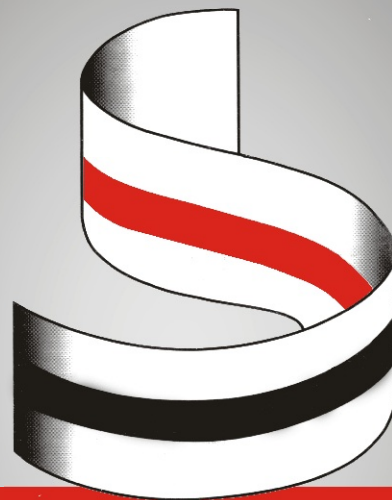


MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



# 8

marca

# DZIEŃ Kobiet

WALENTYNKI  
14 lutego

Luty 2011r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



# XV Jasnogórska Konferencja Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych "POSŁAŃCY MIŁOŚCI" Jasna Góra Częstochowa 28 stycznia 2011 roku.



## W NUMERZE:

Uchwały Prezydialne i ORPiP	1
Kalendarium	1
Pisma w sprawie POZ	2
PTP	5
Opinie	9
Prace autorskie	10
Szkolenia	15
Walentynki	18
Informacje	19

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

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

#### Adres Redakcji:

UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO  
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.  
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii Polonijnej)

Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18  
0-503-008-946

#### Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl  
www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK  
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

#### 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:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13  
42-200 Częstochowa  
birako@o2.pl  
Nakład 1000 szt.



**Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 24 stycznia 2011 roku**

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
  - sześć pielęgniarek na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo anestezjologiczne”
  - dwadzieścia cztery pielęgniarki na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne”
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
  - 600 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za specjalizację w dziedzinie „Pielęgniarstwa epidemiologicznego”
  - 585 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla trzech pielęgniarek za kurs kwalifikacyjny „Technologia dezynfekcji i sterylizacji”

- 3.840 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla ośmiu pielęgniarek za kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne”
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na kwotę 5.000 zł
- Skreślono z rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jedenastu pielęgniarek i trzech położnych.
- Podjęto jedną decyzję w sprawie odmowy zakwalifikowania na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek.
- Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanawia skierować jedną pielęgniarkę na V Ogólnopolski Zjazd Położniczo-Neonatologiczno-Pediatryczny.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla dwóch pielęgniarek. ■

**KALENDARIUM od 01.01.2011 roku do 31.01.2011 roku**



- 10.01.2011r.** Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Prezydenta Miasta Częstochowy uczestniczyła w spotkaniu noworocznym, które odbyło się w Ratuszu Miasta.
- 13.01.2011r.** W Myszkowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” (Nr 03/07) zorganizowanego przez OIPIP w Częstochowie.
- 17.01.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach IV zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.
- 20.01.2011r.** W Myszkowie odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne”. Postępowanie zostało przeprowadzone przez Spółdzielnię Pracy „Oświata”.
- 18.01.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 18.01.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano trzy wnioski. Dwa wnioski przekazano do dalszej weryfikacji.

- 24.01.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 26.01.2011r.** Przeniesienie siedziby OIPIP z ul. Kopernika 38 na ul. Pułaskiego 25
- 27.01.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko ordynatora Oddziału Gastroenterologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Białskiej w Częstochowie.
- 27.01.2011r.** W Kłobucku odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” (Nr 03/07) zorganizowanego przez OIPIP w Częstochowie.
- 27.01.2011r.** Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Fundacji „Ratujmy życie dzieciom” uczestniczyła w spotkaniu naukowym „Choroby alergiczne – problemem XXI wieku”.
- 28.01.2011r.** W siedzibie OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo opieki paliatywnej”.
- 28.01.2011r.** W Domu Pielgrzyma im. Jana Pawła II w Częstochowie odbyła się XV Jasnogórska Konferencja Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „POSŁAŃCY MIŁOŚCI”. W konferencji uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP. ■





Częstochowa, dn. 11.01.2011r.

Szanowna Pani  
Jadwiga Wiśniewska  
Poseł RP

Działając w imieniu i na rzecz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zwracam się do Pani z prośbą o pomoc w realizacji postulatów pielęgniarek zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej związanych z wciąż pogarszającą się sytuacją dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów przewlekle chorych oraz ciągłą destabilizującą zmianą zapisów w Zarządzeniach Prezesa NFZ.

Zapisy kolejnych Zarządzeń niestety są niekorzystne zarówno dla pacjentów jak i pielęgniarek i położnych. Zmiany tych zapisów nie gwarantują pielęgniarkom i położnym zachowania uczciwej konkurencji przy podpisywaniu kontraktów z NFZ.

W uzasadnieniu przedstawiam poniższe wyjaśnienia.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm) „Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie, uczciwej konkurencji”.

Zdaniem Naczelnej oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych przyjęte przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 rok i lata następne zasady zawierania umów, mające umocowanie w Zarządzeniu Nr 74/2010/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, nie zapewniają równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, lecz przyczyniają się do ograniczenia samodzielności zawodowej pielęgniarki środowiskowo rodzinnej jako świadczeniodawcy, a tym samym pozbawiają pacjentów świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarskiej opieki w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy z uwzględnieniem ilości i jakości tych usług.

Kontrowersyjne materiały szczegółowe, dotyczące organizacji i dostępności do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, przygotowywane corocznie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia po raz kolejny utwierdzają w przekonaniu, że to płatnik decyduje kto, gdzie, komu należą się świadczenia gwarantowane i który ze świadczeniodawców odgrywa najważniejszą rolę na rynku usług zdrowotnych. Tak błędna i niezrozumiała dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej konstrukcja zasad i warunków kontraktowania na 2011 rok nie powinna mieć miejsca w działalności podstawowej opieki zdrowotnej, będącej elementarną częścią systemu ochrony zdrowia.

Wadliwość kolejnych zarządzeń, dotyczących zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, polega między innymi na tym, że udzielanie świadczeń pielęgniarki poz sprowadza się przede wszystkim do warunków ambulatoryjnych (w gabinecie pielęgniarki poz) co w konsekwencji pozbawi całkowicie profesjonalnej pielęgniarskiej opieki pacjentów, w tym przewlekle chorych z ograniczoną sprawnością psychoruchową, ponieważ

nie mogą oni przyjść do gabinetu pielęgniarki poz. Nie można akceptować zapisów, które wprowadzają chaos terminologiczny, co wskazywane było przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, a nie uwzględnione przez Ministra Zdrowia w aktach wykonawczych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem zakresu jej zadań, określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005r. w sprawie zakresu zdań lekarza, pielęgniarki i położnej poz (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), czyli „pielęgniarka poz planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną w miejscu zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczeń. Z przepisu tego wynika jednoznacznie, że głównym miejscem świadczeń pielęgniarki poz jest miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, nie gabinet pielęgniarki poz.

Ponadto, pomimo wielu postulatów NR PiP kierowanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministra Zdrowia nadal brak jest wskazania, który ze świadczeniodawców odpowiedzialny jest za transport materiału biologicznego z domu pacjenta do badań diagnostycznych. Nadal także nie zostało dookreślone pojęcie „pielęgniarki środowiskowo - rodzinnej”, stosując określenie „pielęgniarki poz”. Konsekwencją przyjęcia we wszystkich aktach prawnych jednego bardzo szerokiego, pojęcia pielęgniarki POZ powoduje brak jasnych reguł funkcjonowania pielęgniarek rodzinnych na rynku usług medycznych, a wraz z tym szereg nieprawidłowości np. łączenie stanowisk pielęgniarki zatrudnionej w gabinecie zabiegowym z pielęgniarką poz (rodzinną).

Zmiany w zasadach zawierania i realizacji umów w podstawowej opiece zdrowotnej w roku 2011 i latach następnych podpisane w dniu 1 grudnia 2010r. przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wg opinii samorządu pielęgniarek i położnych mają na celu dalsze eliminowanie dotychczas sprawnie działających samodzielnych podmiotów gospodarczych -praktyk pielęgniarskich.

Naczelna oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje pilnych rozwiązań i naprawienia wadliwych zapisów, które rodzą kontrowersje, są niespójne z obowiązującymi ustawami w ochronie zdrowia, likwidują samodzielność zawodową i degradują rolę pielęgniarstwa rodzinnego (pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej) do roli podwykonawcy lub personelu pomocniczego.

W związku z powyższym Naczelna i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o powrót do koncepcji medycyny rodzinnej i pielęgniarstwa rodzinnego, w której lekarz i pielęgniarka realizowaliby świadczenia zdrowotne przede wszystkim w miejscu zamieszkania / pobytu pacjenta.

Licząc na poparcie naszych działań mających na celu poprawę warunków udzielania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej i powrót do koncepcji pielęgniarki rodzinnej pozostaję z wyrazami szacunku. ■

Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
mgr Halina Synakiewicz

Myszków, 20 stycznia 2011 r.

Agnieszka Sowińska  
Asystent Posła na Sejm RP  
Jadwigi Wiśniewskiej

Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

Szanowna Pani,  
Z upoważnienia Poseł Jadwigi Wiśniewskiej uprzejmie informuję, że w związku z pismem z dnia 11 stycznia 2011 r. znak OiPIP/7/2011. mówiącym o wadliwych i niespójnych zapisach w zarządzeniach Prezesa NFZ dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa rodzinnego, Pani Poseł wystąpiła w tej sprawie z interpelacją poselską do Minister Zdrowia Ewy Kopacz.

Po otrzymaniu odpowiedzi na interpelację Poseł Jadwigi Wiśniewskiej niezwłocznie ją prześle celem zapoznania się ze stanowiskiem Ministerstwa w podnoszonej sprawie. ■

Z poważaniem  
Agnieszka Sowińska

Warszawa, dnia 20 stycznia 2011 roku

Jadwiga Wiśniewska  
Stanisław Szwed  
Posłowie na Sejm RP  
Klub Parlamentarny  
Prawo i Sprawiedliwość

Pani  
Ewa Kopacz  
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister,  
Zwracamy się do Pani Minister z interpelacją w sprawie konieczności zmiany wadliwych zapisów zarządzenia Prezesa NFZ dot. podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa rodzinnego.

W związku z wciąż pogarszającą się sytuacją dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów przewlekle chorych, pielęgniarki i położne zrzeszone w Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zwróciły się do mnie z apelem o zmianę wadliwych i niespójnych zapisów w zarządzeniach Prezesa NFZ.

Według Naczelnej i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych zmiany zapisów kolejnych zarządzeń prezesa NFZ dot. zasad zawierania i realizacji umów na rok 2011, mających umocowanie w Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 74/2010;DSOZ. nie gwarantują pielęgniarkom i położnym zachowania uczciwej konkurencji przy podpisywaniu kontraktów NFZ. Dodatkowo przyczyniają się do ograniczenia samodzielności zawodowej pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, a rym samym pozbawiają pacjentów świadczeń z zakresu pielęgniarstwa opieki w miejscu zamieszkania.

Podstawowa opieka zdrowotna jest elementarną częścią systemu ochrony zdrowia, dlatego kontrowersje wzbudza fakt,

że to płatnik decyduje gdzie i komu należą się te świadczenia gwarantowane i który ze świadczeniodawców odgrywa najważniejszą na tym rynku rolę.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych wprost wskazuje wadliwe zapisy zarządzeń Prezesa NFZ. Z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 20 października 2005r. jednoznacznie wynika, że głównym miejscem świadczeń pielęgniarki poz jest miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy. a nie gabinet pielęgniarki poz. Tymczasem wedle zapisów zarządzenia Prezesa NFZ podstawowa opieka zdrowotna to przede wszystkim udzielanie świadczeń pielęgniarstwa w gabinecie pielęgniarki poz (warunki ambulatoryjne), co w praktyce pozbawia profesjonalnej opieki pielęgniarstwa pacjentów przewlekle chorych z ograniczoną sprawnością psychoruchową.

Inne nieścisłości, które wskazują pielęgniarki i położne to brak wskazania który ze świadczeniodawców jest odpowiedzialny za transport materiału biologicznego z domu pacjenta do badań diagnostycznych. Wiele kontrowersji budzi również niedookreślenie pojęcia „pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej” i stosowanie bardzo ogólnego określenia „pielęgniarki poz” przez co dochodzi np. do łączenia stanowisk pielęgniarki zatrudnionej w gabinecie zabiegowym z pielęgniarką poz (rodzinną).

Środowisko pielęgniarek i położnych wielokrotnie informowało o wskazanych niespójnościach, które budzą kontrowersje, likwidują samodzielność zawodową i degradują rolę pielęgniarstwa rodzinnego do roli podwykonawcy lub personelu pomocniczego.

#### **W związku z powyższym prosimy Panią Minister o odpowiedź na pytania:**

1. Czy do Ministerstwa docierają sygnały o niespójnych zapisach zarządzeń Prezesa NFZ?
2. Czy wskazane przez środowisko pielęgniarek i położnych wadliwe zapisy zarządzeń Prezesa NFZ zostaną niezwłocznie zmienione?
3. Czy możliwy jest powrót do koncepcji medycyny rodzinnej i pielęgniarstwa rodzinnego, w której lekarz i pielęgniarka realizowaliby świadczenia zdrowotne przede wszystkim w miejscu zamieszkania (pobytu pacjenta)? ■

Z poważaniem  
Jadwiga Wiśniewska Stanisław Szwed

#### **Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 14.10.2010r. Tematem spotkania było omówienie proponowanych przez NRPiP zmian do rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.**

W dniu 14.10.2010r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie z udziałem

Marka Habera – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Przedstawicielki Departamentu Pielęgniarek i Położnych

- Teresy Bondarowicz

- Joanny Kwiatkowskiej

Przedstawicielki Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

- Elizy Kęski - Leszczyńskiej

Członków Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych  
NRPiP: Emilii Kin,

Marii Matusiak, Bożeny Gościewskiej, Izabeli Kowalskiej,

Tadeusza Wadasa oraz Przedstawicielki Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodziny w Polsce - Alicji Irli.

Tematem spotkania było omówienie proponowanych przez NRPIP zmian do rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Przedstawiciele Komisji wskazali po raz kolejny na konieczność zapisania jednoznacznej interpretacji zadań gabinetu zabiegowego lekarza poz i gabinetu pielęgniarki/ położnej poz.

Pan Minister Marek Haber podkreślił, że w znowelizowanym rozporządzeniu znajdują się zapisy mówiące jednoznacznie, że w gabinecie zabiegowym lekarza poz będą realizowane procedury diagnostyczno – terapeutyczne, w tym iniekcje, które będą wynikały z udzielonej przez lekarza poz porady i będące konsekwencją tej porady dla świadczeniobiorców, których stan zdrowia pozwoli na przyjęcie do gabinetu.

Pan Minister Marek Haber podkreślił, że miejscem pracy pielęgniarki poz ma być głównie miejsce zamieszkania pacjenta.

Przedstawiciele Komisji zawnieśli kolejny raz o wydanie jednoznacznej opinii przez Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie możliwości wykonywania w gabinecie pielęgniarki / położnej poz zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanki skórnej w związku z rozbieżnymi opiniami w tym zakresie.

Podkreślono konieczność wprowadzenia wzoru skierowania do pielęgniarki/ położnej poz w związku z licznymi nieprawidłowościami w zakresie formy i treści obecnie wystawianych skierowań.

Przedstawiciele komisji zawnieśli o zmianę zapisów w zakresie organizacji pobierania i transportu badań labo-

ratoryjnych z domu pacjenta podkreślając, że za całość organizacji winien odpowiadać świadczeniodawca, który otrzymuje na ten cel środki finansowe z NFZ oraz laboratorium, które wykonuje te badania jako podwykonawca. Ze względu na możliwość wystąpienia błędów na każdym etapie procesu laboratoryjnego i w efekcie uzyskania błędnych wyników istotne jest, aby za jego przebieg odpowiadała możliwie najmniejsza liczba osób.

Wniosowano o wykreślenie obowiązku wykonywania testów przesiewowych u dzieci w wieku 2, 4 i 5 lat przez pielęgniarki poz. Zadania te były i powinny pozostać w kompetencji pielęgniarek praktyki zatrudnianych przez lekarza poz.

W zakresie świadczeń położnej poz wnioskowano o zmianę zapisu dotyczącego pierwszej wizyty patronażowej, tak aby odbywała się nie później niż 48godz. od czasu powiadomienia położnej.

Dla zapewnienia dzieciom i młodzieży szkolnej realnej dostępności do świadczeń pielęgniarki w środowisku nauczenia i wychowania przedstawiciele Komisji wskazali na konieczność zniesienia obowiązujących zapisów określających ściśle częstotliwość i godziny dostępności pielęgniarki w szkołach. Zapisy rozporządzenia winny gwarantować możliwość samodzielnego dostosowania harmonogramu czasu pracy pielęgniarki proporcjonalnie do liczby szkół, uczniów i planu godzin lekcyjnych.

W trakcie spotkania zwracano uwagę na problemy, jakie występują w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych w poz w związku z obowiązującymi niespójnymi przepisami. ■

Notatkę sporządziła  
Emilia Kin

8 marca

## DZIEŃ KOBIEC

*Z okazji Dnia Kobiet wszystkiego co najlepsze, szczęścia, zdrowia, spokoju i sukcesów w pracy życzy wszystkim kobietom, a w szczególności pielęgniarkom i położnym*

ORPiP





## **POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE ZARZĄD GŁÓWNY**

01-842 WARSZAWA, Al. Reymonta 8/12

Warszawa, 31 stycznia 2011 r.

Przewodnicząca/y  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca!  
Szanowny Panie Przewodniczący!

W imieniu członków Towarzystwa bardzo dziękuję za otrzymane wsparcie w działaniach, które podejmowaliśmy w ostatnich latach, a w które angażowały się izby pielęgniarskie.

Dziękuję za dofinansowanie projektu „Bezpieczny Personel. Bezpieczny Pacjent” otrzymane od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w: Bydgoszczy, Katowicach, w Koszalinie, w Krośnie, Łodzi, Pile, Płocku, Suwałkach; Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych; Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu – bardzo gorąco dziękuję. Badania były prezentowane podczas Kongresu ICN w 2009 r. i stanowią materiał do sporządzania raportów do ICN.

W chwili obecnej opracowany jest raport z badań, którego wydanie planowaliśmy na 2010 r., ale niestety nie było to możliwe z przyczyn od Towarzystwa niezależnych.

Z kwestionariusza ankiety opracowanego dla potrzeb tego projektu korzystają także osoby, które chcą prowadzić badania z zakresu bezpiecznego środowiska pracy, co umożliwi nam w przyszłości analizę i syntezę sytuacji środowiska pracy pielęgniarek oraz ocenę zmian, które w nim następują lub też nie. Bardzo gorąco dziękuję Małopolskiej Okręgowej Radzie za pozytywną odpowiedź i zamówienie prenumerat „Problemy Pielęgniarstwa” dla 500 uczestników specjalizacji pielęgniarskich. Dzięki temu działaniu czasopismo będzie nadal ukazywało się w formie drukowanej, a pielęgniarki będą mogły korzystać z badań w pielęgniarstwie i wspierać swoją praktykę najnowszymi dowodami naukowymi. Pomagamy w ten sposób także pielęgniarkom prowadzącym badania, które mogą je publikować w wysoko punktowanym czasopiśmie pielęgniarskim.

Gorąco dziękuję izbom pielęgniarskim z Częstochowy, Białej Podlaskiej, Elbląga i Lublina, które zdecydowały się udostępnić łamy swoich Biuletynów dla potrzeb zamieszczenia informacji o czasopiśmie i książkach wydanych we współpracy w Wydawnictwem MAKMED.

Dziękuję również wszystkim tym, które zamieszczają informacje przekazywane przez Towarzystwo drogą elektroniczną na swoich stronach www. Dzięki decyzjom ORPIP w Białej Podlaskiej, Bydgoszczy, Lublinie, Szczecinie czy Krośnie coraz więcej pielęgniarek dowiedziało się lub dowie w tym roku o Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej, mam nadzieję, że uda się także w przyszłości zorganizować warsztaty, które pomogą

w rozumieniu klasyfikowaniu zjawisk pielęgniarskich w praktyce z wykorzystaniem klasyfikacji pielęgniarskiej.

Budowanie świadomości koniecznych zmian w pielęgniarstwie będzie służyć przyszłym pokoleniom, na którym nam tak bardzo zależy. To dla nich budujemy wiedzę pielęgniarstwie i kształtujemy kulturę organizacyjną środowiska pracy dostarczając aktualnych badań, tłumacząc publikacje osiągalne tylko w j. angielskim, dostarczamy argumentów do dyskusji, wskazujemy drogę pielęgniarstwa polskiego przyszłości.

Gorące podziękowania składam Warszawskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych, która wspiera Towarzystwo w działaniach na co dzień, w tym na rzecz dokumentowania historii pielęgniarstwa. W 2010 r. otrzymaliśmy dofinansowanie do zakupu kamery, która umożliwi Głównej Komisji Historycznej dokumentowanie postaci wybitnych pielęgniarek, a nagrany materiał będzie służył w procesie nauczania pielęgniarek.

Zbliża się moment rozliczeń podatkowych, który stwarza możliwość przypomnienia o statusie PTP jako organizacji pożytku publicznego i co za tym idzie przekazania 1% podatku na nasze konto. Korzystając z tej możliwości bardzo proszę o rozważenie zamieszczenia w Biuletynie, wydawanym przez OIPIP, informacji o 1%. Uzyskane w ten sposób środki pomogą nam w opłaceniu składki do ICN (18.000 PLN) oraz do EFN (9000 PLN). W ubiegłym roku osoby fizyczne wsparły nas 9045,11 zł, co pomogło w części opłaceniu składki do ICN. Z naszej obserwacji wynika, że 1% przekazują generalnie osoby, które aktywnie działają na rzecz Towarzystwa, ale być może tym razem będzie inaczej, każda możliwość pozyskania środków jest dla nas ważna.

Chciałabym jednocześnie zaznaczyć, ponieważ być może nie mają państwo takiej wiedzy, że członkowie Zarządu Towarzystwa reprezentując PTP, a tym samym polskie pielęgniarki w różnych spotkaniach bardzo często finansują swoje uczestnictwo z własnych środków. Tutaj należy wspomnieć, że w poprzednich latach Prezes Towarzystwa dwukrotnie korzystała z częściowego wsparcia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, za co bardzo dziękuję.

Mimo to informacje o tym co się dzieje w pielęgniarstwie na świecie udostępniane są szerokiemu gronu pielęgniarek i położnych, ponieważ zdajemy sobie sprawę z tego, że aby rozwijać pielęgniarstwo w Polsce trzeba spoglądać z szerokiej perspektywy pielęgniarstwa światowego. Chcemy dalej dostarczać narzędzi do pracy dla naszej profesji i dlatego bardzo prosimy o wsparcie m.in. poprzez zamieszczenie ogłoszenia znajdującego się w załączniku.

Poszukiwanie środków znacząco osłabia możliwość koncentrowania się na działalności profesjonalnej, dlatego ważny jest każdy gest.

Licząc na zrozumienie i dalszą owocną współpracę. ■

**z poważaniem**  
**Dorota Kilańska**  
**Prezes Polskiego**  
**Towarzystwa Pielęgniarskiego**

## Zaproszenie do przekazania 1 % podatku Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarskiemu

**Co zrobić, aby wspomóc naszą organizację? należy: wypełnić odpowiednią rubrykę w rocznym zeznaniu podatkowym (PIT-36, PIT-36L, PIT-37, PIT-28, PIT-38)**

Osoby fizyczne mogą pomniejszyć podstawę opodatkowania o kwotę darowizny na rzecz PTP na dwa sposoby:

Po wyczeniu, **ile podatku będziemy mieli do zapłacenia w tym roku**, w odpowiednich rubrykach zeznania podatkowego (które zatytułowane są "Wniosek o przekazanie 1% podatku należnego na rzecz organizacji pożytku publicznego OPP") **wpisujemy nazwę i numer pod jakim widnieje w Krajowym Rejestrze Sądowym organizacja, której chcemy przekazać 1% należnego podatku** (art. 45 ust. 5c ustawy o pdof).



KRS "0000065610"

**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny**

**Adres (Adress): Al. Reymonta 8/12**

**01-842 Warszawa**

**Tel. +48 22 663-63-45; Fax +48 22 398-18-51**

**NIP 526-17-16-467**

**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie ma nr KRS "0000065610"**

**Wszystkie materiały, które są udostępniane na naszej stronie są tłumaczone i publikowane ze składek członków PTP, skromnych darowizn sponsorów, a najczęściej są wynikiem pracy wolontariuszy naszej organizacji. Możesz mieć w tym swój udział.**

## INFORMACJA PRASOWA w sprawie hasła obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w dniu 12 maja 2011

Szanowni Państwo,  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w imieniu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ogłasza hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w 2011 r.

### „Niwelowanie różnic - zwiększanie równości w dostępie do opieki medycznej”

#### Tło:

W każdym kraju obserwuje się wzrost zachorowań na choroby przewlekłe a tym samym zwiększa się potrzeba uzyskania dostępu do odpowiedniej opieki dla osób przewlekle chorych. W krajach o różnych poziomach dochodu, zdrowie i choroba odzwierciedlają gradient społeczny: im niższa pozycja społeczno-ekonomiczna, tym gorsze zdrowie (WHO 2008b).

„Gwałtownie rosnące nasilenie chorób przewlekłych dotyka nieproporcjonalnie bardziej ludność biedną i pokrzywdzoną przez los, przyczyniając się do pogłębienia przepaści w dostę-

pie do zdrowia zarówno wewnątrz kraju jak i między krajami” (WHO 2008a)

[http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN\\_IND\\_2010.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN_IND_2010.pdf).

Nierówności w dostępie do zdrowia wynikają z wielu aspektów i nie zawsze są związane z zasobami finansowymi. Rozmieszczenie usług w obszarach miejskich i wiejskich jest zróżnicowane i bardzo często osoby, które wydawałoby się powinny nie mieć problemu z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych np. z uwagi na ich dochody, odczuwają brak odpowiedniego rodzaju usług umożliwiających zaspokojenie ich potrzeb.



Podsumowanie przyczyn i mechanizmów społecznych determinantów nierówności w zdrowiu.<sup>10</sup>

Komisja do Spraw Społecznych Determinantów Zdrowia. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Szkic do dyskusji, kwiecień 2007. str. 47 za: j.w s.7.

Pielęgniarki odgrywają znaczącą rolę w działaniach na rzecz równego dostępu do opieki medycznej m.in. poprzez prowadzenie edukacji i kampanii informacyjnych; działania, aby informacje na temat zdrowia były jasne i spójne. Ważnym elementem jest wpływanie na politykę zdrowotną oraz działania dotyczące dostępu np. do zdrowej żywności w szkole i miejscu pracy; zapewnienie informacji o dostępie do usług zdrowotnych, takich jak poradnictwo żywieniowe lub kontrola ciśnienia krwi; zachęcanie do działań na rzecz zdrowego środowiska oraz do zapewniania udogodnień dla aktywności fizycznej oraz tworzenie środowiska, w którym wybory zdrowotne są prostymi wyborami łatwymi do realizacji (ICN 2010).



Przede wszystkim jednak, pielęgniarki w swojej codziennej praktyce przestrzegają zasady zakazu dyskryminacji pacjentów w dostępie do opieki medycznej. W Preambule Kodeksu etyki dla pielęgniarek MRP z 2005 roku czytamy: „Opieka pielęgniarska jest pełna poszanowania i nie może być ograniczeń ze względu na: wiek, kolor skóry, wyznanie, kulturę, niepełnosprawność czy chorobę, płeć, orientację seksualną, narodowość, poglądy polityczne, rasę czy sytuację społeczną” (ICN, 2005). Podobny zapis znajdujemy w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP z 2003 roku.

Pielęgniarki mogą realizować wiele cennych inicjatyw zwiększających dostęp społeczeństwa do zdrowia. Pielęgniarki coraz częściej wykorzystują w swojej praktyce technologie informacyjne takie jak np. telefony komórkowe, Internet itp. [http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/Innowacje\\_Telepielegniarstwo\\_PTP\\_2009.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/Innowacje_Telepielegniarstwo_PTP_2009.pdf).

W Korei Południowej pielęgniarki wykorzystując kontakt przez sms monitorują poziom glukozy we krwi, interpretują otrzymywane dane i przekazują zwrócić zalecenia terapeutyczne w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości oraz kontrolują przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. W grupie, gdzie prowadzono ten rodzaj działań poziom glikozylohemoglobiny (HbA1c) w ciągu 3 miesięcy zmniejszył się, w porównaniu z wartością wyjściową, o 1,5% punktów i 0,5% punktów w ciągu następujących sześciu miesięcy. (Hee-Seung et al. 2007)

[http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN\\_IND\\_2010.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN_IND_2010.pdf).

W Ghanie pielęgniarki, które przeniosły się z klinik lokalnych do przychodni wybudowanych przez społeczność lokalną, opiekują się pacjentami, odwiedzając ich w domach, oferując pomoc ambulatoryjną, szczepienia, edukację zdrowotną, informację, diagnostykę. Ewaluacja po pierwszych 5 latach realizacji projektu wykazała, że pielęgniarki pracujące bezpośrednio w środowisku lokalnym osiągnęły zmniejszenie wskaźnika umieralności dzieci (dzięki poprawie opieki w ostrych infekcjach układu oddechowego, malarii i bieguncie oraz lepszej realizacji programu szczepień dziecięcych).

Pielęgniarki polskie posiadają bardzo duży potencjał, szczególnie pielęgniarki POZ, które mają najlepszy dostęp do tych, którzy potrzebują opieki i bardzo często nie mają możliwości skorzystania z innego rodzaju usług z uwagi na stan zdrowia, wiek czy niesamodzielność. Ważnym działaniem, będącym w kompetencjach pielęgniarek, jest monitorowanie przestrzegania zaleceń terapeutycznych, które także mogą przyczynić się do eliminacji nierówności w zdrowiu

[http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=438&Itemid=31](http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=438&Itemid=31).

Hasło MDP wpisuje się w kierunki polityki zdrowotnej w Polsce. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015 jest „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”. Dla osiągnięcia tego celu wytyczono trzy kierunki działań:

- Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia,
- Tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu (NPZ).

Pielęgniarki odgrywają znaczącą rolę w każdym z tych obszarów działań podejmując współpracę z różnymi przedstawicielami samorządu terytorialnego wszystkich szczebli i organizacji pozarządowych.

Wprowadzanie innowacji w pielęgniarstwie ma na celu ułatwienie dostępności do usług medycznych

[http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/IND\\_kit\\_2009\\_PL.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/IND_kit_2009_PL.pdf)

i przez to zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentowi i całemu społeczeństwu. Ponadto, korzystanie w praktyce pielęgniarskiej z badań naukowych publikowanych w czasopiśmie pielęgniarskich jest niezbędne dla prowadzenia właściwego postępowania pielęgnacyjnego zgodnie z najnowszymi osiągnięciami dziedziny pielęgniarstwa.

Tylko działania konsekwentne, planowe i skoncentrowane na indywidualnej sytuacji pacjenta mogą przynieść oczekiwane rezultaty zarówno dla odbiorców usług opiekuńczych, jak i całego systemu ochrony zdrowia. ■

Zarząd Główny Polskiego  
Towarzystwa Pielęgniarskiego  
Warszawa, 07 stycznia 2011 r.

## **STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO w sprawie CPD – Kontynuowania Rozwoju Zawodowego Pielęgniarek**

Kontynuowanie Rozwoju Zawodowego (Continuing Professional Development - CPD) to nieustający proces rozwoju jednostki w celu poprawy jej potencjału i zdolności do profesjonalnego wykonywania zadań zawodowych. CPD jest możliwe poprzez nabywanie i rozwój szeroko pojętej wiedzy, umiejętności i doświadczenia, które nie są możliwe do osiągnięcia podczas pierwszego stopnia kształcenia w zawodzie czy też wykonywanej rutynowo pracy.

CPD jest elementem uczenia się przez całe życie (lifelong learning), które stanowi jedno z podstawowych założeń procesu Bolońskiego. Polska jako strona tego procesu powinna dołożyć wszelkich starań, aby pielęgniarki mogły korzystać z możliwości aktualizowania swojej wiedzy.

CPD może być realizowane poprzez szereg bardzo zróżnicowanych działań, zarówno o charakterze formalnym, jak i nieformalnym. W wielu krajach europejskich CPD monitorowane jest za pomocą punktów edukacyjnych, które pielęgniarka ma zdobyć w ciągu określonego czasu lub dni, które w ciągu roku powinna poświęcić na uczestniczenie w różnych formach rozwoju zawodowego.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, iż Kontynuowanie Rozwoju Zawodowego jest jednocześnie obowiązkiem i prawem każdej pielęgniarki.

Obowiązek stałego aktualizowania wiedzy przez pielęgniarki został wyrażony zarówno poprzez normy deontologiczne zawarte w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP z 2003 roku (Rozdział II części szczegółowej, pkt.1), jak i normy prawne zapisane w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z 1996 roku (Art. 10b). W ustawie tej zostało również potwierdzone prawo pielęgniarki do doskonalenia zawodowego, a co za tym idzie własnego rozwoju zawodowego (Art.. 10b).

Zapisy te są jednak zbyt ogólne i wymagają doprecyzowania. Dlatego uważamy za konieczne dokonanie stosownych zmian legislacyjnych, które zaowocują w przyszłości spójnym systemem Kontynuowania Rozwoju Zawodowego pielęgniarek i co za tym idzie, świadomego planowania ścieżki kariery zawodowej. Stworzenie systemu legislacyjnych bodźców obligujących pielęgniarki do podjęcia wysiłku Kontynuowania Rozwoju Zawodowego oraz możliwości jego realizacji przyczyni się do zagwarantowania obywatelom profesjonalnej opieki pielęgniarskiej oraz umocni pozycję pielęgniarek jako parterów w zespole terapeutycznym.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie popiera wszelkie legislacyjne i pozalegisłacyjne inicjatywy wdrażające system Kontynuowania Rozwoju Zawodowego pielęgniarek. Apelujemy również do wszystkich organizacji pielęgniarskich o podjęcie prac, które przyczynią się do rzetelnego przygotowania tego procesu oraz pozwolą na szybsze jego wprowadzenie.

W naszym przekonaniu, zmiany legislacyjne, precyzujące kwestię CPD, powinny pójść w kierunku wskazania podmiotu odpowiedzialnego za finansowanie lub współfinansowanie uczestnictwa pielęgniarek w różnych formach edukacji i rozwoju zawodowego oraz wprowadzenia mądrych rozwiązań organizacyjnych związanych z podejmowaniem przez pielęgniarki wysiłku tego rozwoju.

#### **Tło:**

Wiedza i umiejętności zdobyte w toku kształcenia dyplomowego i podyplomowego są niewystarczające do wykonywania zadań zawodowych. Jest to szczególnie widoczne w zawodach medycznych. System CPD został wprowadzony w Polsce w zawodzie lekarza i ratownika medycznego. Od pielęgniarek także oczekuje się utrzymywania swojej wiedzy i umiejętności na poziomie adekwatnym do rozwoju nauki. W kontekście bezpieczeństwa pacjentów, uczestniczenie pielęgniarek w procesie ciągłego rozwoju zawodowego powinno być traktowane jako imperatyw moralno-prawny.

Badania prowadzone w innych krajach udowodniły, iż poziom wykształcenia personelu pielęgniarskiego ma wpływ na jakość sprawowanej opieki i występowanie zdarzeń niepożądanych u pacjentów. (Stanowisko PTP w sprawie obsad pielęgniarskich

[http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=465&Itemid=71](http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=465&Itemid=71)

Kontynuowanie Rozwoju Zawodowego oznacza szeroko pojętą działalność formalną i nieformalną związaną z uczeniem się i rozwijaniem swoich zainteresowań. Nacisk powinien być położony przede wszystkim na samokształcenie, w którym każdy samodzielnie określa cele, jakie chce osiągnąć. Dlatego istotne jest, aby już podczas edukacji zawodowej kształtowano właściwą motywację pielęgniarek do wzięcia odpo-

wiedzialności za własny rozwój zawodowy. Ważne jest także przygotowanie do świadomego planowania ścieżki kariery zawodowej w pielęgniarstwie.

W 2006 roku EFN zgromadziła dane oceniające możliwości Kontynuowania Rozwoju Zawodowego pielęgniarek w krajach członkowskich oraz wpływu tego procesu na karierę zawodową pielęgniarek. Jak wynika z przeprowadzonej analizy w wielu krajach UE CPD jest obowiązkowe (11 państw) i w wielu została określona roczna liczba punktów lub dni, które pielęgniarki powinny przeznaczyć na profesjonalny rozwój. Np.: Czechy - 40 pkt. w ciągu 6 lat; Luxemburg 5 dni w ciągu roku, Malta 3 dni na rok; Austria 40 godzin w ciągu 5 lat; Irlandia 2 dni w roku; Wielka Brytania, Islandia 3 dni na rok; Portugalia 105 godzin w ciągu roku; Estonia 60 godzin w ciągu roku, Belgia i Włochy więcej niż 3 dni na rok; Litwa 30 godzin na rok; Słowacja 100 punktów na 5 lat. W krajach, w których CPD jest obligatoryjne system przewiduje proces potwierdzania prawa wykonywania zawodu (recertyfikacji) po upływie określonego czasu.

W krajach, w których wprowadzono obowiązek prawny Kontynuowania Rozwoju Zawodowego finansowanie kształcenia pielęgniarek opiera się na systemie mieszanym. Polega to na współdziałaniu pielęgniarek, pracodawców i w niektórych przypadkach organów rządowych w opłacaniu kosztów tego kształcenia (EFN, 2006).

Korzyści wynikające z wprowadzenia systemu formalnego CPD:

- Kształtowanie osobowości i indywidualny rozwój każdej pielęgniarki;
- Wpływ na jakość świadczonej opieki i bezpieczeństwo pacjentów, a poprzez to wzrost zaufania społecznego do pielęgniarek;
- Rozwój pielęgniarstwa - nauki i praktyki;
- Wzrost czytelnictwa piśmiennictwa pielęgniarskiego i poprzez to praktykowanie pielęgniarstwa opartego na wiarygodnych danych naukowych (Evidence Based Nursing - EBN);
- Rozwój programów kształcenia;
- Podstawy do wypracowania ścieżek kariery zawodowej w pielęgniarstwie.

Pielęgniarki polskie dość licznie uczestniczą w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego. Wprowadzenie formalnego systemu CPD dałoby im możliwość rozliczenia podejmowanego przez nie wysiłku i nagrodzenia go zarówno poprzez zwiększenie możliwości awansu zawodowego, jak i system nagród finansowych. Ponadto, dostrzeganie wymiernych korzyści rozliczenia się z aktywności związanej z samokształceniem mobilizuje do dalszych działań.

Bardzo dużą rolę w procesie Kontynuowania Zawodowego Rozwoju pielęgniarek odgrywa pracodawca. Niestety, obserwujemy niewiele przejawów wspierania inicjatyw podejmowanych przez pielęgniarki na rzecz własnego rozwoju w miejscu pracy. Dotyczy to zarówno wsparcia finansowego, jak i rozwiązań organizacyjnych umożliwiających uczestnictwo w kształceniu.

Kontynuowanie Rozwoju Zawodowego w pielęgniarstwie jest procesem złożonym i za jego realizację powinny odpowiadać różne podmioty: sama pielęgniarka, instytucje kształcące, organizatorzy systemu opieki zdrowotnej oraz pracodawcy. Wszystkie te podmioty zostały połączone wspólnym celem, jakim jest zagwarantowanie najlepszej jakości opieki zdrowotnej. ■



Kraków 2011-01-25

## OPINIA DOTYCZĄCA DODATKÓW DO WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ Z TYTUŁU ZATRUDNIENIA W POGOTOWIU RATUNKOWYM DLA PRACOWNIKÓW SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW RATUNKOWYCH

Przepisy dotyczące wynagrodzenia za pracę pracowników zakładów opieki zdrowotnej uprawniają pracowników pogotowia ratunkowego do otrzymywania dodatków do wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Art. 32 § 1 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Ustawa o z.o.z.) przewiduje, że pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w zespole wyjazdowym pogotowia ratunkowego (pomocy doraźnej) przysługuje dodatek w wysokości 30 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Ustęp drugi wskazanego artykułu przewiduje natomiast, iż pracownikom wymienionym w ust. 1 zatrudnionym w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej) poza zespołem wyjazdowym przysługuje dodatek w wysokości 20 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy.

Celem przedmiotowych przepisów jest ustanowienie dla pracowników wykonujących zawód medyczny dodatku za pracę w uciążliwych warunkach, jakie stwarza pogotowie ratunkowe i konieczność pozostawania w gotowości do świadczenia pomocy doraźnej. Brak precyzji ustawodawcy w zdefiniowaniu pojęć użytych w zapisach przedmiotowej ustawy stwarza jednak możliwość rozbieżności interpretacyjnych i uchylania się przez zakłady opieki zdrowotnej od wypłaty należnych pracownikom wynagrodzeń.

Niewątpliwie bezspornym jest, że dodatki do wynagrodzenia przysługują wyłącznie pracownikom wykonującym zawód medyczny. Nie są zatem uprawnieni do dodatków zatrudnieni w jednostkach pogotowia ratunkowego pracownicy administracyjni, personel sprząający itp. Pewne rozbieżności w rozumieniu przepisu rodzi jednak druga ze wskazanych w nim przesłanek tj. fakt zatrudnienia w „pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej)”. Wątpliwości interpretacyjne na gruncie tego przepisu powoduje brak w polskim systemie prawa wyraźnej definicji legalnej pojęcia „pogotowia ratunkowego” jak i „pomocy doraźnej”. Nadto niejasnym pozostaje użyciem nawiasu, którym zostało objęte pojęcie pomocy doraźnej w cytowanym przepisie.

W tym miejscu wyjaśnienia wymaga, że zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 Ustawy o z.o.z. pogotowie ratunkowe stanowi jeden z rodzajów zakładu opieki zdrowotnej. Formalnie zatem szpitalny oddział ratunkowy, który pozostaje w świetle prawa jedynie komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej, nie może być utożsamiany z jednostką pogotowia ratunkowego w rozumieniu przepisów Ustawy o z.o.z. Stąd też niektórzy interpretatorzy wywodzą, iż norma określająca dodatki do wynagrodzeń za pracę w „pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej)” nie ma zastosowania do pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych, którzy świadcząc pomoc doraźną, nie pozostają zatrudnieni w pogotowiu ratunkowym w rozumieniu art. 2 Ustawy o z.o.z. Zważywszy jednak na celowościową i systemową wykładnię wskazanych przepisów, wniosek ten wydaje się być zupełnie nieuzasadniony.

W pierwszej kolejności zwrócić uwagę należy na fakt, że określenie „pogotowia ratunkowego” jest przez polskiego

ustawodawcę używane nie tylko dla określenia wyodrębnionej jednostki stanowiącej zakład opieki zdrowotnej, lecz dla każdego rodzaju jednostek świadczących usługi w stanach nagłego zagrożenia życia. Przykładowo w rozporządzeniu MSWiA z dnia 27 czerwca 2002 r. w sprawie trybu przeprowadzania badań lekarskich osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Straży Granicznej (Dz. U. z dnia 3 lipca 2002 r.) § 5 ust. 2 stanowi, że jeżeli stan zdrowia osoby zatrzymanej przez Straż Graniczną wskazuje na potrzebę użycia do jej przewiezienia specjalnego środka transportu sanitarnego - przewiezienia dokonuje pogotowie ratunkowe. Analogiczne przepisy występują w rozporządzeniu MSWiA z dnia 21 czerwca 2002 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z dnia 2 lipca 2002 r.), czy też w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez inspektorów lub pracowników kontroli skarbowej (Dz. U. z dnia 22 października 2010 r.). Podobnie również w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z dnia 20 października 1994 r.) art. 18 ust. 5 stanowi, że w przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie. W rozumieniu przytoczonych przepisów pogotowie ratunkowe nie oznacza wyłącznie wyodrębnionych zakładów opieki zdrowotnej, lecz każdą jednostkę, która realizuje zadania państwa polegające na zapewnieniu pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednostkami takimi zaś, zgodnie z art. 32 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Ustawa o PRM) są:

- 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
- 2) zespoły ratownictwa medycznego, o ile zostaną włączone do systemu jednostek pogotowia ratunkowego na podstawie art. 24 ustawy.

Ze względu na konstrukcję tego przepisu, która wskazuje, że podstawowymi jednostkami systemu PRM (powszechnie w innych aktach prawnych zwanych pogotowiem ratunkowym) są właśnie szpitalne oddziały ratunkowe, trudno wykazywać, by jednostki te miały inny charakter aniżeli pogotowie ratunkowe w powszechnym rozumieniu tego pojęcia.

Ze względu na powyższe, dla interpretacji przepisu art. 32 § 1 Ustawy o z.o.z. formalne rozróżnienie pod względem formy organizacyjno-prawnej szpitalnych oddziałów ratunkowych i jednostek pogotowia ratunkowego w rozumieniu art. 2 Ustawy o z.o.z. nie posiada żadnego znaczenia. **Działalność pogotowia ratunkowego, stanowiącego odrębny zakład opieki zdrowotnej, nie odbiega w swoim zakresie niczym od działalności szpitalnego oddziału ratunkowego.** Artykuł 28 Ustawy o z.o.z. określający rodzaj oraz sposób wykonywania zadań takiej jednostki stanowi, że pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia. Przedmiotem działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych jest natomiast, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z dnia 30 marca 2007 r.), udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z przytoczonych przepisów wynika zatem, że bez względu na zastosowaną nomenklaturę i sposób określenia zadań, przedmiot działalności obu rodza-



jów jednostek jest tożsamy, a jego istotą jest ratowanie życia ludzkiego w stanach nagłego zagrożenia. Nadto wobec treści artykułu 2 ust. 2 Ustawy o z.o.z., który stanowi, że zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej, zwrócić uwagę należy, iż pogotowie ratunkowe podległe lub stanowiące część jednostki, jaką jest szpital, de facto nawet pod względem organizacyjno -prawnym będzie niewiele różnić się od szpitalnego oddziału ratunkowego.

W tym stanie rzeczy w pełni zrozumiale wydaje się być użycie przez ustawodawcę w komentowanym przepisie wziętego w nawias sformułowania pomocy doraźnej. Zgodnie z klasyfikacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797) do kategorii komórek organizacyjnych specjalizujących się w opiece doraźnej zalicza się:

- 3010 Ambulatorium ogólne
- 3011 Ambulatorium pediatryczne
- 3012 Ambulatorium chirurgiczne
- 3016 Ambulatorium okulistyczne
- 3040 Ambulatorium stomatologiczne
- 3110 Zespół wyjazdowy ogólny
- 3112 Zespół wyjazdowy wypadkowy W - podstawowy
- 3114 Zespół wyjazdowy reanimacyjny R - specjalistyczny
- 3118 Zespół wyjazdowy neonatologiczny N
- 3150 Wodne Pogotowie Ratunkowe
- 3200 Lotniczy zespół transportu sanitarnego
- 3210 Lotniczy zespół ratownictwa medycznego
- 3220 Lotnicza grupa poszukiwawczo-ratownicza
- 3300 **Szpitalny oddział ratunkowy**

Wydaje się więc, że ustawodawca, świadom brzmienia przepisu art. 2 Ustawy o z.o.z., poprzez dodanie w nawiasie sformułowania „pomocy doraźnej” celowo doprecyzowuje, że pracownikami, o których mowa w art. 32 § Ustawy o z.o.z. są nie tylko pracownicy pogotowia ratunkowego w rozumieniu przepisu art. 2 tejże ustawy, lecz wszyscy pracownicy wykonujący swoje obowiązki w oddziałach związanych z udzie-

laniem świadczeń zdrowotnych w stanach nagłego zagrożenia życia. Z punktu widzenia celu przedmiotowego przepisu inna interpretacja jest całkowicie błędna. Bezsprzeczne pozostaje bowiem, iż ratio legis przepisu uprawniającego pracownika pogotowia ratunkowego do dodatku do wynagrodzenia jest rekompensata za pracę w ciężkich warunkach i realizacja zasady wynagradzania odpowiedniego w stosunku do wykonywanej pracy, wynikającej z art. 78 Kodeksu Pracy.

W świetle powyższej argumentacji **odmowa wypłaty dodatków do wynagrodzeń pracownikom szpitalnych oddziałów ratunkowych uzasadniana jedynie faktem zatrudnienia w jednostce, niestanowiącej formalnie odrębnego zakładu opieki zdrowotnej o specjalności pogotowia ratunkowego, pozostaje zupełnie pozbawiona racji. Zarówno wykładnia systemowa jak i celowościowa komentowanego przepisu prowadzi do jednoznacznego wniosku, iż do wszystkich pracowników medycznych pracujących w szpitalnych oddziałach ratunkowych winien mieć zastosowanie przepis art. 32 § Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.** Sama wysokość dodatku do wynagrodzenia, o którym mowa w przepisie, uzależniona jest od faktu zatrudnienia w zespole wyjazdowym ratownictwa medycznego (dodatek w wysokości 30 % stosownie do przepisów art. 32 § ust. 1 Ustawy o z.o.z.) lub też poza nim (dodatek w wysokości 20 % stosownie do przepisu art. 32 § ust. 2 Ustawy o z.o.z.). Brak jest natomiast jakichkolwiek podstaw prawnych do pozbawiania pracowników medycznych zatrudnionych w SOR, czy to w zespołach ratownictwa medycznego czy też poza nimi, prawa do dodatków do wynagrodzeń, o których mowa w art. 32 § powoływanej ustawy. Jak już wskazano na wstępie niniejszej opinii, wyłączenie zastosowania wskazywanych przepisów w stosunku do pracowników SOR może mieć miejsce, zgodnie z literalnym brzmieniem przepisów, jedynie w stosunku do pracowników nie wykonujących zawodów medycznych takich jak członkowie ekip sprząających itp.. ■

Opracowała: mgr Anna Gorgoń



## Część II pracy pt.: DEPRESJA II DEPRESJE OKOŁOPORODOWE

### 2.1. ETIOLOGIA DEPRESJI POPORODOWYCH

Liczne badania prowadzone w celu zidentyfikowania przyczyn depresji poporodowych nie przyniosły jednoznacznych, zadowalających efektów, które dałyby odpowiedź, jakie czynniki wywołują te zaburzenia. Ustalono dotychczas, że domniemane przyczyny zaburzeń nastroju obejmują bardzo szeroki zakres.

Wyodrębniono takie czynniki jak: zmiany hormonalne, czynniki psychologiczne – społeczne, demograficzne, ginekologiczno -położnicze.

- 1) zmiany hormonalne - Wiele badań wskazuje na rolę hormonów: płciowych, tarczycy, prolaktyny, kortyzolu, endorfin, tryptofanu i innych peptydów.

U części kobiet po porodzie stwierdza się zaburzenia w osi

podwzgórze – przysadka – tarczyca . Bukowczyk utrzymuje, że psychozy poporodowe są wyrazem dyshormonozy. Za taką cechą przemawiają następujące objawy: nawrotowość, generacyjny charakter zaburzeń, występowanie psychoz o cechach histerycznych – co zaprzecza psychogenne pochodzenie psychozy . Według Katarzyny Borysewicz główną i nie zaprzeczalną rolę odgrywają w większości takie hormony jak: progestageny, estrogeny, hormony tarczycy i kortykosterydy.

- a) progestageny – największe obniżenie nastroju, według wielu badań rejestruje się w okresie największego spadku progestagenów. Istnieją informacje, że zaburzenia nastroju występują u kobiet, które przed porodem cierpiały na zespoły napięcia przedmiesiączkowego. W pracy Jarrahi – Zadecha znajdujemy informacje nasennego i przeciwbólowego działania progestagenów. Ciekawy jest również fakt skutecznych prób leczenia depresji w okresie połogu przy użyciu estrogenów i dodatkowo gestagenów .



- b) estrogeny i progesteron – spadek poziomu estrogenów i progesteronu po porodzie może przyczyniać się do zaburzeń lękowych.  
Klein podaje, że poziom dwutlenku węgla w czasie ciąży jest niższy z powodu hiperwentylacyjnego działania progesteronu, co zmniejsza nasilenie objawów lęku panicznego. Z kolei po porodzie poziom ten gwałtownie spada i wraca do normy, co powoduje nasilenie napadów paniki u położnic. Badania nad wpływem estrogenów na depresję i psychozy poporodowe prowadzili Wieck i Fink. W badaniach swoich udowodnili, że w odpowiedzi na spadek estrogenów wzrasta wrażliwość układu dopaminergicznego podwzgórza, co może sprzyjać powstaniu u położnic psychozy poporodowej.
- c) hormony tarczycy – są potwierdzone dowody, że poporodowa dysfunkcja tarczycy może przyczyniać się do rozwoju depresji poporodowej, niezależnie czy występuje niedoczynność, czy nadczynność tarczycy. U części badanych z zaburzeniami tarczycy osób już po sześciu tygodniach od porodu pojawiły się objawy depresji. Monika Szewczuk-Bogusławska podaje, że u około 10% kobiet w 4-5 miesiącach po porodzie występuje niedoczynność tarczycy, którą niektórzy autorzy uważają za główną przyczynę depresji poporodowej o późnym początku. Natomiast Lazarus wykluczył związek między funkcją tarczycy, a poporodowymi zaburzeniami nastroju.
- d) kortykosterydy – wiele prac naukowych wykazuje sprzeczne poglądy na temat wpływu kortykosteroidów. Dlatego trudno o jednolitą opinię na ten temat.
- 2) czynniki psychologiczne – społeczne – (traumy psychologiczne) nieplanowana ciąża, niepewność utrzymania pracy, złe kontakty i relacje małżeńskie, brak partnera, złe relacje z rodzicami, brak wsparcia u najbliższych, mogą powodować pogłębienie zaburzeń. W badaniach epidemiologicznych stwierdzono, że niski status socjoekonomiczny i trudna sytuacja życiowa nie zwiększa ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.  
Do czynników wpływających na wystąpienie zaburzeń depresyjnych przyczynić się może nastrój, który towarzyszy ciężarnej od momentu wiadomości o ciąży. Dlatego wystąpienie depresji poporodowej ma często ścisły związek z nieprawidłowymi interakcjami małżeńskimi. Według Kossakowskiej – Petryckiej i Wałęckiej – Matyji przeżywany stres i negatywne emocje nasila również ciąża wysokiego ryzyka. Badania ich dowiodły, że kobiety z ciążą powikłaną przejawiają wyższy poziom stresu, a także wyższe natężenie odczuwania negatywnych emocji. Występowanie stresu, zaburzeń emocjonalnych i depresji u ciężarnych stanowi istotny czynnik ryzyka w etiologii depresji poporodowych. Istnieją również osobowościowe czynniki mające swe źródło w przeszłości. Chodzi tu o zdarzenia traumatyczne z dzieciństwa, trudne ciążę, jak i o urazowe sytuacje z poprzedniego porodu. Trudne sytuacje są osadzone zawsze w kontekście społecznym. W. Fijałkowski twierdzi, że na przebieg porodu i pobudzenie reakcji lęku – napięcia – bólu, mają również wpływ urazowe sytuacje przeżywane na sali operacyjnej. Źródłem napięć emocjonalnych może być obawa przed bólem, utrata panowania nad sobą, nieodpowiednie zachowanie lekarza, lub brak troskliwości i właściwej opieki ze strony personelu medycznego.
- 3) czynniki demograficzne - wpływ tych czynników na wystąpienie depresji był wiodącym tematem kilku prac

badawczych. Między innymi Foggetter i Gath (1981) dowiodły, że te kobiety, które nie posiadają mężów i mają wizję samotnego wychowywania dziecka, należą do grupy wysokiego ryzyka. Kolejnym czynnikiem jest utrata pracy przez męża. W przypadku matek i ojców młodocianych, jest zły status ekonomiczny rodziny, lub nie pozostawianie w związku małżeńskim z ojcem dziecka.

- 4) czynniki ginekologiczne – położnicze – wśród naukowców zdania na ten temat są bardzo podzielone.  
Na podstawie przeprowadzonych badań O'hara i Swaina (1996), możemy twierdzić, iż ingerencja w poród naturalny (epiotomia, używanie kleszczy, stosowanie środków farmakologicznych) może wpłynąć na wystąpienie depresji poporodowej. Natomiast Eliot (1984) i Paykel (1980) twierdzą, że zabiegi te nie mają wpływu na stan emocjonalny i depresyjny położnicy, nawet po wykonaniu takich zabiegów ryzyko depresji maleje. Niebagatelny czynnik etiologiczny wpływający na wystąpienie depresji poporodowej to utrata płodu, dziecka, ból i żaloba po nim. Wiele kobiet u których miało miejsce poronienie samoistne, czy też zgon noworodka, doświadcza głębokiego bólu, osamotnienia i depresji w chwili uświadomienia sobie utraty ciąży. (Pasnau i Farach, 1977; Borg i Lasker, 1982). Natomiast w literaturze Lloyd i Laurencea – 1985, uczucie żalu po stracie dziecka postrzegane jest jako właściwa reakcja kobiety, ale może się ona przerodzić w głęboką depresję, co jest zależne tylko od tego czy dana kobieta zdoła się z nim uporać.

Powyższe stwierdzenia i poglądy na etiologię depresji i psychoz poporodowych potwierdzają hipotezę, iż źródło depresji nie stanowi jednolitej grupy zaburzeń. Jediną cechą wspólną zaburzeń nastroju po porodzie jest wystąpienie ich w okresie połogu.

U niektórych pacjentek depresja może być pojedynczym epizodem, lub początkiem powracającego stanu depresyjnego.

## 2.2. DEPRESJE I PSYCHOZY CIĘŻARNYCH

Na podstawie badań epidemiologicznych szacuje się, że objawy depresji występują u 20 do nawet 70% kobiet w ciąży (różnie w różnych badaniach). Depresje występują rzadziej w pierwszym trymestrze ciąży (7%) niż w późniejszym okresie (12%). Objawy zaburzeń depresyjnych są typowe. Należą do nich: obniżony nastrój, zaburzenia rytmów dobowych, zaburzony napęd, zmiana łaknienia, zaburzenia funkcji poznawczych, depresyjna ocena siebie i rzeczywistości, anhedonia (utrata zdolności przeżywania przyjemności), lęki i myśli samobójcze.

Główne czynniki ryzyka sprzyjające wystąpieniu depresji u ciężarnej to:

- 1) czynniki psychiatryczne – wcześniejsze leczenie psychiatryczne, zażywanie leków przeciwdepresyjnych, narcomania, występowanie chorób psychicznych w rodzinie,
- 2) wcześniejsze niepowodzenia położnicze i zagrożona ciąża,
- 3) aspekty psychologiczne – społeczne – złe i niestabilne stosunki z ojcem dziecka, samotne macierzyństwo, brak stałej pracy.

Kobiety w ciąży dość często chorują na depresję, ale wystąpienie w tym okresie pierwszego w życiu objawu zaburzeń psychotycznych jest bardzo rzadkie. Typowe psychozy stwierdza się tylko u kobiet z wcześniejszymi zaburzeniami

psychotycznymi. W ciąży może dojść tylko do zaostrzenia choroby, szczególnie gdy zaprzestano podawania leków. Psychozy w czasie ciąży mogą być uwarunkowane różnymi czynnikami. „Diagnostyka różnicowa zaburzeń stanu psychicznego obejmuje:

- 1) przyczyny farmakologiczne
  - zatrucie (narkotyki, alkohol, benzodiazepiny, pochodne amfetaminy)
  - zespół odstawienny (alkohol, benzodiazepiny),
- 2) przyczyny psychiatryczne
  - schizofrenia/zaburzenia schizofreniczne
  - zaburzenia psychotyczne/katatonia w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego
  - zaburzenia psychotyczne/katatonia w przebiegu dużej depresji,
- 3) przyczyny ogólnomedyczne
  - utajone zakażenia (zapalenie opon mózgowych lub mózgu)
  - pourazowe uszkodzenie mózgowia
  - zaburzenia żywieniowe (niedobór tiaminy, niedobór witaminy B12)
  - zaburzenia endokrynologiczne (pochodzenia nadnerczowego lub tarczycowego)
  - choroby reumatologiczne (toczeń rumieniowaty układowy)
  - zaburzenia na tle niedotlenienia incydent naczyń - mózgowy, (zaburzenia oddychania, wstrząs)
  - zaburzenia metaboliczne (mocznicą, niewydolność wątroby)
  - choroby nowotworowe (nowotwory ośrodkowego układu nerwowego)
  - zespoły paraneoplastyczne (uwarunkowane obecnością różnych nowotworów...)
  - idiomatyczna plamica małopłytkowa”.

Naukowcy - M. Semczuk, S. Stuedeni K. Szymon, ocenili nasilenia i strukturę stresu u ciężarnych w przypadku ciąży wysokiego ryzyka. Według nich „ciąża może być dla kobiety okresem doświadczenia stresu fizycznego i emocjonalnego. Pierwszy z nich wiąże się ze zmianami jakie zachodzą u kobiety w obrębie układów: hormonalnego, immunologicznego i nerwowego, drugi zaś doświadczany jest na poziomie psychicznym przez oboje rodziców, choć w większym stopniu dotyczy matki dziecka”.

Nieprawidłowy przebieg ciąży jest sytuacją długotrwałego stresu psychologicznego, spowodowanego walką o życie i urodzenie zdrowego dziecka.

W takich sytuacjach ciężarne bardzo często ulegają depresji i załamaniu. Badania naukowe dowodzą, że w osobowości ciężarnych zagrożonych porodem przedwczesnym dominują cechy neurotyczne, depresyjny nastrój, nadmierne zainteresowanie swoimi dolegliwościami. Kobiety ciężarne z takim zagrożeniem uruchamiają mechanizm błędnego koła wzajemnych negatywnych oddziaływań na drodze psychosomatycznej i somatopsychicznej.

Podobny mechanizm występuje u ciężarnych, które już kilkakrotnie utraciły ciążę. Utrata ciąży na drodze somatopsychicznej wywołuje szereg następstw w „osobie” kobiety i prowadzi do powstania stresu psychologicznego, a w następstwie do depresji. Stres i depresja z kolei, doprowadza do kolejnej utraty ciąży. W takim przypadku dochodzi do powstania modelu błędnego koła.

Badania przeprowadzone przez Kossakowską - Petrycką i Walęcką - Matyja udowodniły, że: „...stan ciąży zagrożonej nasila przeżywany stres i negatywne emocje z nim związane oraz utrudnia radzenie sobie z tą trudną psychologicznie

sytuacją. ....Wyższy poziom stresu i depresji w trakcie ciąży związany z występowaniem większego nasilenia objawów depresji poporodowej wskazuje, że zarówno stres w ciąży, jak i zaburzenia emocjonalne w postaci symptomów depresyjnych stanowią istotny czynnik ryzyka w etiologii depresji poporodowej”. Ważne jest, aby kobieta ciężarna i jej rodzina miała świadomość iż depresyjny nastrój i samopoczucie kobiety, na drodze neurohormonalnej dociera do nienarodzonego dziecka, rzutując na jego rozwój.

W wielu badaniach naukowych wykazano również, że wystąpienie i nasilenie się depresji u ciężarnej wiąże się również z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia w przyszłości stanów depresyjnych u dziecka.

U dzieci kobiet z nie leczoną depresją w ciąży występują: zaburzenia snu, drażliwość, lęk, nadpobudliwość. Dzieci te mają trudności z koncentracją, opóźniony rozwój psychiczny i wykazują gorsze zdolności adaptacyjne. Stwierdzono również, że są bardziej skłonne do zapadania na choroby somatyczne (Gutteling i in. 2005, Weissman i in. 2006). Inne badania przeprowadzone przez Weissmana w roku 1997 dowodzą, że dzieci te mają zwiększone ryzyko wystąpienia w przyszłości zaburzeń psychicznych. Częściej wystąpiły u nich przypadki depresji, fobii a także skłonności i uzależnień od alkoholu.

Dominika Dudek podaje, że udowodniono istnienie związku między podwyższonym stężeniem kortyzolu i katecholamin we krwi ciężarnej chorej na depresję a pogorszeniem przepływu łożyskowego oraz zwiększoną podatnością macicy na skurcze. W przypadku ciężarnych mamy do czynienia z niekorzystnym i zależnym oddziaływaniem - ciąży na depresję oraz depresji na ciążę. Jak opisałam wyżej, depresja może doprowadzać do niepowodzeń położniczych, a te z kolei nakręcają mechanizm depresji. Występowanie zaburzeń psychicznych w czasie ciąży jest stosunkowo rzadsze, niż przypadki depresji poporodowych. Jednak istnieją udowodnione fakty, że pociągają one ryzyko wystąpienia poważnych okołoporodowych problemów depresyjnych. Natomiast występujące epizody psychoz u pałeczek ciężarnych są stanami nagłymi i wymagającymi natychmiastowej pomocy psychiatry. Medycy powinni jednak, przed postawieniem diagnozy - psychoza, zebrać szczegółowy i pełny wywiad i przeprowadzić badanie fizykalne. Jedynie te badania pozwolą wykluczyć przyczyny ogólnoustrojowe lub farmakologiczne, które są często mylnie rozpoznawane jako choroba psychiczna. ■

c.d. nastąpi.  
Aldona Górniak

## Zaburzenia nerwicowe

Najnowsza klasyfikacja chorób obowiązująca w Europie nie używa już pojęcia nerwica, mówi się natomiast o zaburzeniach nerwicowych [lękowych], które mogą występować pod różnymi postaciami. Nerwica to termin potoczny.

**Nerwica** to specyficzna reakcja obronna organizmu na sytuacje stresowe, zwłaszcza te przewlekłe. Jest to zaburzenie, które utrudnia, a czasem uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym. Dominującym objawem w zaburzeniach nerwicowych jest lęk [dlatego używa się zamiennie określenia zaburzenia lękowe].



**Lęk** to stan emocjonalny pojawiający się jako reakcja na zagrożenie, którego źródło nie jest dokładnie znane lub gdy jednostka nie może zagrożeniu przeciwdziałać. Lęk towarzyszy człowiekowi od zawsze. Im większa możliwość zapobiegania zagrożeniu lub usuwania jego skutków - tym lęk jest mniejszy. Natomiast wzrasta, gdy jednostka nie ma dostatecznej wiedzy na temat sposobów uniknięcia niebezpieczeństwa, a także gdy własne siły ocenia się jako niewystarczające do poradzenia sobie z problemem. Dla części osób może stanowić trwałą cechę osobowości, przejawiającą się podwyższoną gotowością do reagowania w ten sposób. Lęk stanowi objaw wielu chorób psychicznych i somatycznych.

W zaburzeniach lękowych, lęku w racjonalny sposób nie da się uzasadnić. Lęk w nerwicy może mieć różną postać – paniki „martwienia się, kołatania serca, „kuli w gardle”, zawrotów głowy, zasłabnięcia, obawa przed śmiercią lub zwariowaniem. Zachowanie chorego, choć może być znacznie zaburzone, mieści się zazwyczaj w granicach normy, aczkolwiek lęk, który nie ma przyczyny, jest dla otoczenia czymś teatralnym i śmiesznym.

Od dawna mówi się, że znaczna część naszego społeczeństwa jest znerwicowana z powodu niepohamowanego rozwoju cywilizacji do którego nie jest przystosowana, nie oznacza to jednak że cierpi na nerwice. W tym przypadku termin nerwica jest nadużywany. Nie każda sytuacja stresowa musi doprowadzić do nerwicy. Wystąpienie nerwicy zależne jest od rodzaju urazu psychicznego, jego siły, jak i osobniczej odporności układu nerwowego oraz cech osobowości. Prawdopodobieństwo zachorowania na nerwice zwiększa stresogenny tryb życia oraz ogólne przemęczenie.

Zaburzenia nerwicowe są umieszczone w międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych w tym kontekście nerwica jest chorobą psychiczną, dotyczy tego co się dzieje w umyśle ludzkim. Natomiast nie jest chorobą psychiczną w rozumieniu powszechnym, nie jest „szaleństwem, obłądem, pomieszaniem zmysłów”, kiedy to dochodzi do zniesienia kontaktu z rzeczywistością.

Najczęstszymi przyczynami zaburzeń nerwicowych są przyczyny psychologiczne, urazy psychiczne nabyte podczas życia, różnego typu wydarzenia bardziej lub mniej stresujące, zwłaszcza te przewlekłe, kłopoty w pracy, w domu. Rozważyć należy również u części osób czynniki dziedziczne lub wychowanie w lękowej atmosferze. U znacznej części pacjentów jest to kombinacja wszystkich wymienionych czynników.

Zaburzenia nerwicowe mają charakterystyczne objawy. Najważniejszy z nich to lęk. Z nim często są powiązane objawy fizyczne - kołatanie i bóle serca, uczucie dławienia w gardle, drętwienie kończyn, „jelito wrażliwe”, zawroty głowy. W miarę czasu trwania choroby mogą dołączyć się objawy depresyjne - uczucie smutku apatii, niemożność radowania się z czegośkolwiek, utrata zainteresowań brak aktywności, niechęć do wychodzenia z domu, spotkania się z ludźmi. Pojawiają się trudności w zasypianiu a nawet bezsenność.

**Napady paniki** to napady silnego lęku [przerażenia] trwającego od kilku minut do godziny, które nie są ograniczone do jakiegokolwiek szczególnej sytuacji czy okoliczności, nie wiążą się z większym wysiłkiem, ani narażeniem na sytuację niebezpieczną. Napadu paniki nie można przewidzieć. Przeżywanym napadom towarzyszy strach przed śmiercią, utrata kontroli nad sobą lub przed chorobą psychiczną. Bardzo charakterystycznie występuje silna obawa przed kolejnymi atakami - tak zwany lęk antycypacyjny. Narastające uczucie lęku i liczne objawy somatyczne powodują pospieszną ucieczkę, z sytuacji, w której się dana osoba znajduje. U pacjenta pojawiają się tendencje do unikania sytuacji, w której wystąpił

pierwszy napad. Często napady paniki współistnieją z agorafobią. Najbardziej typowe objawy napadu paniki przedstawia tabela.

Objawy somatyczne [cielesne]	Objawy psychiczne
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kołatanie serca,</li> <li>- przyspieszenie czynności serca,</li> <li>- ból lub ucisk w okolicy serca,</li> <li>- pocenie się,</li> <li>- drzenie lub trzęsienie się ciała,</li> <li>- wrażenie braku tchu, duszności,</li> <li>- uczucie dławienia w gardle,</li> <li>- nudności, bóle brzucha,</li> <li>- zawroty głowy,</li> <li>- poczucie zbliżającego się zasłabnięcia, omdlenia,</li> <li>- cierpienie lub mrowienie kończyn,</li> <li>- dreszcze lub uderzenia gorąca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poczucie nierealności otoczenia,</li> <li>- wrażenie odłączenia się od własnej osoby,</li> <li>- lęk przed śmiercią,</li> <li>- lęk przed utratą kontroli „zwariowaniem”.</li> </ul>

Nerwica lękowa, czyli zaburzenie lękowe uogólnione jest w pewnej mierze przeciwieństwem napadów paniki. W tej postaci lęk ma charakter przewlekły i uporczywy. Chorzy przeżywają zupełnie nierealistyczne obawy, dotyczące codziennych życiowych wydarzeń i trudności - z góry zakładają, że coś się nie powiedzie. Charakterystyczne jest martwienie się o zdrowie własne a także osób najbliższych. Okoliczności zewnętrzne nie wywierają bezpośredniego wpływu na pojawianie się oraz nasilanie objawów lękowych. Zwykle objawy te mogą przedłużać się w czasie od kilku dni do kilku tygodni. Przy czym należy zauważyć, że trwają one całą dobę. Pacjenci nie odczuwają potrzeby konsultacji lekarskiej, uważają za zainstaliowany stan za normalny.

Objawy lęku uogólnionego:

- zamartwianie się, przejmowanie drobiazgami,
- trudności w koncentracji uwagi,
- poczucie pustki w głowie,
- niepokój i niemożność wypoczynku,
- drażliwość, irytacja,
- poczucie znalezienia się na krawędzi,
- wzmożona reakcja na uczucie niepokoju w klatce piersiowej,
- napięcie i bóle mięśniowe,
- trudności z zasypianiem, sen płytki, przerywany,
- obawa utraty kontroli, „zwariowania”, śmierci,
- oszołomienie, zawroty głowy, wrażenie omdlewania, brak równowagi.

**Fobie** charakteryzuje lęk przed określonymi sytuacjami, zjawiskami, które nie są zazwyczaj niebezpieczne np.: lot samolotem, nadciągająca burza, kontakt z chorą osobą, widok pająka. Zdrowa osoba w powyższych sytuacjach może czuć

niepokój lecz nie wpada w panikę. Pacjenci z fobią w takich sytuacjach odczuwają natomiast bardzo silny lęk. Osoby unikają ponownego kontaktu, a gdy się w niej znajdują mogą wpaść w panikę. Najczęstszym rodzajem fobii jest agorafobia, czyli lęk przed otwartą przestrzenią oraz sytuacjami, które uniemożliwiają natychmiastową ucieczkę do bezpiecznego miejsca. Agorafobia należy do grupy powiązanych ze sobą często nakładających się innych fobii np.: obejmujących lęk przed wyjściem z domu, wejściem do marketu, poruszaniem się w tłumie lub podróżowaniem samotnie środkami transportu. Literatura klasyfikuje kilkadziesiąt fobii swoistych.

Najbardziej znane to:

- klaustrofobia- lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami,
- keraunofobia- lęk przed piorunami,
- karcinofobia- lęk przed rakiem,
- arachnofobia- lęk przed pajakami,
- mysophobia- lęk przed zabrudzeniem,
- rodentofobia- lęk przed gryzoniami,
- ailurofobia- lęk przed kotami,
- kynofobia - lęk przed psami,
- tanatofobia – lęk przed śmiercią,
- nyktofobia- lęk przed ciemnością,
- akrofobia- lęk wysokości,
- odontofobia- lęk przed stomatologiem.

**Fobia społeczna** charakteryzuje się występowaniem lęku podczas kontaktów z innymi ludźmi lub podczas bycia w centrum uwagi. Takie zachowania lękowe mogą być traktowane przez otoczenie jako przejaw nieśmiałości, jest to jednak coś więcej niż nieśmiałość. Cechą charakterystyczną jest unikanie sytuacji, w których ten lęk występuje. Załatwienie codziennych spraw przez osoby cierpiące na fobie społeczną jest niezwykle trudne. Osobom tym trudniej jest zdobyć wykształcenie, trudniej zdobyć pracę i ją wykonać. Najczęstszymi objawami fobii społecznej są:

- przyspieszone bicie serca,
- trudności z oddychaniem,
- drżenie rąk,
- pocenie się,
- zawroty głowy,
- szum w uszach,
- zaczerwienienie twarzy,
- mdłości,
- nagła potrzeba oddania moczu lub stolca.

**Nerwica serca - nerwica żołądka** to zaburzenie nerwicowe w którym lęk występuje pod postacią objawów cielesnych z różnych narządów, nazywanych zaburzeniami somatycznymi. Pacjent odczuwa bóle, kołatania serca, ma nudności, biegunki. Osoby chore zgłaszają się na kolejne konsultacje i badania. Zapewnienia lekarzy o braku fizycznej przyczyny dolegliwości są dla pacjentów niewystarczające lub aprobują je na chwile. Objawy oczywiście nasilają się i dopiero po długim okresie nadaremnych zmagania z dolegliwościami rozpoczynają specjalistyczne leczenie.

Na zaburzenia nerwicowe może zachorować każdy, ale szczególnie narażone są kobiety[chorują dwu - trzykrotnie częściej. Gdy podejrzewa się wystąpienie nerwicy należy jak najszybciej zgłosić się do lekarza aby rozwiązać swoje wątpliwości, niż zmagać się z chorobą, która utrudnia i uniemożliwia normalne życie. Zaburzenia nerwicowe powinny być leczone przez lekarzy specjalistów psychiatrów i zespół wykwalifikowanych psychoterapeutów. Lżejsze postaci nerwicy mogą być diagnozowane i leczone przez lekarzy rodzinnych. ■

Mariola Juźwik

### **Wnioski z prac badawczych dotyczących realizacji potrzeb - edukacyjnej i informacyjnej w przypadku pacjentek leczonych z powodu raka gruczołu piersiowego.**

Podczas analizy wyników ankiety próby badawczej - grupy Amazonek, gdzie chciałam ustalić jak kształtuje się samoopieka i samopielęgnacja pacjentek po zabiegach chirurgicznych gruczołu piersiowego uzyskałam wyniki, które mnie jednak zaskoczyły.

To, że ponad połowa respondentek sama zaobserwowała niepokojące objawy chorobowe i zgłosiła się do lekarza, lub choroba została wykryta podczas badań profilaktycznych świadczy o wzrastającej świadomości kobiet, o odpowiedzialności za własne zdrowie.

Natomiast niepokojące jest, że pacjentki, które miały możliwość uczestniczenia w zmianie opatrunku po zabiegu chirurgicznym, aż 31% nie chciała patrzeć na ranę i nie brała udziału w pielęgnacji. 18% kobiet nie uczyła się zalecanych ćwiczeń, a 25% ankietowanych przystąpiła niechętnie z obawy że zrobi coś źle. Z moich doświadczeń wynika, że chore pomimo niepewności chętnie uczą się samopielęgnacji i samoopieki bo chcą być samodzielne, wyniki badania wykazują, że nie zawsze tak jest. W dużej mierze zależy to od postawy życiowej, wieku pacjentek, ale powodem może być również brak wystarczająco poświęconego czasu na edukację.

Według respondentek największą rolę w poprawie samopoczucia po zabiegach operacyjnych odgrywa rodzina i przyjaciele, tak odpowiedziało 71% ankietowanych. Pacjentki w tych trudnych dla nich chwilach zdają się z większością problemów na najbliższych. Personel placówek medycznych (pielęgniarki, lekarze) ma tylko 17% udział, a 12% kobiet nie potrzebowała wsparcia.

Prowadzimy rozmowy z chorymi podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, wykonywaniu zleceń lekarskich, przygotowaliśmy do zalecanych badań diagnostycznych, przy wypisie ze szpitala i udzielaniu informacji o dalszym postępowaniu. Z badania wynika, że część pacjentek i tak odczuwa obawy, że nie posiada wystarczającej wiedzy do samoopieki i samopielęgnacji, nie akceptuje nowych warunków życia, a przecież od tego zależy osiągnięcie samodzielności i dobrej jakości życia. Współczesne pielęgniarstwo podlega szybkim przemianom rozwojowym, zarówno w zakresie edukacji pielęgniarek, jak i praktyki pielęgniarstwa. Jednak pomimo zmian w spojrzeniu na nasz zawód (profesję?), w rzeczywistości nie wykorzystujemy w pełni swojej wiedzy z powodu natłoku pracy realizując inne zadania pielęgniarki.

Poszukując materiałów o podobnej tematyce, natknęłam się na pracę W. Kołłątaj, I. Karwat, B. Kołłątaj „Ocena realizacji potrzeb edukacyjnych i informacyjnych u pacjentek rozpoczynających leczenie z powodu raka gruczołu piersiowego” opublikowanego w „Zdrowiu publicznym” nr 3, 2010r. We wnioskach pracy autorzy napisali, że kobiety stanowią dużą grupę osób, charakteryzującą się „wieloma specyficznymi, często niezaspokojonymi, potrzebami edukacyjnymi i informacyjnymi”. Sugerują celowość powołania nowej specjalności medycznej: opiekuna – edukatora.

Jest to jedno z rozwiązań problemu, ale zanim zostanie wdrożone, może takie wnioski mogą posłużyć do rozważenia również innej możliwości – ilości obsady personelu oddziałów chirurgii, która pozwoliłaby na szerszą realizację funkcji zawodowych pielęgniarki. ■

Wioletta Wywiał



## Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

L.p.	Nazwa kursu	Planowany termin kursu	Cena	
			Cena z refundacją*	Całościowa cena kursu
<b>KURSY SPECJALIZACYJNE</b>				
1.	Pielęgniarstwo chirurgiczne	Rok 2011	Dofinansowanie z MZ	
<b>KURSY KWALIFIKACYJNE</b>				
1.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	Marzec 2011r.	1100 zł	1600 zł
2.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	Po uzyskaniu pozytywnej opinii CKPPiP	1000 zł	1500 zł
3.	Pielęgniarstwo zachowawcze	Po uzyskaniu pozytywnej opinii CKPPiP	900 zł	1400 zł
<b>KURSY SPECJALISTYCZNE</b>				
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	200 zł	600 zł
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	250 zł	500 zł
3.	Szczepienia ochronne Nr 03/08 kurs dla pielęgniarek	22.02.2011r.	250 zł	360 zł
4.	Podstawy dializoterapii Nr 08/07 kurs dla pielęgniarek	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	220 zł	320 zł
5.	Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08 kurs dla położnych	22.02.2011r.	200 zł	300 zł
<b>KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE</b>				
1.	Zasady dezynfekcji i sterylizacji kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	80 zł	120 zł
2.	Cewnikowanie pęcherza moczowego kurs dla pielęgniarek	11-12.03.2011r.	40 zł	60 zł
3.	Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	100 zł	150 zł
4.	Badanie tętna płodu – zapis kardiokografii	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 15 osób	50 zł	80 zł

\* Dla członków OIPIp w Częstochowie regularnie opłacających składki przez dwa lata



Z wielką przyjemnością mamy zaszczyt zaprosić do udziału w **VI Konferencji Sekcji Pielęgniarstwa i Techniki Medycznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Pielęgniarstwo kardiologiczne 2011” w Warszawie w dniach 18 -19.03.2011.**

Konferencja adresowana jest głównie do pielęgniarek, techników medycznych, rehabilitantów oraz studentów zainteresowanych szeroko rozumianą problematyką kardiologiczną. Spotkanie będzie okazją do wymiany doświadczeń, pogłębienia wiedzy oraz zawarcia nowych znajomości na polu naukowym.

W programie konferencji znajdują się sesje dydaktyczne oraz kursy i warsztaty. Po raz pierwszy na naszej Konferencji będzie możliwość zaprezentowania - w odrębnej sesji - abstraktów, które pozwolą na rozwój pielęgniarstwa w świecie nauk medycznych. Termin nadsyłania abstraktów upływa 31.01.2011: Dla autorów najlepszych prac planowane są cenne nagrody o charakterze naukowym.

W załączeniu przesyłamy Komunikat 2 i zapraszamy do przekazania tej informacji wszystkim, którzy mogą być zainteresowani udziałem w tym spotkaniu oraz umieszczenie informacji o tej konferencji w harmonogramie/kalendarium spotkań naukowych i konferencji dla pielęgniarek. Będziemy wdzięczni za taką pomoc, ufamy że pomoże to w rozwoju pielęgniarstwa kardiologicznego w Polsce.

Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracji dostępne są na stronie konferencji: [www.ekonferencje.pl/VISPTM/](http://www.ekonferencje.pl/VISPTM/)

Gorąco zachęcamy do udziału w tym wydarzeniu!

W razie jakichkolwiek pytań - prosimy o kontakt z Zarządem Sekcji, e-mail: [sptm.zarzadz@jgmail.com](mailto:sptm.zarzadz@jgmail.com)

Komitet Organizacyjny VI Konferencji SPTM' "Pielęgniarstwo kardiologiczne 2011" ■

Komunikat I

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
zaprasza na

Międzynarodową Konferencję

### **„ŁÓDZKIE DNI PIELĘGNIARSTWA. PIELĘGNIARSTWO PONAD GRANICAMI”,**

która odbędzie się w Łodzi w dniach 13 -14 maja 2011

#### **Tematyka konferencji:**

- Pielęgniarstwo wielokulturowe w Polsce, Czechach i na Słowacji
- Doświadczenia pielęgniarek w komunikowaniu się w opiece nad pacjentami z odmiennych kultur i zwyczajów zdrowotnych w Polsce, Czechach i na Słowacji
- Pielęgniarstwo wobec mniejszości seksualnych w Polsce, Czechach i na Słowacji
- Pielęgniarka cudzoziemka – adaptacja do środowiska pracy, reakcje pacjentów – doświadczenia polskich, czeskich i słowackich pielęgniarek
- Praca pielęgniarek na emigracji – doświadczenia polskich,

czeskich i słowackich pielęgniarek

- Struktura zarządzania opieką pielęgniarską a wymagane wykształcenie kadry zarządzającej na przykładach z Polski, Czech i Słowacji
- Zwyczaje mniejszości narodowych a podmiotowe traktowanie pacjentów w procesie pielęgnowania w Polsce, Czechach i na Słowacji
- Respektowanie praw pacjenta w aspekcie odmienności światopoglądów
- Procedura medyczna a odmowa z powodów światopoglądowych – aspekty etyczne
- Etyka zawodowa a odmienności kulturowe
- Bariery na styku dwóch światopoglądów: światopogląd pielęgniarki – światopogląd pacjenta
- Varia

#### Ważne informacje

**Opłata konferencyjna** wynosi **150 zł** i obejmuje: udział w obradach, materiały zjazdowe, monografię z konferencji, przerwy kawowe, obiad.

#### **Opłaty dodatkowe:**

Wieczór towarzyski **50 zł**

Noclegi we własnym zakresie

**Nr konta bankowego:** Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi  
nr konta: 20 1090 1304 0000 0000 3000 3869  
z dopiskiem „Konferencja”

#### **Języki wykładowe:** czeski, polski, słowacki

Konferencja składa się z części szkoleniowej i naukowej. W części szkoleniowej przedstawione zostaną wykłady, natomiast w części naukowej prezentowane będą referaty nadesłane przez uczestników konferencji. W przypadku zgłoszenia większej ilości referatów, przekraczającej możliwości wygłoszenia ustnego, organizatorzy zastrzegają sobie prawo do wyboru prac, przeznaczając je do wygłoszenia ustnego lub do prezentacji w sesji posterowej lub wyłącznie do publikacji w monografii. Wszystkie referaty zostaną opublikowane w monografii wydanej na płycie CD, chyba że autor zdecyduje inaczej.

Zeszyt Streszczeń zostanie wydany z tłumaczeniami tekstów na języki polski i słowacki. Monografia z pełnymi tekstami referatów w językach narodowych (bez tłumaczeń), z nadanym numerem ISBN, zostanie wydana na płycie CD. Wystąpienia będą tłumaczone na języki polski i słowacki. Uczestnicy konferencji ze Słowacji i Czech otrzymują punkty kredytowe według przepisów prawa obowiązującego w kraju pochodzenia.

#### **Ważne terminy:**

- nadsyłanie zgłoszeń uczestnictwa do **15 kwietnia 2011**
- wniesienie opłaty konferencyjnej do **15 kwietnia 2011**
- nadsyłanie streszczeń i pełnych prac do **31 marca 2011**

#### **Adres do korespondencji:**

Komitet Organizacyjny Konferencji  
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Ul. Piotrkowska 17  
90-406 Łódź  
Tel: (42) 633 69 63; (42) 633 71 06; fax: (42) 633 68 74  
Email: [biuro@oipp.lodz.pl](mailto:biuro@oipp.lodz.pl) w temacie email należy wpisać słowo „konferencja”  
<http://www.oipp.lodz.pl/index.php?kom=main>


**FUNDACJA ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO**

oraz

**CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT**

im. Marii Skłodowskiej - Curie serdecznie zapraszają na  
**XVIII Ogólnopolską Konferencję Szkoleniową dla  
 Pielęgniarek**  
 na temat:

**Zarządzanie personelem a jakość  
 w pielęgniarstwie**

Konferencja odbędzie się dnia **15 kwietnia 2011 r.**  
 w Auli im. prof. Tadeusza Koszarowskiego Centrum Onkologii  
 w Warszawie, ul. Roentgena 5.  
 Rozpoczęcie Konferencji o godz. 09.00, a zakończenie  
 ok. godz. 17.00.

**Tematy Konferencji:**

- o Standardy, organizacja pracy pielęgniarki - polskie i światowe modele
- o Systemy zarządzania jakością
- o Planowanie obsad pielęgniarskich - w lecznictwie stacjonarnym i otwartym
- o System klasyfikacji pacjentów
- o Planowanie rozwoju zawodowego, możliwości ścieżki zawodowej
- o Lobbing w pielęgniarstwie
- o Wizerunek medialny pielęgniarstwa

**OPŁATA - 150zł** - Polbank EFG 272340 00090080 21800000  
 0029 z dopiskiem -imię i nazwisko uczestnika - XVIII  
 konferencja

**WAŻNE TERMINY**

do 15 marca 2011 - nadsyłanie referatów  
 do 01 kwietnia 2011 - dokonanie opłaty za uczestnictwo  
 liczba miejsc ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń  
**ZGŁOSZENIA** podpisane i zeskanowane prosimy nadsyłać  
 mailowo na adres: [frpp@frpp.org.pl](mailto:frpp@frpp.org.pl) lub faxem na nr  
 22 622 14 54

**Komitet organizacyjny:** Jolanta Czerniak, Monika Goryń,  
 Iwona Kowalkowska, Małgorzata Lipińska  
**SERDECZNIE ZAPRASZAMY!** ■

**FUNDACJA ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO**

oraz

**INSTYTUT „POMNIK - CENTRUM ZDROWIA  
 DZIECKA”**

serdecznie zapraszają na  
**XX Ogólnopolską Konferencję Szkoleniową dla  
 Pielęgniarek**  
 na temat:

**Zarządzanie personelem a jakość  
 w pielęgniarstwie**

Konferencja odbędzie się dnia **30 września 2011 r.**  
 w sali konferencyjnej nr 119/ blok E,  
 wysoki parter, wejście główne Instytut Pomnik Centrum  
 Zdrowia Dziecka  
 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20  
 Rozpoczęcie Konferencji o godz. 09.00, a zakończenie  
 ok. godz. 17.00.

**Tematy Konferencji:**

- o Standardy, organizacja pracy pielęgniarki - polskie i światowe modele
- o Systemy zarządzania jakością
- o Planowanie obsad pielęgniarskich - w lecznictwie stacjonarnym i otwartym
- o System klasyfikacji pacjentów
- o Planowanie rozwoju zawodowego, możliwości ścieżki zawodowej
- o Lobbing w pielęgniarstwie
- o Wizerunek medialny pielęgniarstwa

**OPŁATA - 150zł** - Polbank EFG 272340 00090080 21800000  
 0029 z dopiskiem -imię i nazwisko uczestnika - XX konferencja

**WAŻNE TERMINY**

do 31 sierpnia 2011 - nadsyłanie referatów  
 do 15 września 2011 - dokonanie opłaty za uczestnictwo  
 liczba miejsc ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń  
**ZGŁOSZENIA** podpisane i zeskanowane prosimy nadsyłać  
 mailowo na adres: [frpp@frpp.org.pl](mailto:frpp@frpp.org.pl) lub faxem na nr  
 22 622 14 54

Możliwość zakwaterowaniem w Hotelu Patron przy CZD -  
 recepcja, rezerwacja - 22 815 72 26

**Komitet organizacyjny:** Agnieszka Czarnecka, Jolanta  
 Czerniak, Monika Goryń, Monika Lipiec

**SERDECZNIE ZAPRASZAMY!** ■

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum  
 Profilaktyczno - Lecznicze w Lublinie rozpoczyna nabór na:

**kurs kwalifikacyjny w dziedzinie  
 ochrony zdrowia pracujących**  
 (planowany termin rozpoczęcia kursu wiosna 2011 r.)  
**specjalizacje w dziedzinie ochrony  
 zdrowia pracujących**  
 (planowane rozpoczęcie wiosna 2011 r.)

**dla pielęgniarek**, które są zainteresowane posiadaniem  
 dodatkowych kwalifikacji do realizacji zadań służby medycyny  
 pracy.

**Podstawa prawna:**

1. Rozporządzenie MZiOS z 15.IX.1997 „w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez pielęgniarki wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji, rodzaju i trybu uzyskiwania tych kwalifikacji oraz rodzajów dokumentów potwierdzających ich posiadanie” - Dziennik Ustaw Nr 124, poz. 796
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych - Dz.U. Nr 197 z 2003 r., poz. 1923.
3. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - tekst jednolity Dz.U. Nr 57 z 2001 r., poz. 602 / ze Zmianami.

**Kurs** organizowany jest metodą mieszaną, tj. zjazdy - sobota, niedziela; staż miesięczny - stacjonarny. Czas trwania kursu 3 miesiące, koszt 1600 zł.

**Specjalizacja** znajduje się na wykazie priorytetowych dziedzin pielęgniarstwa i będzie dofinansowana przez Ministerstwo Zdrowia. Czas trwania specjalizacji 2 lata (20 zjazdów - piątek, sobota, niedziela). Przewidywana dopłata przez uczestnika wyniesie około 1200 zł.





Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie kwestionariusza zgłoszeniowego na adres Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno - Leczniczego w Lublinie, Dział Organizacji, Nadzoru i Szkolenia ul. Nałęczowska 27 20-701 Lublin,. Zgłoszenia przyjmujemy również drogą elektroniczną: [donisz@womp.lublin.pl](mailto:donisz@womp.lublin.pl)

Druki do pobrania na stronie [www.womp.lublin.pl](http://www.womp.lublin.pl) (zakładka druki)  
Kontakt telefoniczny: 81 533-00-34 w. 276 lub 210

**O szczegółach poinformujemy każdą zainteresowaną osobę indywidualnie.** ■



### Święty Walenty

Prawdopodobnie wszyscy już znamy zwyczaj obchodzenia Walentynek ale kim był ich patron Święty Walenty?. W tradycji chrześcijańskiej odnajdujemy informacje o co najmniej trzech Świętych o imieniu Valentine lub Valentinus. Jedną z legend mówi o duchownym, który przeciwstawił się rozkazowi Imperatora Rzymu Klaudiusza II. zakazującego udzielania ślubów młodym mężczyznom, jako że wg. doradców Klaudiusza, nieżonaci mężczyźni byli lepszymi żołnierzami. Za to nieposłuszeństwo duchowny Walenty został skazany na śmierć.

Inna historia mówi o młodym człowieku, który za pomoc przesładowanym chrześcijanom został skazany na śmierć. Z więzienia wysłał swojej ukochanej list z podpisem 'From Your Valentine' (podpis używany do dzisiaj na walentynkach w języku angielskim).

### Historia Walentynek

Pierwszą informację, uważaną przez niektórych za wzmiankę o Walentynkach, odnajdujemy w poemacie z 1382 roku - "Sejm Ptasi" (ang: The Parliament of Fowles) Geoffrey Chaucer'a (najbardziej znane dzieło tego angielskiego poety i filozofa, to "Opowieści Kanterberyjskie").

Niektórzy badacze literatury uważają, że może być to pierwsza wzmianka na temat święta 14 lutego jednakże, jak twierdzą krytycy, luty nie jest w Anglii okresem ptasich godów a Henry Ansgar Kelly zauważa, że poemat "Sejm Ptasi" napisany został z okazji zaręczyn króla Anglii Ryszarda II i Anny Czaskiej (Anne of Bohemia), które odbyły się 2 maja 1381 roku a więc w dniu, który w kalendarzu liturgicznym poświęcony jest Świętemu Walentemu biskupowi Genui.

O "słodkiej Walentyńce" pisze także na początku XV wieku Karol Orleański

Je suis desja d'amour tanné  
Ma tres doulce Valentinée...  
(Karol Orleański, Rondo VI, wersy 1-2)

Wzmiankę o dniu Świętego Walentego znajdujemy także w Hamlecie Williama Szekspira:

Ofelia:  
Nie mówmy już o tym,  
ale jak się was pytać będą,  
co to znaczy, to powiedzcie:  
Dzień dobry, dziś święty Walenty.  
Dopiero co świtać poczyna;  
Młodzieniec snem leży ujęty,  
A hoża doń puka dziewczyna.

Poskoczył kochanek, wdział szaty,  
Drzwi rozwarł przed swoją jedyną  
I weszła dziewczyna do chaty,  
Lecz z chaty nie wyszła dziewczyną.

(Hamlet, Akt IV Scena 5; tłumaczenie Józef Paszkowski)

### Podobne Święta

Luprecalia - Termin Walentynek pokrywa się z terminem święta wiosny, które odbywało się w starożytnym Rzymie 13-15 lutego. Luprecalia to święto urodzaju, płodności obchodzone na cześć Fauna - boga upraw. Luprecalia były świętowane w Rzymie do czasu, kiedy to papież Gelazjusz I (492-496) zabronił ich obchodów.

Noc Kupały - O ile w Europie zachodniej i południowej Walentynki obchodzone są od czasów średniowiecza, o tyle u Słowian dniem zakochanych była raczej Noc Kupały (Sobótka), obchodzona w czasie letniego przesilenia a więc w nocy z 21 na 22 czerwca. Walentynki zyskały większą popularność dopiero w latach 90tych XXw.

### Ciekawostki Walentynkowe

Amerykański Greeting Card Association szacuje, że z okazji Walentynek wysyłanych jest na całym świecie około miliarda świątecznych kartek. Daje to Walentynkom drugie miejsce (za Świętami Bożego Narodzenia) w rankingu świąt, podczas których wysyła się najwięcej życzeń. Około 85% z tych życzeń wysyłają kobiety.

### Wierszyki na walentynki

(znalezione w internecie)

Będę patrzył w Twoje oczy I całował usta Twe,  
I dziękował będę Bogu, Że Ty ciągle kochasz mnie!

Serce moje nie kłamie, lecz bardzo mocno bije.  
Ciebie jednego kocham, dla Ciebie jednego żyje.

Chcę ciągle marzyć, Chcę ciągle śnić,  
Lecz bardziej pragnę Przy Tobie być!

Miłość jest jak cień człowieka,  
Szkoda, kto dla niej wiek trwoni,  
Kiedy ją gonisz, ucieka,  
Kiedy uciekasz, to goni.

/J. Niemcewicz/



Miłość  
Nie widziałam cię już od miesiąca.  
I nic.  
Jestem może bledsza,  
trochę śpiąca  
trochę bardziej milcząca  
lecz widać można żyć bez powietrza !  
/Pawlikowska-Jasnorzewska/

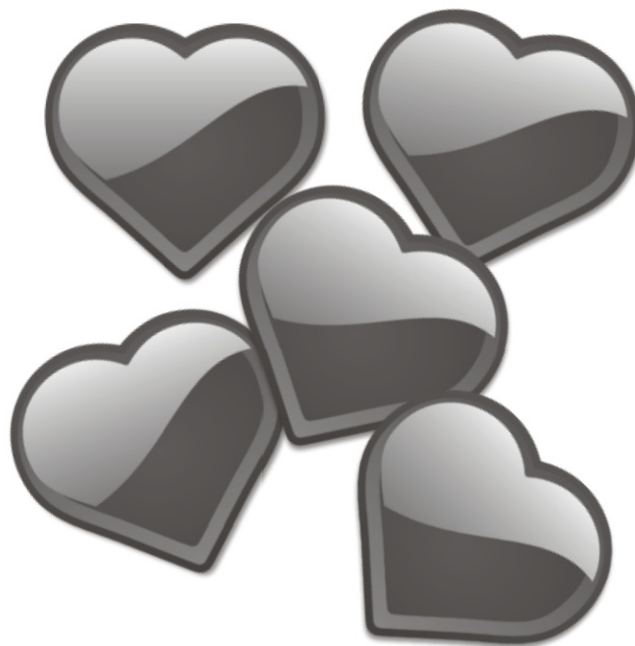
O! gdzie miłość stawia siatki,  
Nie figlujcie, moje dziatki!  
Bo z miłości figłów nie ma:  
Jak was złapie, to zatrzyma!

/Aleksander Fredro/

## Walentynki

Czerwone serce, będące symbolem walentynek Dzień 14 lutego Typ święta międzynarodowe Zwyczaje wysyłanie kartek, życzeń, wierszy Symbole serce

Inne nazwy Dzień zakochanych, Dzień Świętego Walentego Podobne święta Noc Kupały, Dzień Kobiet, Dzień Mężczyzn ■



## Informacje



## Pismo do Ministra Sprawiedliwości

z dnia 10 grudnia 2010 r.

NIPIP/NRPIP/DM/0055/336/10

Warszawa, 10 grudnia 2010 r.

Pan  
Krzysztof Kwiatkowski

Szanowny Panie Ministrze,  
W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie uposażenia zasadniczego funkcjonariuszy Służby Więziennej oraz projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie stanowisk służbowych oraz stopni funkcjonariuszy Służby Więziennej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przekazuje następujące uwagi do powyższych projektów.

### Uwagi ogólne

1. W opinii NRPIP zaszeregowanie pielęgniarek w poszczególnych grupach i korpusach powinno uwzględniać kwalifikacji (im wyższe wykształcenie, tym wyższe zaszeregowanie), analogicznie do innych działów i innych zawodów medycznych.

2. Projekty powyższych rozporządzeń powinny zawierać zapisy dotyczące stanowiska położnej zatrudnionej w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, z uwagi na istnienie zapisów dotyczących stanowiska położnej zawartych w projekcie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie rodzajów

zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.

Należy rozważyć możliwość stworzenia stanowiska Pielęgniarki Koordynującej w ambulatoriach, równorzędnego Pielęgniarki Oddziałowej w szpitalu.

Należy także rozważyć utrzymanie stanowiska starszej pielęgniarki dla osoby, która wstępuje do służby, a która na takim stanowisku była zatrudniona w poprzednim zakładzie opieki zdrowotnej.

### Uwagi szczegółowe do projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie uposażenia zasadniczego funkcjonariuszy Służby Więziennej

NRPIP proponuje w załączniku nr 2 do powyższego projektu:

- w tabeli nr 1- Centralny Zarząd Służby Więziennej, po lp. 6 dopisać kolejny punkt: Naczelna Pielęgniarka Więziennictwa,
- w tabeli nr 2 – Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej - po lp. 4 dopisać kolejny punkt: Naczelna Pielęgniarka Okręgu,
- w tabeli nr 3 – Centralny Ośrodek szkolenia Służby Więziennej, ośrodki szkolenia oraz ośrodki doskonalenia kadr Służby Więziennej, w lp. 19, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, po wyrazie „lekarz” dopisać „magister pielęgniarstwa”,
- w tabeli nr 3, w lp. 20, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, po wyrazie „lekarz” dopisać „magister pielęgniarstwa”.
- w tabeli nr 3, w lp. 21, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, po wyrazie „lekarz” dopisać „magister pielęgniarstwa”,



- w tabeli nr 3, w lp. 29, stanowisko służbowe starsza pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „16”,
- w tabeli nr 3, w lp. 30, stanowisko służbowe pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „12”,
- z tabeli nr 3, proponuję wykreślić lp. 31, stanowisko służbowe młodsza pielęgniarka,
- w tabeli nr 3, w lp. 39, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) chorążych, stanowisko służbowe starsza pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „13”,
- w tabeli nr 3, w lp. 40, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) chorążych, stanowisko służbowe pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „10”,
- z tabeli nr 3, proponuję wykreślić lp. 41, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) chorążych, stanowisko służbowe młodsza pielęgniarka,
- w tabeli nr 3, w lp. 48, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) podoficerski, stanowisko służbowe starsza pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „10”,
- w tabeli nr 3, w lp. 49, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) podoficerski, stanowisko służbowe pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „8”,
- z tabeli nr 3, proponuję wykreślić lp. 50, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) podoficerski, stanowisko służbowe młodsza pielęgniarka,
- w tabeli nr 4 – Areszty śledcze, zakłady karne, zakłady opieki zdrowotnej działające w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, w lp. 23, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski po wyrazie „lekarz” dopisać „magister pielęgniarstwa”.
- w tabeli nr 4, w lp. 24, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, po wyrazie „lekarz” dopisać „magister pielęgniarstwa”,
- w tabeli nr 4, w lp. 25, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, po wyrazie „lekarz” dopisać „magister pielęgniarstwa”,
- w tabeli nr 4, w lp. 38, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, stanowisko służbowe przełożona pielęgniarek, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „19”,
- w tabeli nr 4, w lp. 39, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, stanowisko służbowe pielęgniarka oddziałowa, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „17”,
- w tabeli nr 4, w lp. 40, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, stanowisko służbowe starsza pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „16”,
- w tabeli nr 4, w lp. 41, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, stanowisko służbowe pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „12”,
- z tabeli nr 4, proponuję wykreślić lp. 42, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) oficerski, stanowisko służbowe młodsza pielęgniarka,
- w tabeli nr 4, w lp. 53, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) chorążych, stanowisko służbowe starsza pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „13”
- w tabeli nr 4, w lp. 54, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) chorążych, stanowisko służbowe pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „10”,
- z tabeli nr 4, proponuję wykreślić lp. 55, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) chorążych, stanowisko służbowe młodsza pielęgniarka,
- w tabeli nr 4, w lp. 57, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) chorążych, stanowisko służbowe ratownik medyczny, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „7”.
- w tabeli nr 4, w lp. 63, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) podoficerski, stanowisko służbowe ratownik medyczny, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „7”,
- w tabeli nr 4, w lp. 67, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) podoficerski, stanowisko służbowe starsza pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „10”,
- w tabeli nr 4, w lp. 68, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) podoficerski, stanowisko służbowe pielęgniarka, proponuję zmienić grupę zaszeregowania na „8”,
- z tabeli nr 4, proponuję wykreślić lp. 69, rodzaj stanowiska służbowego (korpus) podoficerski, stanowisko służbowe młodsza pielęgniarka.

W opinii NRPiP brak jest w projekcie dostatecznego uzasadnienia dla zatrudniania ratownika medycznego na stanowiskach służbowych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej. Należy wskazać, iż ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 Nr 191, poz. 1410 ze zm.) wyodrębnia szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego jako jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, w których ratownik medyczny realizuje świadczenia zdrowotne. Powyższe jednostki systemu nie funkcjonują zaś w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej. Zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodzie ratownik medyczny symbol cyfrowy 322 [06] absolwent szkoły kształcącej w zawodzie ratownik medyczny może podejmować pracę w:

- 1) zakładach opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego;
- 2) Jednostkach Ratowniczo-Gaśniczych Państwowej Straży Pożarnej;
- 3) organizacjach społecznych i stowarzyszeniach, w szczególności takich jak: Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Polski Czerwony Krzyż, ochotnicze straże pożarne, Polski Związek Motorowy, Związek Harcerstwa Polskiego, Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej;
- 4) zakładowych służbach ratowniczych;
- 5) szkołach i ośrodkach szkoleniowych.

W związku z powyższym brak jest uzasadnienia dla zatrudniania ratownika medycznego na stanowiskach służbowych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej. Ponadto to pielęgniarka w toku kształcenia przeddyplomowego jest



przygotowana do organizowania i prowadzenia szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej i medycznych czynności ratunkowych.

Należy wskazać, iż w przypadku utrzymania zatrudnienia ratownika medycznego na stanowiskach służbowych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej uzasadniona jest zmiana grupy zaszerogowania na grupę 7.

Ponadto NRPIP stoi na stanowisku, iż należy wykreślić stanowisko służbowe młodszej pielęgniarki uwagi na fakt, iż stanowisko młodszej pielęgniarki nie funkcjonuje aktualnie w ochronie zdrowia. Zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1999 r. Nr 30 poz. 300 z późn. zm.) zapis dotyczący stanowiska pracy młodszej pielęgniarki jest zapisem dotyczącym osób, które nie posiadały pełnych kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu pielęgniarki w chwili wejścia w życie powyższego rozporządzenia.

Uwagi szczegółowe do projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie stanowisk służbowych oraz stopni funkcjonariuszy Służby Więziennej

NRPIP proponuje w załączniku do powyższego projektu następujące zmiany (zaznaczone poprzez ich wytłuszczenie). ■

## Umiejętność radzenia sobie ze stresem

Stres to czynnik fizyczny, chemiczny, emocjonalny (jak alergen lub strach) do którego organizm nie potrafi się wystarczająco przygotować i który powoduje napięcia fizjologiczne, mogące być korzystne dla organizmu, a przyczynić się do wybuchu choroby.

Stres jest procesem mającym charakter interaktywny, zachodzącym pomiędzy daną osobą a otoczeniem. Występuje, kiedy próbujemy się przystosować do stawianych nam wymagań.

Źródłem stresu jest zarówno presja zewnętrzna, jak i nasze indywidualne reakcje na czynniki stresogenne. Stres jest zjawiskiem naturalnym i potrzebnym, brak stresu to śmierć.

## Warto wiedzieć

### Sprawność fizyczna

- staraj się utrzymać wagę ciała w granicach normy
- chodź regularnie na badania kontrolne do lekarza
- dostarczaj organizmowi odpowiednią ilość snu
- wyznacz sobie dzień lub kilka dni na regularne ćwiczenia
- ćwicz w odpowiednim dla siebie tempie
- nie zniechęcaj się na początku, wytrwaj - potem będzie ci łatwiej

Regularne uprawianie gimnastyki, sportu ułatwia bardziej skuteczne radzenie sobie ze stresem.

### Właściwe odżywianie

- jedz posiłki regularnie
- unikaj radykalnych diet
- jeśli to możliwe wyeliminuj z diety spożycie kofeiny i cukru
- jedz pokarmy ze wszystkich grup; mięso, nabiał, produkty zbożowe, ryby, warzywa i owoce
- rzuć palenie
- nie pij alkoholu lub ogranicz jego spożycie

Równowaga, umiarkowanie, urozmaicenie to charakterystyczne cechy diety niezbędnej do utrzymania umysłu i ciała w dobrej kondycji.

### Techniki relaksacyjne

- naucz się technik autorelaksacyjnych np. medytacja, joga,, napinanie i rozluźnianie mięśni, wybierz odpowiednie dla siebie i stosuj je regularnie
- aby się uspokoić wykonuj powoli głębokie wdechy i wydechy
- słuchaj muzyki ułatwiającej osiągnięcie stanu relaksacji
- staraj się, aby twoje życie było urozmaicone i pełne zmian
- pielęgnuj swoje poczucie humoru
- włącz do harmonogramu dnia, czas na relaks i rozrywkę

Włącz techniki relaksacyjnego do swojego planu służącego utrzymaniu niskiego poziomu stresu i zwiększeniu produktywności

### Zasadnicze zmiany w systemie przekonań i nastawienie do świata

- ustal, jakie masz negatywne myśli i zniekształcone wyobrażenia
- staraj się zmieniać negatywne myśli i odczucia na pozytywne
- bądź pozytywnie nastawiony do rzeczywistości
- przestań myśleć w kategoriach „czarne lub białe” dzięki temu przestaniesz też przewidywać, że w danej sytuacji coś „na pewno” się wydarzy
- staraj się być realistą, nie perfekcjonistą
- pozabądź się negatywnych wyobrażeń np. przekonania, że nie możesz czegoś zrobić, bo nigdy nie mogłeś
- przestań wyolbrzymiać swoje wady i pomniejszać zalety
- akceptuj i przyjmuj wszystko co jest dobre, unikaj występowania w roli ofiary

Przekształć negatywne myśli, tak aby zwiększyć szacunek dla samego siebie a także osiągnąć sukces.

### Asertywność

- mów „nie”, nie tłumacz swojego zachowania, ani go nie uzasadniaj
- wolno popełniać ci błędy
- sam bądź sędzią swojego postępowania
- powtarzaj to, co chcesz powiedzieć- spokojnie i w kółko jak zdarta płyta
- wyrażaj się jasno i mów na temat
- aby zapobiec odchodzeniu od tematu podczas dyskusji uznaj, że nieco prawdy może być również w słowach krytyki
- staraj się doprowadzić do zakończenia nie zakończone sprawy
- przenoś często odpowiedzialność na innych



Wyrażanie myśli, przekonań i opinii w sposób szczerzy, bezpośredni oraz odpowiedni do sytuacji pomaga radzić sobie ze stresem pojawiającym się w kontaktach z innymi.

### **Tworzenie systemu wsparcia**

- otrzymanie wsparcia od innych zwiększa naszą zdolność do jego udzielania
- nie bój się otwarcie prosić o pomoc
- bądź gotowy na przyjęcie pomocy od innych
- zbuduj kanały służące skutecznej, niezakłóconej komunikacji w życiu prywatnym i zawodowym
- jeśli czegoś nie wiesz, pytaj tych, którzy wiedzą

- przestań być samotnym jeźdźcem- proś o wsparcie
- szukaj wokół siebie optymistów, aby włączyć ich do twojego systemu wsparcia

Wsparcie ze strony innych osób pomaga nam potwierdzić pozytywne wyobrażenie i daje poczucie łączności z grupą, pozwalając dzięki temu zmniejszyć stres.

Zastanów się, jaki możesz ustalić sobie plan działania i co możesz zrobić, aby osłabić działanie tych czynników, zmienić ich wpływ jaki wywierają na ciebie i twoje życie, wyeliminować je całkowicie lub lepiej sobie z nimi poradzić! ■

Edyta Skowron

# **Wystąpienie dr Iriny Ostrovskaya podczas XV Jasnogórskiej Konferencji Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Pośłańcy miłości” Częstochowa 29.01.2011 r.**

Irina Ostrovskaya  
doktor n. med. w zakresie pielęgniarstwa

I.M.. Sechenov First Moscow Medical University  
Faculty of Higher Nursing Education  
Assistant Professor  
Deputy Editor-in-Chief of journal "Nurse"

Szanowni Państwo!

Temat mojego wystąpienia różnić się będzie od zgłoszonego w programie konferencji - „Opieka paliatywna w Rosji”- ponieważ od momentu decyzji o udziale w Konferencji w Częstochowie do przyjazdu tutaj upłynęło wiele czasu i skład naszej delegacji zmieniał się 4-krotnie. W końcu wypadło na mnie, a ja nie jestem specjalistką opieki paliatywnej, nie pracuję też w hospicjum. Tak się złożyło, że już po raz drugi w imieniu rosyjskich pielęgniarek zabieram głos i mówię o problemach opieki paliatywnej i hospicyjnej w Rosji.

Wszystko się zaczęło, gdy w ubiegłym roku wzięłam udział w 4 Konferencji Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej w Poznaniu. Przyjazd do Polski, zwiedzanie Krakowa, Poznania, stały się dla mnie znaczącymi wydarzeniami roku 2010. Wszystko mnie zdumiewało i zadziwiało. Ogromna ilość hospicjów w całej Polsce, która na 38 mln mieszkańców i ma 450 hospicjów. W Rosji która ma 140 mln ludzi jest raptem około 50 hospicjów i oddziałów opieki hospicyjnej.

Zdumiała mnie ogromna ilość wolontariuszy, pomagających w hospicjach. U nas mamy z tym duży problem, jest zupełnie inaczej.

Niezapomniane wrażenie zrobiło na mnie zwiedzanie hospicjum w Wągrowcu. Organizatorem i kierownikiem hospicjum jest ks. Andrzej Ruszelski – lider w pełnym tego słowa



znaczeniu. Myślę, że właśnie o takim liderze mówiła pani Anna Kaptacz w swoim wystąpieniu.

Spotkanie z pacjentami hospicjum w Wągrowcu i w innych hospicjach zmusiło mnie do zastanowienia się nad tym problemem. W Rosji rzadko spotyka się jeszcze takiego pacjenta. My wciąż jesteśmy na poziomie rozwiązywania fizjologicznych problemów pacjenta: jak złagodzić ból, jak zlikwidować nudności, wymioty itp. Do analizowania i rozwiązywania psychicznych problemów pacjenta jeszcze nie doszliśmy.

W Rosji istnieje surowe ograniczenie dotyczące ilości środków i preparatów przeciwbólowych przewidzianych dla 1 pacjenta. Jest to związane w pierwszej kolejności z finansowaniem hospicjów, a po drugie, wielu lekarzy uważa, że pacjent mógłby popaść w uzależnienie od leków przeciwbólowych!

Byliśmy dumni, że mogliśmy poznać prof. Jacka Łuczaka. To ważna osoba w Polsce i bezsprzeczny lider, mający wpływ na rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce i nie tylko.

Bardzo ważna była dla mnie 4 Konferencja Towarzystwa Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej i udział w niej. Podoba mi się idea nagradzania lekarzy za ich wkład w rozwój opieki pielęgniarskiej. Podoba mi się to, że konferencja odbywała się w dni wolne od pracy.

Ze zdziwieniem zobaczyłam w programie konferencji sobotnią poranną mszę. Mój stosunek do religii jest złożony, gdyż urodziłam się w Rosji w czasie gdy praktykowanie religii było zabronione. Ale udział we mszy zmusił mnie do poczucia się częścią czegoś ważnego i potrzebnego.

Znajomość z Karolem Mestnerem – duchownym, lekarzem, filozofem, seksuologiem zmusiło mnie do myślenia o tym, jak różnych ludzi jednoczy opieka nad umierającymi. Jak wiele można otrzymać dla rozwoju własnej osobowości.

E. Kubler-Ross, o której wspomniano na wczorajszym spotkaniu, powiedziała: „Chciałabym umrzeć na chorobę nowotworową, ponieważ nie chcę pozbawić swojej osobowości możliwości rozwoju w czasie nieuleczalnej choroby”.

Rzeczywiście - hospicjum jest miejscem, gdzie uczymy się współczucia, cierpliwości pokory i przebaczenia. Dobrze, że w hospicjach są przewidziane różne zajęcia z pacjentami w czasie, w którym mogą oni wykonywać różne rzeczy, przedmioty własnoręczne.

W Rosji czegoś takiego nie ma. Nie ma terapii zajęciowej. Motyle, wykonane z plastikowego tworzywa i pomalowane poleciały z nami do Rosji i są teraz obok jako symbol duszy tych ludzi, których już z nami nie ma.

Co się stało w Rosji po naszym powrocie z Polski? Mamy stronę internetową, poświęconą opiece paliatywnej i hospicyjnej. Międzynarodowy dzień opieki paliatywnej i hospicyjnej obchodziliśmy w ub. roku 9 października.

Na stronie zamieściliśmy sprawozdanie z pobytu naszych kolegów w różnych miastach Polski. Ale wielu ludzi, nawet pracowników hospicjów, nie wie o istnieniu tej strony.

Czasopismo „Pielęgniarka” wydało numer poświęcony opiece paliatywnej. Jest tam również zamieszczony artykuł prof. Jacka Łuczaka, mój artykuł – relacja o pobycie w Polsce i duży artykuł o rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. W numerze 3 tego roku planujemy opublikować artykuł pani Anny Kaptacz o opiece paliatywnej na ziemi częstochowskiej.

Niestety, bardzo mało ludzi czyta specjalistyczną prasę, tłumacząc, że nie mają czasu, nie mają pieniędzy na prenumeratę, że szpital nie prenumeruje takiego czasopisma itp.

W Rosji jest blisko 1 mln pielęgniarek, ale nie przejawiają one zbytnej aktywności. Do tej pory nie możemy znaleźć wśród tej armii prawdziwego lidera. Mamy Radę do Spraw Pielęgniarek przy Ministerstwie Zdrowia, ale na jej czele stoi lekarz, nie pielęgniarka.

Wielkim szacunkiem darzę Sergieja Dwojnikowa, ale uważam, że nasze pielęgniarki winny być bardziej samodzielne, aktywne i odważne. Główny nasz problem polega na tym, że nie mamy lidera.

Od 1992 r. mamy Stowarzyszenie Pielęgniarek Rosyjskich, ale skupia ono tylko ok. 5% wszystkich pielęgniarek. W ubiegłym roku nie było przyjęć na wydziały pielęgniarskie i w tym roku prawdopodobnie będzie tak samo.

Obecnie pod dyskusję poddano projekt nowego prawa



Federacji dot. Kształcenia Pielęgniarek. Projekt został zamieszczony na stronie internetowej. Poprosiliśmy pielęgniarki, aby wzięły udział w dyskusji i wypowiedziały się. Osobiście wysłałam 200 e-maili z prośbą o udział w dyskusji. Odzew był niewielki, przed moim wyjazdem do Polski było tylko 64 odpowiedzi. Dlatego trudno się dziwić, że Ministerstwo Zdrowia uważa, że wyższe wykształcenie nie jest potrzebne pielęgniarkom.

W ubiegłym roku utworzyliśmy Stowarzyszenie Pielęgniarek z wyższym wykształceniem, należy do niego tylko 10 osób, z czego aktywność przejawiają 2-3 osoby. Nie zdały również egzaminu nasze siostry miłosierdzia, które od 1992 roku miały być znaczącą podporą dla hospicjów. I choć otrzymały dobre przygotowanie nie podobały pracy.

Opieka hospicyjna w Rosji stawia pierwsze kroki. W Rosji jest ok. 50 hospicjów, w Moskwie – 8. To kropla w morzu potrzeb. Myślę, że doświadczenie polskich kolegów będzie nam bardzo pomocne i pożyteczne.

Chętnie ponownie przyjedziemy do Częstochowy i weźmiemy udział w konferencji. Myślę, że Częstochowę słusznie możemy nazwać organizacyjnym centrum pielęgniarskiej opieki paliatywnej dla całej Polski.

Stąd, z Jasnej Góry - idea cierpienia, współczucia, podpory duchowej będzie znacznie łatwiej dochodzić do wszystkich zakątków Polski czy nawet Europy. Macie, o czym opowiadać innym. Przed przyjazdem tutaj przeglądałam wasze strony internetowe i znalazłam tam wiele ciekawych i pożytecznych materiałów.

To wspaniale, że macie Stowarzyszenie, że macie takiego lidera jak pani Anna Kaptacz. W ramach propozycji o naszej współpracy zaczęliśmy rozpatrywać możliwość przyjazdu p. A. Kaptacz do Moskwy, aby mogła zapoznać się z organizacją hospicyjnej i paliatywnej opieki u nas.

I na koniec.

Letni wyjazd do Polski i spotkanie z wolontariuszami tak na mnie podziałał, że pod ich wpływem założyłam obok mojego domu mały ogródek. Jesienią posadziłam ok. 200 cebulek narcyzów i wiosną będę miała swoje pole nadziei. Nadziei na rozwój naszej współpracy, na polepszenie jakości życia naszych pacjentów, na godne odejście z tego życia. Wszystkim nam potrzebna jest taka nadzieja. ■

Dziękuję za uwagę.





**UWAGA!!!!**  
**OD DNIA 01 LUTEGO 2011 ROKU**  
**SIEDZIBA**  
**OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**  
**W CZĘSTOCHOWIE**  
**ZNAJDUJE SIĘ PRZY**  
**UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO**  
**W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.**  
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii Polonijnej)

**GODZINY PRACY BIURA OIPI**

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 409
Sekretariat Biblioteka	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 410
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup> , czw-pt 7 <sup>30</sup> -16 <sup>30</sup>	p. 407
Prawo wykonywania zawodu Kasa	pn-czw 8 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 405
Skarbnik	wt i czw 15 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	p. 406
Radca Prawny <i>Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.</i>	pn 8 <sup>30</sup> -9 <sup>30</sup> i śr 14 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	p. 404

**OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17<sup>00</sup>**

Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego

# „Pielęgniarstwo rodzinne”

Myszków 18 stycznia 2011 roku.

**GRATULUJEMY WSPANIAŁYCH WYNIKÓW EGZAMINU!!!!**





Egzamin końcowy kursu specjalistycznego

# ”Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” (Nr 03/07)

Kłobuck 27 stycznia 2011 roku.

Serdecznie gratulujemy osiągniętych wyników egzaminu!!!



Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego

# ”Pielęgniarstwo opieki paliatywnej”

Częstochowa 28 styczeń 2011 rok.

Serdeczne gratulacje !!!!!

