
- nauka masażu kobiety ciężarnej przez partnera,
- ćwiczenia przygotowujące do efektywnego parcia w II okresie porodu.

## Kryteria wyniku

U uczestników Szkoły Rodzenia stwierdza się, że:

- posiadają wiedzę na temat odżywiania i higieny podczas ciąży,
- wiedzą, jakie są objawy zbliżającego się porodu i kiedy udać się do szpitala,
- znają przebieg porodu i wiedzą jak należy postępować w poszczególnych okresach porodu,
- posiadają wiedzę z zakresu położnictwa i zmian zachodzących w organizmie kobiety w okresie połogowym oraz powrotu płodności po porodzie,
- znają zasady planowania rodziny,
- przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem jest prawidłowe:
  - znają procesy adaptacyjne noworodka,
  - znają zalety i technikę karmienia piersią, matka ma motywację do karmienia naturalnego,
  - umieją wykonać czynności pielęgnacyjne u dziecka,
  - znają etapy rozwoju noworodka i niemowlęcia,

- mają wiedzę na temat zmian zachodzących w ich psychice w związku z oczekiwaniem na narodziny dziecka, wzajemnie się rozumieją i wspierają,
- znają i rozumieją zagadnienia prawne dotyczące ustawodawstwa rodzinnego
- przygotowanie fizyczne uczestników do porodu naturalnego jest prawidłowe:
  - znają i umieją wykonywać ćwiczenia podnoszące ogólną sprawność ciężarnej,
  - znają i umieją wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy tzw. ćwiczenia Kegla,
  - znają i umieją wykonywać ćwiczenia torem przeponowym,
  - znają i umieją wykonywać ćwiczenia relaksacyjno - oddechowe,
  - znają pozycje wertykalne stosowane podczas porodu i umieją je połączyć z odpowiednim oddechem,
  - znają zasady wykonywania masażu oraz umieją go wykonać,
  - znają i umieją wykonywać ćwiczenia przygotowujące do efektywnego parcia w II okresie porodu



## Studia pomostowe krótsze niż sześć semestrów



Przedruk z Gazety Prawnej  
Ministerstwo Zdrowia o kształceniu pielęgniarek

### Studia pomostowe krótsze niż sześć semestrów

**Czas kształcenia na studiach zawodowych dla pielęgniarek nie może być krótszy niż trzy semestry lub 1633 godziny.**

Pielęgniarki i położne, które ukończyły licea medyczne lub medyczne szkoły zawodowe, mogą podnosić swoje umiejętności w ramach tzw. studiów pomostowych. Ukończenie ich gwarantuje im, że ich kwalifikacje zawodowe są automatycznie uznawane również na terenie innych państw Unii Europejskiej.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, czas kształcenia na studiach zawodowych w przypadku pielęgniarek, które ukończyły pięcioletnie licea medyczne, a rozpoczęły naukę w 1980 roku lub później, nie może być krótszy niż trzy semestry lub 1633 godziny. Natomiast dla rozpoczynających naukę przed 1980 rokiem okres nauki wynosi pięć semestrów lub trzy tysiące godzin.

Dla absolwentów dwuletnich medycznych szkół zawodowych studia pomostowe na kierunku pielęgniarstwie trwają trzy semestry lub 2410 godzin, natomiast w przypadku osób, które ukończyły dwuipółletnie medyczne szkoły zawodowe, czas studiów pomostowych wynosi dwa semestry lub 1984 godziny. W przypadku położnych czas kształcenia na studiach

zawodowych nie może być krótszy niż:

- trzy semestry lub 1479 godzin - dla absolwentów dwuletnich medycznych szkół zawodowych,
- dwa semestry lub 1086 godzin - dla osób, które ukończyły dwu i pół letnie medyczne szkoły zawodowe.

Nie narusza to ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 92, poz. 885). Zgodnie z nią, studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych mogą trwać krócej niż sześć semestrów, ale musi być jednocześnie zachowany warunek dotyczący liczby godzin, w trakcie których odbywa się nauka. Liczba semestrów w danej uczelni powinna być określona na samym początku rozpoczęcia studiów, tak aby zarówno studenci, jak i ich pracodawcy wiedzieli, ile będzie trwało dokończanie się pracownika.\*

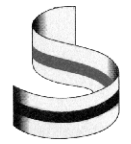
#### Podstawa prawna

\* Rozporządzenie ministra zdrowia z 11 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 110, poz. 1170).

**DOMINIKA SIKORA**  
dominika.sikora@infor.pl



# Dyżur będzie czasem pracy



Przedruk z Gazety Prawnej

## Dyżur będzie czasem pracy

### ZMIANA PRAWA Gotowość do pracy w trakcie dyżuru pełnionego w miejscu zatrudnienia będzie wliczana do czasu pracy.

Rada Ministrów przyjęła wczoraj projekt nowelizacji kodeksu pracy, który dostosowuje przepisy do prawa unijnego i orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Zgodnie ze zmianami, pozostawanie w gotowości do pracy w trakcie dyżuru pełnionego w miejscu będzie wliczane do czasu pracy.

- Pojęcie dyżuru mieści się w definicji czasu pracy, bo przecież pracownik w trakcie jego pełnienia pozostaje w dyspozycji pracodawcy - uważa profesor Krzysztof Rączka z Uniwersytetu Warszawskiego.

Nie zmienią się zasady rekompensowania dyżuru, jeżeli pracownik będzie go wykonywał poza miejscem pracy. Nadal w takim przypadku miałby on prawo do czasu wolnego lub wynagrodzenia gwarancyjnego-

### CZAS PRACY

#### TAK JEST

- do czasu pracy wliczana jest praca wykonywana w trakcie dyżuru
- równoważnego odpoczynku za naruszenie prawa do 11 - godzinnego dobowego wolnego należy udzielić w trakcie okresu rozliczeniowego
- dyskryminacja pośrednia dotyczy wyłącznie pracowników

#### TAK BĘDZIE

- do czasu pracy wliczana jest także gotowość do świadczenia pracy w trakcie dyżuru pełnionego w miejscu pracy
- równoważnego odpoczynku należy udzielić najpóźniej 14 dnia od momentu naruszenia prawa do 11 -godzinnego dobowego wolnego

■ dyskryminacja pośrednia dotyczy także kandydatów do prac

Taka rekompensata nie będzie mu przysługiwała jednak, tak jak obecnie, w razie pełnienia dyżuru w domu.

Jeśli nowe przepisy wejdą w życie, zmienią się także zasady przedłużania okresów rozliczeniowych czasu pracy powyżej sześciu miesięcy.

- Będzie to dopuszczalne wyłącznie na podstawie układu zbiorowego pracy lub porozumienia zawieranego przez pracowników ze związkami zawodowymi lub z przedstawicielami pracowników, jeśli nie ma organizacji związkowej - na podstawie porozumienia zawieranego z przedstawicielami pracowników- tłumaczy Katarzyna Grzybowska z Kancelarii Adwokackiej Andrzeja Michałowskiego.

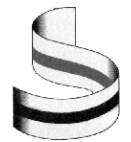
Obecnie w rolnictwie, a także w ochronie osób i mienia przedłużenie takie może być określone także w regulaminie pracy lub obwieszczeniu.

Nowelizacja w istotny sposób zmieni także przepisy dotyczące dyskryminacji. Zakaz nierównego traktowania obejmie nie tylko pracowników, ale także kandydatów do pracy. Ponadto rozszerzona zostanie definicja molestowania w pracy. Pojęcie to będzie bowiem oznaczać nie tylko - tak jak obecnie - zachowanie, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności albo poniżenie lub upokorzenie pracownika, ale także stworzenie wobec niego zastraszającej, wroziej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery. Pracodawcom przybędą także nowe obowiązki z zakresu bhp. W każdej firmie szef powinien wyznaczyć osoby, które są odpowiedzialne za ewakuację pracowników i udzielanie pierwszej pomocy. To pracodawca, a nie minister pracy, miałby określić wykaz prac, które musi wykonywać co najmniej dwóch pracowników.

ŁUKASZ GUZA



# SKOLENIA

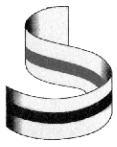


## OIPiP rozpoczyna cykl szkoleń na temat: „Cukrzyca jako problem społeczny”

### Zakres szkolenia:

1. Cukrzyca - definicja objawy, podstawowe typy ,kryteria rozpoznawania.
2. Powikłania cukrzycy - wczesna i późne.
3. Udział pielęgniarki w insulinoterapii.
4. Edukacja samokontroli w cukrzycy:
  - pomiar poziomu cukru glukometrem
  - dieta z uwzględnieniem wymienników węglowodanowych

- pomiar HbA1c
- prewencja stopy cukrzycowej.
- 5. Prewencja i wczesna rozpoznanie cukrzycy Typu 2- udział pielęgniarki. Wszystkich zainteresowanych tematem prosimy o kontakt telefoniczny z OIPiP lub śledzenie strony internetowej OIPiP. Przewidywany termin pierwszego szkolenia - 27. 03.2008roku godz. 9:00



Toruńskie Hospicjum dla Dzieci „Nadzieja”  
Hospicjum Ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy  
Zespół Opieki Paliatywnej Dom Sue Ryder  
w Bydgoszczy

Katedra Pedagogiki Specjalnej Mikołaja Kopernika  
oraz Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre  
mają zaszczyt serdecznie zaprosić na

## VIII OGÓLNOPOLSKĄ KONFERENCJĘ MEDYCYNY PALIATYWNEJ HOSPICJUM 2008 I VI OGÓLNOPOLSKIE FORUM ONKOLOGII I PSYCHOONKOLOGII,

które odbędą się w dniach 9-10 maja 2008 roku w Auli  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika przy ul. Gagarina 11  
w Toruniu

Patronat Honorowy:

**Piotr Całbecki**

Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Patronat naukowy:

♦ Polskie Towarzystwo Hematologii i Onkologii Dziecięcej

♦ Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne

♦ Katedra Pedagogiki Specjalnej Wydziału Nauk  
Psychologicznych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

♦ Poznański Oddział Polskiego Towarzystwa Opieki  
Paliatywnej Komitet naukowy tworzy między innymi:

**Prof. dr hab. med. Krystyna de Walden-Gałuszko**

Prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego  
Kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej, Katedra Medycyny  
Rodzinnej AM, Gdańsk

**Prof. dr hab. med. Danuta Perek**

Kierownik Kliniki Onkologii Dzieci i Młodzieży  
Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa

**Prof. dr hab. med. Jacek Łuczak**

Kierownik Katedry i Kliniki Paliatywnej AM im. K.  
Marcinkowskiego, Poznań Prezes Poznańskiego Polskiego  
Towarzystwa Opieki Paliatywnej

**Prof. dr hab. med. Jerzy Kowalczyk**

Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii i Hematologii  
Dziecięcej Kierownik Kliniki Hematologii i Onkologii  
Dziecięcej AM, Lublin

**Prof. dr hab. med. Danuta Sońta- Jakimczyk** Kierownik  
Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej,  
SAM, Zabrze

**Ks. Dr Piotr Krakowiak**

Krajowy Duszpasterz ds. Hospicjum przy Episkopacie Polski  
Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dudkiewicza SAC, Gdańsk

**Dr n. med. Jerzy Tujakowski**

Oddział Onkologii Klinicznej, Centrum Onkologii Bydgoszcz

**Dr n. med. Wiktor Chmielarczyk**

Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie,  
Warszawa

**Dr n. med. Andrzej Stachowiak**

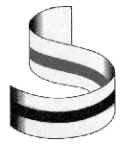
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej,

Dyrektor Zespołu Opieki Paliatywnej-Dom Sue Ryder,  
Bydgoszcz

**Tematyka wiodąca tegorocznych wydarzeń  
medycznych to aktualne doniesienia, doświadczenia  
i problemy w opiece paliatywnej, onkologii  
i psychoonkologii m. innymi:**

1. Wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych.
2. Terapia chorób nowotworowych- nowości i ocena skuteczności dotychczas stosowanych metod.
3. Leczenie skutków niepożądanych terapii przeciwnowotworowej.
4. Specyfika opieki paliatywnej i jej miejsce we współczesnej medycynie- współpraca pomiędzy hospicjami a oddziałami onkologicznymi.
5. Psychoonkologia jako metoda terapii i poprawy jakości życia pacjenta w hospicjum.
6. Pielęgnowanie w paliatywnej i terminalnej fazie choroby nowotworowej, wyzwania, dylematy, problemy etyczne w pracy pielęgniarki.
7. Rola lekarza pierwszego kontaktu w systemie opieki paliatywnej i jego współpraca z hospicjum.
8. Jakość życia pacjentów w hospicjum:
  - a) walka z bólem- możliwości i ocena dotychczas stosowanych środków,
  - b) profilaktyka i leczenie odleżyn- nowości i ocena dotychczas stosowanych materiałów opatrunkowych i urządzeń rehabilitacyjnych,
  - c) leczenie zaburzeń łaknienia i dieta w stanach terminalnych,
  - d) opieka duchowa nad pacjentem i pomoc psychologiczna dla jego rodziny,
  - e) jakość życia pacjenta w stanach terminalnych objętych opieką domową- współpraca hospicjum z rodziną chorego.
9. Problemy organizacyjne opieki paliatywnej.
10. Tzw. „syndrom wypalenia” w opiece paliatywnej- jak sobie z nim poradzić?
11. Nowości w leczeniu farmakologicznym.
12. Finansowanie służby zdrowia.

Upzejmie prosimy o podanie tematów (prelegentów), których chcieliby Państwo wysłuchać. Konferencji będzie towarzyszyła wystawa, której celem jest zaprezentowanie najnowszych osiągnięć w dziedzinie sprzętu medycznego, leków i materiałów opatrunkowych stosowanych w medycynie paliatywnej i onkologii, jak również szczególna promocja najlepszych leków, materiałów i urządzeń poprzez **konkurs na najlepszy produkt w poszczególnych kategoriach (werdykt Komisji Konkursowej wybranej spośród wykładowców i dyrektorów hospicjów):** leki przeciwbólowe, materiały higieniczno-opatrunkowe, preparaty odżywczo-metaboliczne, sprzęt i materiały do rehabilitacji, **oraz plebiscyt Uczestników Konferencji i Forum na:** Najlepszą Firmę - Przyjaciela Ruchu Hospicyjnego Roku 2008, Najlepszy Produkt Stosowany w Opiece Paliatywnej Roku 2008, Najlepszą Firmę Onkologiczną Roku 2008, Najlepszy Produkt Onkologiczny Roku 2008. **Osoby uczestniczące w plebiscycie wezmą udział w konkursie z atrakcyjnymi nagrodami.**



## **Oplaty konferencyjne wynoszą:**

- 1. Lekarze i Duchowni -140 zł. (90 zł. do 29.02.2008 r., 110 zł. do 10.04.2008 r.)**
- 2. Psycholodzy, Pielęgniarki i Rehabilitanci - 70 zł. (50 zł. do 29.02.2008 r., 60 zł. do 10.04.2008 r.)**
- 3. Wolontariusze, Studenci - 40 zł. (25 zł. do 29.02.2008 r., 30 zł. do 10.04.2008 r.)**
- 4. Udział w Uroczystym Wieczorze Integracyjnym - 60 zł. (ilość miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń).**

**UWAGA! Dla lekarzy przewidywane są punkty edukacyjne! (w ubiegłych latach oferowaliśmy 19 punktów).**

W opłatę konferencyjną wliczony jest:

- 1. Udział w wykładach i warsztatach** (w warsztatach według kolejności zapisów).
- 2. Katalog konferencyjny** ze streszczeniami wykładów.
- 3. Dyplom uczestnictwa** w Konferencji i Forum.

**4. Udział w Plebiscycie** Uczestników Konferencji i Forum w tym **udział w konkursie z nagrodami.**

**5. Możliwość zgłoszenia doniesienia własnego do programu naukowego Konferencji i Forum** (w sesji plenarnej lub plakatowej - decyzja Komitetu Naukowego) i publikacji streszczenia w katalogu konferencyjnym - publikacja naukowa objęta ISBN.

## **ZGŁOSZENIA NA KONFERENCJĘ:**

1. Listownie na adres sekretariatu.
2. Za pomocą poczty elektronicznej na adres sekretariatu.
3. Faxem, telefonicznie.

Centrum Konferencji i Wystaw EXPO-ANDRE ul. Prosta 19/7, skr. poczt. 290, 87-100 Toruń 1 tel. (0-56) 657 35 04, 621 11 27 fax. (0-56) 657 35 06, e-mail: [biuro@andrehz.neostrada.pl](mailto:biuro@andrehz.neostrada.pl) [www.expo-andre.pl](http://www.expo-andre.pl)

## **Opłatę prosimy przysyłać na konto:**

BPH S.A. o /Toruń 35 1060 0076 0000 4016 0000 9154 z dopiskiem: „Hospicjum/Onkologia 2008”.

---

# **POLSKIE TOWARZYSTWO PIELEŃNIARSKIE**

## **Filia Zarządu Głównego w Katowicach**

### **Koło Terenowe Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Częstochowie ul. Bialska 104/118**

Dnia 24.04.2007 roku przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie zostało powołane Terenowe Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, filia Zarządu Głównego PTP w Katowicach .

**Spotkanie Inauguracyjne w Woj. Szpitalu Specjalistycznym z działaczkami PTP ziemi częstochowskiej**

Na pierwszym spotkaniu Koła PTP, wybrano władze oraz zaproponowano kierunki i tematykę działań.

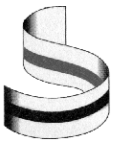
## **W skład Zarządu Terenowego koła PTP w Częstochowie wchodzi:**

Przewodnicząca: mgr Irena Sikora Mysłek  
Z-ca przewodniczącej: mgr Halina Synakiewicz  
Sekretarz: mgr Barbara Dubek  
Skarbnik: mgr Renata Sówka

## **W skład komisji rewizyjnej wchodzi:**

Przewodnicząca: mgr Anna Dygudaj  
Sekretarz: mgr Sylwia Rogozik  
Członek: mgr Dorota Orman





## Przekazanie albumu pamiątkowego nowo powołanemu kołu PTP w Częstochowie



- Kto powinien się szczepić przeciwko wirusowi HPV?
- Dlaczego zaleca się szczepienie młodych osób?
- Czy po zaszczepieniu nie trzeba robić cytologii?
- Jakie są objawy zakażenia wirusem HPV?
- Czy każde zakażenie wirusem HPV prowadzi do rozwoju raka szyjki macicy?
- Jak często należy robić cytologię?
- Czy kobieta zakażona wirusem HPV może mieć problem z zajściem w ciążę?
- Czy mężczyźni mogą być odpowiedzialni za pojawienie się zakażenia HPV i raka szyjki macicy u swoich partnerek?

## Konferencja „Rak szyjki macicy”

## Uroczyste wręczenie odznak członkostwa PTP

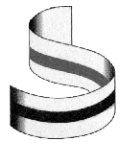


## Spotkanie Integracyjne członków PTP (Łobodno, sierpień 2007)

## Konferencja naukowa „Rak szyjki macicy” zorganizowana w WSzS w Częstochowie przez Koło Terenowe PTP dnia 01.08.2007

- Rak szyjki macicy jako problem całej rodziny
- Wirus HPV- jako mało znany a bardzo powszechny
- HPV- odpowiedzialny nie tylko za raka szyjki macicy ale również pochwy i sromu
- Znaczenie profilaktyki - cytologia i szczepienia
- Najczęściej zadawane pytania:
  - Jak dochodzi do zakażenia wirusem HPV?





**50-lecie PTP - Warszawa, 15. wrzesień 2007**



**Konferencja naukowa „FAS”  
zorganizowana przez Koło Terenowe  
PTP 20.11.2007**

Negatywne skutki działania alkoholu etylowego spożywanego przez matkę w okresie ciąży:

Picie alkoholu przez kobiety ciężarne wpływa na wewnątrzmaciczny rozwój płodu zaburzając rozwój somatyczny i funkcjonalny ośrodkowego układu nerwowego. Skutki tych zaburzeń są długotrwałe, powodują upośledzenie funkcjonowania układu nerwowego nierzadko do końca życia.

Do najbardziej negatywnych skutków należy zaliczyć upośledzenie funkcji poznawczych, które przejawia się zaburzeniami pamięci, koncentracji i koordynacji ruchowej.

**Zgodnie z doniesieniami Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych:**

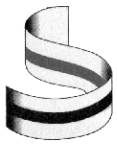
**„Nie określono minimalnej dawki alkoholu, o której można powiedzieć, że jest bezpieczna dla rozwoju dziecka!”**

**„Nie ma takiego napoju alkoholowego, który wypity przez matkę w okresie ciąży jest bezpieczny dla jej dziecka!”**

**Otwarcie Konferencji „Płodowy Zespół Alkoholowy  
”FAS”**







# SKARBNIK INFORMUJE

## **Dotyczy wysokości opłacania składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.**

Na V Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych była przygotowana propozycja zmiany wysokości składki członkowskiej - po głosowaniu przygotowaną propozycję odrzucono.

Nadal obowiązuje uchwała nr 13 IV KZPiP z dnia 10 grudnia 2003 roku określająca składkę członkowską w wysokości:

- 1) 1% wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek, położnych wykonujących zawód,
- 2) 1 % wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek, położnych pełniących funkcję z wyboru,
- 3) 0,5% emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
- 4) 0,5% średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób prowadzących praktykę indywidualną na własny rachunek, oraz innych osób nie wymienionych w pkt 1 - 3.

Składki członkowskie przekazuje się na konto okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

Dopuszcza się opłacanie składek członkowskich w trybie określonym uchwałą właściwej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych „z góry” za okres nie dłuższy niż jeden kwartał. Z płacenia składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki i położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędach pracy,
- 2) przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- 3) które zaprzestały wykonywania zawodu na swój wniosek.

Składki opłacają członkowie samorządu posiadający prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa, położnictwa:

- 1) wykonujący zawód pielęgniarstwa lub zawód położnictwa na obszarze działania właściwej okręgowej izby,
- 2) zamierzający wykonywać zawód pielęgniarstwa lub zawód położnictwa na obszarze działania właściwej okręgowej izby,
- 3) wpisani na listę członków okręgowej izby lecz nie wykonujący zawodu.

Skarbnik Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie informuje, iż wysokość składki członkowskiej dla pielęgniarek i położnych wykonujących praktykę indywidualną lub grupową w 2008 roku wynosi 15,50 zł  
Składki można opłacać:

- 1) przelewem na konto OIPIP  
w Częstochowie 02124022521111000031585147
- 2) w kasie w biurze Izby codziennie w godzinach 9.00-14.00
- 3) za pośrednictwem zakładu pracy po wcześniejszym złożeniu upoważnienia do potrącania z wypłaty składki w wysokości 1% uposażenia zasadniczego na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

## **Proszę o regularne opłacanie składek członkowskich.**

W przypadku braku opłacania składek za dwa pełne okresy podlegają one egzekucji zgodnie z art. 59 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Zwracam się z prośbą do koleżanek/kolegów - członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie którzy:

- zmieniają nazwisko,
- zmieniają adres zamieszkania,
- zmieniają miejsce pracy,
- przechodzą na emeryturę, rentę lub zasiłek rehabilitacyjny,
- przechodzą na urlopy wychowawcze

aby fakt ten zgłaszali na piśmie do OIPIP, pozwoli to uniknąć niepotrzebnych wezwań do zapłaty składek członkowskich.

## **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MYSZKOWIE**

42-300 Myszków ul. Wolności 29  
Dyrekcja: tel. / fax. (034) 313-73-29  
Centrala: (034) 313-88-80+82

DYREKCJA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITALA POWIATOWEGO W MYSZKOWIE UL. WOLNOŚCI 29

ogłasza KONKURS na stanowiska

- 1. Przełożonej Pielęgniarek Szpitala Powiatowego oraz Pielęgniarki Oddziałowej:**

- 2. Oddziału Noworodków i Wcześnieaków**

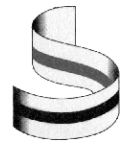
- 3. Oddziału Ginekologiczno - Położniczego**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać

kwalifikacje zgodne z rozp. MZIOS z dnia 29.03.1999r. (Dz.U. nr 30, poz.300). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozp.MZIOS z dnia 19.08.1998r. (Dz.U. nr 115, poz. 749), Oferty z adnotacją na kopercie, Konkurs na stanowisko Pielęgniarki ..... i adresem zwrotnym należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w prasie codziennej o zasięgu ogólnokrajowym pod adresem:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
42- 300 Myszków  
ul. Wolności 29

O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci powiadomieni zostaną indywidualnie.



## Beneficial Kredyt

### POŻYCZKA GOTÓWKOWA

Beneficial Kredyt, pion bankowości detalicznej HSBC Bank Polska S.A. pragnie przedstawić ofertę pożyczki gotówkowej przygotowanej specjalnie dla Państwa

CECHY NASZEJ POŻYCZKI GOTÓWKOWEJ:

- **Pożyczka na dowolny cel**
- **Decyzja kredytowa już w 2 godziny**
- **Złożenie wniosku i uzyskanie pożyczki bez konieczności wizyty w banku**

- Minimum formalności
- Szybkie przekazanie środków po zawarciu umowy
- **Bez poręczycieli i zabezpieczeń**
- **Wcześniejsza spłata pożyczki bez żadnych dodatkowych opłat**
- Dostępna opcja ubezpieczenia spłaty pożyczki
- Możliwość łączenia dochodów

**W racie zawarty jest całkowity koszt kredytu (kapitał, odsetki i prowizja) dodatkowych opłat!!!**

	5 000 PLN	15 000 PLN	30 000 PLN
60 m-cy	119,35	358,06	716,13
48 m-cy	140,15	420,45	840,97
36 m-cy	175,25	525,77	1051,55
24 m-cy	246,16	738,48	1476,97

Oprocentowanie nominalne -14,04% Rzeczywista roczna stopa oprocentowania wyliczona od całkowitego kosztu pożyczki dla 25 000 zł na okres 60 miesięcy wynosi 16,35 %.

### KRYTERIA PRZYZNANIA POŻYCZKI

- Minimalny wiek wnioskodawcy - 24 lata
- Rodzaj zatrudnienia - uznajemy różne formy uzyskiwania dochodów
- Okres kredytowania od 24 do 60 miesięcy
- Minimalny Dochód - 400 zł netto
- Wysokość pożyczki od 3 000 zł do 30 000 zł

ZŁOŻ WNIOSEK PRZEZ TELEFON! 0 - 801 88 99 77

Dzwoniąc pod numer Infolinii proszę przygotować Dowód Osobisty i Numer Konta, na który zostaną przelane środki

Infolinia czynna od poniedziałku do soboty w godzinach 9 - 21, w niedzielę w godzinach 10-21 Koszt połączenia jest równy cenie jednego impulsu za połączenie lokalne. Możesz również zadzwonić pod numer (0-22)314 0150. Kod promocji 35121

HSBC Bank Polska S.A., Plac Pilsudskiego 2, 00-073 Warszawa  
Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
KRS 0000030437, NIP 526-02-11-469, kapitał zakładowy 248 207 000,00, kapitał wpłacony 248 207 000,00 PLN

## Errata do biuletynu z lutego 2008r

- 07 str - autorką artykułu "Rola wychowawcza pielęgniarki w procesie pielęgnowania" cz.1 jest Małgorzata Mikołajczyk
- 25 str - *Anna Kaptacz* powinno być: Izabela Kaptacz
- 26 str - *magistera* powinno być: magistra

***W numerze lutowym naszego biuletynu powstały błędy drukarskie za które redakcja przeprasza.***

## Izabeli Małysz

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci matki składają:  
Przełożona pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowe i koordynujące  
Szpital im. R. Weigla w Blachowni

## **HARMONOGRAM POSIEDZEŃ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.**

<b>25 styczeń 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>	<b>25 lipiec 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>
<b>22 luty 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>	<b>29 sierpień 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>
<b>28 marzec 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>	<b>11 wrzesień 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>
<b>25 kwiecień 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>	<b>31 październik 2008</b>	<b>godz. 12.30</b>
<b>21 maj 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>	<b>21 listopad 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>
<b>27 czerwiec 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>	<b>19 grudzień 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>

## **HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY W 2008 r.**

<b>6 marzec 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>
<b>12 czerwiec 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>
<b>25 wrzesień 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>
<b>11 grudzień 2008r</b>	<b>godz. 12.30</b>

## **GODZINY PRACY BIURA OIPI**

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-pt 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 - 18.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.00 - 9.00 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie  
ŚRODA dyżur do godziny 17.00



Promedica24 jest polską firmą, która powstała w 2004 roku w odpowiedzi na rosnące zainteresowanie pracowników sektora medycznego migracjami zarobkowymi. Zatrudniamy pielęgniarki oraz opiekunki z Polski i Rumunii. Pomagamy znaleźć pracę w Europie Zachodniej lekarzom różnych specjalności oraz farmaceutom. Wyróżnia nas profesjonalizm gwarantujący bezpieczeństwo, atrakcyjne formy zatrudnienia oraz elastyczność oferowanych kontraktów. Zaufaj nam i podejmij wyzwanie!

## Aktualnie poszukujemy osób na stanowiska:

### PIELĘGNIARKA, OPIEKUNKA

lokalizacja: Niemcy

#### Oferujemy:

- pracę przy opiece nad osobami chorymi lub starszymi w domach prywatnych (opiekunki i pielęgniarki)
- pracę w instytucjach medycznych (pielęgniarki)
- możliwość połączenia wyjazdów za granicę z dotychczas wykonywaną pracą
- legalne zatrudnienie na umowę o pracę z polskim pracodawcą
- wyjazdy na okres już od 1 miesiąca
- ubezpieczenie społeczno – zdrowotne
- pokrycie kosztów podróży, zakwaterowania i wyżywienia
- możliwość rozwoju zawodowego
- osobom ze słabą znajomością języka niemieckiego - kursy językowe: intensywne 3 - tygodniowe i stacjonarne 6 - miesięczne

#### Oczekujemy:

- komunikatywnej znajomości języka niemieckiego
- doświadczenia w opiece nad osobami starszymi lub chorymi
- wysokiej kultury osobistej
- pozytywnego i życzliwego nastawienia do pacjenta
- umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych

### PIELĘGNIARKA / PIELĘGNIARZ

lokalizacja: Holandia i Wielka Brytania

#### Oferujemy:

- pracę w prywatnych i państwowych domach opieki i domach starców
- legalne zatrudnienie na umowę o pracę z holenderskim/brytyjskim pracodawcą
- kompleksową pomoc w przygotowaniu do wyjazdu oraz opiekę po przyjechaniu na miejsce

#### Oczekujemy:

- bardzo dobrej znajomości języka angielskiego
- gotowości do wyjazdu na 1-2-letni kontrakt
- pozytywnego i życzliwego nastawienia do pacjenta
- wysokiej kultury osobistej
- umiejętności pracy w zespole

### PIELĘGNIARKA INSTRUMENTARIUSZKA I PIELĘGNIARKA ANESTEZJOLOGICZNA

lokalizacja: Niemcy

#### Oferujemy:

- pracę w niemieckich klinikach
- umowę na czas nieokreślony z niemieckim pracodawcą
- 38,5 godzinny tydzień pracy
- atrakcyjne wynagrodzenie oraz możliwość dodatkowych dyżurów za dodatkowym wynagrodzeniem
- pomoc w przygotowaniu wszelkich formalności

#### Oczekujemy:

- doświadczenie w pracy na bloku operacyjnym
- bardzo dobrej znajomości języka niemieckiego
- aktualnego prawa wykonywania zawodu
- umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych

Jeśli interesuje Cię nasza oferta, skontaktuj się z nami [praca@promedica24.pl](mailto:praca@promedica24.pl), tel. 022 44 87 222  
Szczegółowe informacje o naszej firmie, zasadach współpracy i aktualnej ofercie znajdziesz na stronie [www.promedica24.pl](http://www.promedica24.pl)