



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH w Bydgoszczy

KWARTALNIK

Nr 3/2012

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1507-5745



W numerze m.in.: Sprawy Samorządu, Warto przeczytać, Gratulacje

Drogie Koleżanki i Koledzy!



Lato za nami. Szkoda, że problemy nękające ochronę zdrowia, a tym samym pielęgniarki, położne i pacjentów, nie odchodzą razem z mijającym czasem.

Niestety w naszej ochronie zdrowia jest coraz gorzej.

W związku z tym, w dniu 14 września 2012 roku w całej Polsce przed Urzędami Wojewódzkimi odbyły się zgromadzenia pracowników ochrony zdrowia, celem których było wyrażenie przez pracowników i pacjentów stanowiska dotyczącego złej sytuacji w ochronie zdrowia.

Zgromadzenie prowadziła Pani Halina Peplińska, Przewodnicząca Regionu Kujawsko-Pomorskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, która odczytała petycję w imieniu Związku Zawodowego.

Podczas zgromadzenia odczytałam i wręczyłam petycję Wojewodzie Kujawsko-Pomorskiemu Pani Ewie Mes, w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku, przedstawiając problemy nękające pielęgniarki i położne w Polsce.

O tym, że jest źle, wie sam Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz, który na spotkaniu przedstawicieli NRPIP i Przewodniczących ORPIP w Ministerstwie Zdrowia w sprawie dotacji budżetowych poświęcił nam chwilę swojego czasu. Słuchając Ministra odnosiłam wrażenie, że prawie wszystko trzeba zmienić. Nie miałam okazji zapytać Pana Arłukowicza, czy wie o tym, że Pani Ewa Kopacz, poprzedni Minister Zdrowia twierdziła, że wszystko idzie w dobrym kierunku, „trzeba tylko uszczelnić budżet służby zdrowia”. Jeżeli wszystko szło w dobrym kierunku, dlaczego

trzeba prawie wszystko zmieniać? Kto mówi prawdę?

Poinformowano nas także, że dotacja otrzymywana przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych z Ministerstwa Zdrowia na zadania przejęte od administracji państwowej ulegnie zmniejszeniu o około 90%. Szuka się oszczędności. A gdzie? U pielęgniarek i położnych.

Zwróciłam się z prośbą do Podsekretarza Stanu Pana Cezarego Rzemka, aby podał nam nazwisko autora tej decyzji. Odpowiedź była ogólna, bez konkretów.

Pani księgowa naszej izby stwierdziła na tym spotkaniu, że zmiana budżetu w drugiej połowie roku, który jest uchwalony na zjeździe w pierwszym kwartale, jest nie do przyjęcia i świadczy o braku profesjonalizmu w dziedzinie księgowości i ekonomii. Może to przypadek, ale za parę dni przyszedł przedstawiciel Urzędu Kontroli Skarbowej z informacją, że od 1 sierpnia br. rozpocznie się kontrola dotacji z Ministerstwa Zdrowia oraz budżetu naszej izby. Kontrola trwała jeden miesiąc i nie stwierdzono żadnych uchybień w prowadzeniu księgowości.

Ostatnio mówi się i pisze, że Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy, który od 1 stycznia 1994 roku podporządkowany jest Radzie Miasta Bydgoszcz, był źle zarządzany, konsekwencją czego są zwolnienia pracowników szpitala. Można by zadać pytanie, czy Rada Społeczna i organ założycielski nie były o tym poinformowane?

Smutne jest to, że konsekwencje złego zarządzania ponoszą pracownicy i pacjenci, a nie osoby zarządzające. Z racji pełnionej funkcji najbardziej interesuje mnie los pielęgniarek i położnych.

Nigdy nie przypuszczałam, że po przeszło 20 latach wywalczenia tzw. demokracji, tak źle będzie się działo w Polsce i ochronie zdrowia. Z racji tego, że w 1980 roku zakładałam w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy komisję zakładową NSZZ „Solidarność”, gdzie pełniłam funkcję Przewodniczącej, oraz byłam członkiem Zarządu Regionu Bydgoskiego, wówczas kiedy funkcję Przewodniczącego Zarządu Regionu pełnił obecny Senator Pan Jan Rulewski, jest mi tym bardziej przykro, gdy stwierdzam, że nie o to walczyliśmy.

W czasach „komuny” istniał zawód „dyrektor”, trzeba było jednak należeć do PZPR. Jeżeli osoba nie sprawdzała się w zarządzaniu w jednym przedsiębiorstwie, „za karę” była odwoływana, aby zostać powołanym na to samo stanowisko w innym przedsiębiorstwie. Obecnie zdarza się podobnie nawet w ochronie zdrowia. Rzutuje to między innymi na złą sytuację pielęgniarek i położnych, często zmuszanych do zmiany umowy o pracę na tzw. kontrakty, do wykonywania czynności, które wymagają ukończenia kursów, pracy ponad siły. O tych problemach mówi artykuł z 10 września 2012 r. Gazety Prawnej pt. „Kilkudniowe dyżury pielęgniarek i lekarzy w szpitalach to norma”. Podkreśla się w nim, że dyrekcje szpitali są świadome i godzą się, by pacjentami zajmowały się osoby, które nie miały odpowiedzialności od kilkudziesięciu godzin. Ich przemęczenie powoduje złe traktowanie pacjenta i jego rodziny.

W maju br. Pani Prezes NRPIP zwróciła się z zapytaniem do OIPIP, czy na terenie ich działania jest przestrzegana Konwencja Nr 149 dotycząca zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego przyjęta w Genewie oraz Zalecenie Nr 157 wraz z uzasadnieniem Międzynarodowej Organizacji Pracy, dotyczące zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego. Wiemy, że w większości nie są one przestrzegane i przypuszczam nawet, że wielu zarządzających w ochronie zdrowia nie wie, że taka Konwencja i Zalecenie istnieją. Nieprawidłowością jest również, że osoby zarządzające nie przestrzegają Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą.

Chciałabym również odpowiedzieć na pytanie, z którym często zwracają się pielęgniarki i położne: „czy pielęgniarka/położna absolwentka Liceum Medycznego, Medycznej Szkoły Zawodowej, która nie ukończy studiów pomostowych zostanie pozbawiona prawa wykonywania zawodu i stanie się asystentką/pomocą pielęgniarską?”

Informuję, że nie istnieją regulacje prawne, które stanowiłyby, że pielęgniarka/położna, która nie ukończy studiów pomostowych, zostanie pozbawiona prawa wykonywania zawodu. Celem utworzenia studiów pomostowych było umożliwienie absolwentom liceów medycznych i medycznych szkół zawodowych, pragnących wykonywać zawód w Unii Europejskiej, uzyskanie kwalifikacji zawodowych koniecznych do podjęcia pracy na terenie Wspólnoty.

Nie ma to związku z art. 61 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, który mówi między innymi o obowiązku stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych.

Po raz kolejny przypominam Koleżankom i Kolegom, aby nie wykonywać zleceń lekarskich zleconych ustnie, czy telefonicznie, lecz na podstawie wyraźnego wpisania do karty zleceń. Oczywiście nie dotyczy to sytuacji ratującej życie.

Gdy myślę o bieżącej sytuacji w ochronie zdrowia i całym naszym kraju przychodzą mi na myśl słowa Cypriana Kamila Norwida:

**„Naród który się oburza ma prawo do nadziei,
ale biada temu który gnije w milczeniu”.**

Z pozdrowieniami Ewa Kopacz

BIURO OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

85-079 Bydgoszcz, ul. T. Kościuszki 27/30-32 VIII p.
www.oipip.bydgoszcz.pl, e-mail: izba@oipip.bydgoszcz.pl

Konto: KREDYT BANK S.A Oddział Bydgoszcz 88 1500 1360 1213 6004 1987 0000
NIP 554-13-03-482

Centrala: tel. 52 372-68-78, 52 372-79-04, tel. kom. 694-450-057

Biuro czynne: **poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek: 7.15-15.00; środa: 7.30-16.30**

Kasa biura czynna: **poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek: 8.00-14.30; środa: 7.30-16.00**

Koordynator ds. szkoleń - tel. 52 362-03-75

Radca prawny OIPIP przyjmuje: **środa: 15.00-18.00** - tel. 52 372-68-78 w.13

DZIAŁ PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU - tel: 52 322-07-83, e-mail: pwz@oipip.bydgoszcz.pl



Od Redakcji

Szanowne
Koleżanki i koledzy

Kolejny numer biuletynu informacyjnego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy przed Wami.

Okres wakacyjny - czas wytchnienia, odpoczynku i regeneracji sił mamy już za sobą. Zapewne w tym czasie udało nam się zdystansować do codziennych obowiązków oraz różnorodnych spraw zawodowych i osobistych.

Zebrane siły możemy wykorzystać na kolejne miesiące ciężkiej i odpowiedzialnej pracy zawodowej.

Dziękuję za nadesłane artykuły i zdjęcia, które zostały zamieszczone w tym numerze.

Zapraszam do pisania artykułów na tematy związane z naszym zawodem.

Również proszę napisać, a my wydrukujemy:

- podziękowania
- gratulacje
- kondolencje

Wiesława Stefaniak-Gromadka

Strona internetowa OIPiP w Bydgoszczy
www.oipip.bydgoszcz.pl

Zamieszczamy na bieżąco wszelkie informacje, które docierają do OIPiP z Naczelnej Rady, Ministerstwa Zdrowia i innych źródeł. Informujemy o posiedzeniach Prezydium, Okręgowej Rady, Komisji Problemowych

SPIS TREŚCI

SPRAWY SAMORZĄDU

- Kalendarium
- Protest

WARTO PRZECZYTAĆ

- Wykonywanie EKG przez pielęgniarkę
- Informacja
- Czy Istnieją Różnice Między Położnictwem Położnych, Położnictwem Lekarzy Położników?
- Zakażenia Szpitalne a wiedza personelu pielęgniarskiego

MY TEŻ TAM BYŁYŚMY

- Przemarsz Kapeluszu
- Święto Na Ulicy Dworcowej
- „Encyklopedia Bydgoszczy”
- Polskie (Bydgoskie) Pielęgniarki i Położne w Parlamencie Europejskim

PIELĘGNIARKI DERMATOLOGICZNE RADZĄ... JESIEŃ...

OŚRODEK KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO INFORMUJE...

GRATULACJE

- Nowe Specjalistki

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

WARTO PRZYGOTOWAĆ

- Dynia

WYDAWCA
Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Bydgoszczy
85-079 Bydgoszcz
ul. T. Kościuszki 27/30 - 32
tel. 052 372-68-78

KONSULTACJA REDAKCYJNA
Wiesława Stefaniak-Gromadka
Ewa Kowalska
Aleksandra Popow

PROJEKT OKŁADKI
Wiesława Stefaniak-Gromadka
Fotoman

DRUK
Studio Reklamy i Poligrafii
Fotoman
85-915 Bydgoszcz
ul. Gdańska 168
tel. 052 340-18-41
www.fotoman.net.pl

Nakład 2000 egzemplarzy

Redakcja:
- zastrzega sobie prawo redagowania i skracania materiałów,
- nie zamówionych materiałów nie zwraca,
- materiały należy dostarczać na nośnikach elektronicznych - płyta CD
- wszystkie materiały są objęte prawem autorskim, przedruk materiałów w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej zgody jest zabronione.

Biuletyn BEZPŁATNY dla Członków Samorządu

Kalendarium

26 września - 25 czerwiec 2012 r.

26 września 2012r. Odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz posiedzenia Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Komisji ds. Przyznawania Zapomóg Losowych, Komisji ds. Położnych, Komisji Historycznej, Komisji Opieki Długoterminowej i Opieki Paliatywnej

25 września 2012r. Przewodnicząca Ewa Kowalska uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Polityki Zdrowotnej Rady Miasta

24 września 2012r. Wiceprzewodnicząca Wiesława Stefaniak-Gromadka przewodniczyła Komisjom Konkursowym na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki i Pielęgniarek Oddziałowych w Szpitalu MSWiA

18-20 września 2012r. Przewodnicząca Ewa Kowalska uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP w Jachrance

14 września 2012r. Odbyło się spotkanie Przewodniczącej, Wiceprzewodniczącej i Skarbnika ORPiP z Dyrektorami ds. Pielęgniarstwa, Naczelnymi, Przełożonymi i Koordynującymi Pielęgniarkami

12 września 2012r. Odbyło się spotkanie Przewodniczącej ORPiP i Wiceprzewodniczącej ORPiP z Pełnomocnikami VI kadencji

Odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

11 września 2012r. Odbyła się 2 część szkolenia dla pielęgniarek prowadzonego przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa psychiatrycznego Pana Tomasza Adamczyka

04 września 2012r. Przewodnicząca Ewa Kowalska przewodniczyła Komisjom konkursowym w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno - Zakaźnym w Bydgoszczy na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych

W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie dla pielęgniarek prowadzone przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Pana Tomasza Adamczyka

30 sierpnia 2012r. Odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP

Posiedzenie Komisji ds. Przyznawania Zapomóg Losowych

23 sierpnia 2012r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu dotyczącym promocji Encyklopedii Bydgoszczy w Towarzystwie Miłośników Miasta Bydgoszczy

14 sierpnia 2012r. Wiceprzewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu z okazji Dnia Wojska Polskiego w 10 Wojskowym Szpitalu K z Polikliniką

25 lipca 2012r. Odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP

Odbyło się posiedzenie Komisji ds. Przyznawania Zapomóg Losowych

23 lipca 2012r. Przewodnicząca ORPiP brała udział w spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie w sprawie projektu umów na przekazanie dotacji

07 lipca 2012r. Wiceprzewodnicząca Wiesława Stefaniak-Gromadka brała udział w uroczystości z okazji XXX-lecia Samorządu Radców Prawnych w Operze Nova

29 czerwca 2012r. Wiceprzewodnicząca i Koordynator ds. szkoleń uczestniczyły w Konferencji Pielęgniarek Epidemiologicznych

27 czerwiec 2012r. Odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP oraz posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Komisji ds. POZ, Komisji ds. Przyznawania Zapomóg Losowych

Przewodnicząca Ewa Kowalska uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Dialogu Społecznego w Urzędzie Wojewódzkim

25 czerwiec 2012r. Przewodnicząca Ewa Kowalska uczestniczyła w Komisji Polityki Zdrowotnej Rady Miasta

Odbyło się posiedzenie Komisji Historycznej



**OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
BYDGOSZCZ – TORUŃ - WŁOCŁAWEK**

Pani
Ewa Mes
Wojewoda Kujawsko - Pomorski

N/znak:OIPiP/1908 /12

N/data:2012.09.13

Szanowna Pani Wojewodo

Zwracam się do Pani Wojewody jako przedstawiciela Rządu Rzeczypospolitej Polskiej w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku.

Uznając istotną rolę, jaką odgrywają pielęgniarki i położne w służbie zdrowia stwierdzamy, że sytuacja nasza w Polsce jest zła.

- nie przestrzegane są normy zatrudnienia, w związku z tym pielęgniarki i położne pracują na granicy bezpieczeństwa, przez co pacjent narażony jest na zdarzenia niepożądane.

- pielęgniarki i położne zmuszane są do zmiany formy zatrudnienia z umowy o pracę na kontrakty cywilno - prawne.

- płace często są uwłaczające godności zawodów, jakie wykonują

Wynagrodzenie powinno być na poziomie odpowiadającym ich potrzebom społeczno-ekonomicznym, posiadanych kwalifikacji, spoczywającej na nich odpowiedzialności, pełnionym funkcjom, uwzględniając zagrożenia i niebezpieczeństwo związane z tymi zawodami.

Uważamy, że pielęgniarki i położne nie powinny być zatrudniane przy funkcji wykraczającej poza jej kwalifikacje i uprawnienia.

Często podmioty zatrudniające pielęgniarki i położne nie przestrzegają przepisów Konwencji nr 149, dotyczącej zatrudnienia, warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego oraz Zalecenia nr 157 Międzynarodowej Organizacji Pracy.

Samorząd Pielęgniarek i Położnych niepokoi fakt coraz większej migracji naszych Koleżanek i Kolegów do pracy za granicę, aby godnie pracować i żyć.

Życie i zdrowie ludzkie nie może podlegać rachunkowi ekonomicznemu. Uważamy, że system ochrony zdrowia nie powinien być naprawiany kosztem pacjentów i pracowników.

Powodem przedstawionych wyżej wymienionych problemów jest między innymi niedofinansowanie procedur przez NFZ oraz często złe zarządzanie.

PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Toruniu

Bogumiła Bobek

Kolpata Ławiecha

Z pozdrowieniami

PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Bydgoszczy

Ewa Kowalska

PROTEST W OBIEKTYWIE



OPINIA PRAWNA

Bydgoszcz, dnia 3 października 2012 r.

dotyczy: wykonywania EKG przez pielęgniarkę.

Zgodnie z treścią paragrafu 1 ust. 1 pkt 2 lit. h) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, wykonywanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) - pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego świadczeń diagnostycznych obejmujących wykonywanie EKG pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

W związku z przedmiotowym zapisem, pielęgniarka nieposiadająca kursu specjalistycznego, może wykonać na zlecenie lekarza badanie EKG pod warunkiem bezpośredniej obecności lekarza podczas przeprowadzania przedmiotowego świadczenia diagnostycznego.

W sytuacji, gdy nie ma lekarza podczas wykonywania EKG, badanie może wykonać tylko i wyłącznie pielęgniarka posiadająca kurs specjalistyczny EKG.

Nadmieniam jednocześnie, iż art. 9 rzonego aktu prawnego, statuuje zasadę, iż pielęgniarka i położna przy podejmowaniu czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego.

Radca Prawny Jakub Meysner

PRACA

**NZOZ Centrum Medyczne „Nad Brdą” ul. Dworcowa 63, 85-009 Bydgoszcz
zatrudni pielęgniarkę do poradni medycyny pracy - posiadającą stosowne kwalifikacje.**

Informacje - sekretariat tel. 52-518-34-70 (sekretariat@cmnadbrda.pl)
lub przełożona pielęgniarek - Iwona Żbikowska tel. 52-518-54-08 (i.zbikowska@cmnadbrda.pl)

Oddział Akademicki Polskiego Towarzystwa Położnych w Bydgoszczy

Informacja

Kolejne spotkanie położnych należących
do Oddziału Akademickiego Polskiego Towarzystwa Położnych planowane jest na
22 listopada 2012 r. godz.15.30, ul. Techników3
Serdecznie zapraszamy wszystkie położne i położnych chcących
poszerzać naukowe horyzonty zawodowe.

CZY ISTNIEJĄ RÓŻNICE MIĘDZY POŁOŻNICTWEM POŁOŻNYCH, POŁOŻNICTWEM LEKARZY POŁOŻNIKÓW?

Dwa zawody: położna i lekarz położnik, to specjaliści z tej samej dziedziny, jednak ich zadania są zupełnie inne. Położna jest osobą, której zadaniem powinno być opieka nad kobietą w różnych okresach życia, w szczególności pomoc w sytuacji fizjologicznej ciąży, porodu i porożu. Powołaniem zaś lekarza jest wykrywanie i leczenie patologii. Obszar kompetencji obu tych zawodów jest różny - położna jest właściwą osobą, by otoczyć kobietę i jej dziecko opieką, wsparciem i fachową radą, a lekarz położnik powinien podejmować działania, gdy zaistnieje stan patologiczny, lub pojawi się realne zagrożenie takim stanem. Czy jednak taki podział kompetencji może się sprawdzić w praktyce? Kto mógłby skorzystać na upowszechnieniu opieki nad kobietą sprawowanej przez samodzielne położne?

W języku polskim zawód wykonywany zarówno przez położną, jak i lekarza położnika ma tę samą nazwę - położnictwo. Jest to mylące o tyle, że zakres działań i sposoby pracy charakterystyczne dla obu tych profesji są, z założenia, zupełnie różne. Język angielski jest pod tym względem bardziej precyzyjny, gdyż istnieje w nim rozróżnienie na "midwifery" i "obstetrics". Midwifery - pochodzące od słowa midwife - położna, odnosi się do pracy wykonywanej przez położne. Słowo midwife zaś składa się ze słów mid oznaczającego "z" i wife czyli "kobieta", oznacza więc osobę towarzyszącą kobiecie. Takie określenie

wspaniale oddaje istotę powołania położnej, której zadaniem jest wspieranie kobiety, szczególnie w tych momentach życia, w których takiego wsparcia najbardziej potrzebuje - w ciąży, porodzie i porożu, a także w okresie dojrzewania, zakładania rodziny, przekwitania. Warto zauważyć, że archetypem położnej jest matka - osoba najbliższa kobiecie, doświadczona, oferująca akceptację i wsparcie w każdym trudnym momencie życia.

Określenie "obstetrics" pochodzące od łacińskiego czasownika obstarę oznaczającego "stać przy", "być w gotowości" odnosi się do specjalności lekarskiej zajmującej się zagadnieniami związanym z patologią ciąży, porodu i porożu.

Położnictwo (kierunek studiów dla położnych) należy do szerszego grona kierunków określanych jako "nauka o zdrowiu". Położna, jako osoba, której rolą jest towarzyszyć kobiecie i ją wspierać, powinna patrzeć na swoją podopieczną z perspektywy fizjologii. Co za tym idzie, zadaniem położnej jest pomóc kobiecie zrozumieć, co dzieje się z jej organizmem i jak najlepiej poradzić sobie z tą, nową sytuacją dla kobiety.

Inna jest perspektywa lekarzy, szkolonych w kierunku wykrywania i leczenia choroby i patologii. Prawidłowa ciąża, czy poród fizjologiczny traktowane są przez nich, jako chwilowy stan braku patologii, która jednak w każdej chwili może się pojawić. W zasadzie

każda kobieta, której ciążę prowadzi lekarz, ma przynajmniej jeden powód by się martwić - za wysokie lub za niskie ciśnienie krwi, zbyt szybki lub zbyt wolny przyrost masy ciała, anemia, za mała liczba płytek krwi, cukrzyca, za mała lub za duża szacowana masa płodu, nieprawidłowe usytuowanie łożyska, zbyt młody lub zbyt zaawansowany wiek, brak wykonanych szczepień przeciw różyczce, przedwczesne skurcze, itp. W przeciwieństwie do koncentracji lekarzy na poszukiwaniu nieprawidłowości, opieka położnej powinna koncentrować się na zdrowiu, na objaśnianiu kobiecie różnych fizjologicznych procesów zachodzących w jej organizmie - zarówno w ciele, jak i w psychice, na udzielaniu wsparcia i rad dotyczących postępowania w taki sposób, by to zdrowie jak najlepiej pielęgnować.

Przez wieki lekarze nie interesowali się fizjologiczną ciążą i porodem - ich opieka w tych ważnych momentach życia kobiety była związana jedynie z wystąpieniem patologii i potrzebą leczenia. W takich sytuacjach ich orientacja na patologię była jak najbardziej uzasadniona. Zdrowe kobiety radziły sobie same lub pozostawały pod opieką lokalnych akuserek. W XIX i XX wieku upowszechniła się idea, by kobiety w okresie ciąży, porodu i porożu objąć szczególną opieką. Wprowadzane stopniowo zmiany początkowo kładły nacisk na formalne medyczne kształcenie położnych. Niemniej, w większości krajów efektem

podjętych działań było zmedykalizowanie ciąży i porodu i przekazanie kobiet ciężarnych i rodzących pod opiekę lekarzy. Położne utraciły swą samodzielność i stały się jedynie asystentkami lekarskimi, a fizjologiczny poród został uznany za stan zagrożenia życia, który koniecznie należy nadzorować w szpitalu. Nieuniknione stało się przejście przez położne modelu pracy charakterystycznego dla lekarzy - zorientowanego na wykrywanie patologii i leczenie.

Dwa modele sprawowania opieki na kobietą



Porównanie dwóch modeli sprawowania opieki na kobietą (za: Schmid, 2008)

Czy można otoczyć kobietę ciężarną i rodzącą opieką, jednocześnie nie akcentując możliwych patologii? Mało znaną w Polsce alternatywą jest podejście koncentrujące się na salutogenezie (promocji zdrowia). Verena Schmid (2008), położna i nauczycielka z Florencji, w swojej książce poświęconej podejściu salutogenicznemu w ciąży i macierzyństwie, próbuje dokonać syntetycznego porównania obu wspomnianych modeli opieki nad kobietą - opartego na patologii i opartego na promocji zdrowia. Na załączonej rycinie można prześledzić różnice między tymi modelami.

Autorka identyfikuje te modele, jako adekwatne do stylu pracy lekarzy (orientacja na patologię) i położnych (orientacja na zdrowie). Podział taki wydaje się o tyle ważny, że świetnie wpisuje się w różnice pomiędzy oboma zawodami wynikające z obszarów działania czy sposobu kształcenia lekarzy i położnych, a także

z tradycji, cech nowożytnej medycyny czy uwarunkowań kulturowych i ekonomicznych. Choć nie wynika to wprost z przedstawionego na rycinie porównania, należy podkreślić, że dla osoby zorientowanej prozdrowotnie, kobieta stanowi integralną całość - jej ciało, psychika, duchowość, relacje społeczne są jednakowo ważne dla przebiegu różnych procesów fizjologicznych. Można tu mówić o podejściu holistycznym.

W modelu zorientowanym na patologię istotna jest wyłącznie sfera fizyczna - stan zdrowia, budowa anatomiczna, wyniki badań - w której diag-

nozjuje się problemy. Ignorowanie pozafizycznych aspektów prowadzi jednak często do niemożności postawienia prawidłowej diagnozy, a w związku z tym do niewłaściwych decyzji dotyczących leczenia. Najbardziej jaskrawym przykładem jest ignorowanie dyskomfortu psychicznego i lęku jako czynników wpływających hamująco na przebieg porodu. W sytuacji osłabienia czynności skurczowej położnik jest skłonny rozwiązać problem za pomocą kroplówki z oksycytyną, nie czyniąc refleksji nad możliwymi psychologicznymi przyczynami takiego stanu. W ten sposób fizjologicznie przebiegający poród (zahamowanie postępu porodu w sytuacji dyskomfortu matki jest prawidłową, adaptacyjną reakcją) jest niepotrzebnie medykalizowany. Osoba prezentująca holistyczne podejście do rodzącej zadbałaby raczej o zapewnienie jej komfortu i w ten sposób wpłynęła na przebieg porodu bez medycznej interwencji.

Holistyczne podejście do kobiety stwarza partnerską relację. Współpraca kobiety z opiekującą się nią osobą powinna opierać się na wzajemnym zaufaniu. Ważne jest, by nie tylko kobieta ufała swojej położnej (że jest kompetentna i w swoich działaniach kieruje się przede wszystkim dobrem swojej klientki, że uzyskanych informacji nie wykorzysta w niewłaściwy sposób, nie będzie oceniać i potępiać) ale także, by położna ufała swojej podopiecznej (że jest z nią szczerą, że zna swój organizm, czuje, co dla niej jest odpowiednie, czuje się współodpowiedzialna za podejmowane decyzje dotyczące jej zdrowia).

Położna w Sali porodowej we współpracy z lekarzem położnikiem w swojej pracy oczekują od pacjentki podległości i zaufania, sami stosując jednocześnie zasadę ograniczonego zaufania w stosunku do niej. Lekarz uważa siebie za osobę najlepiej zorientowaną w sytuacji. Ma to być może uzasadnienie w sytuacji patologii, kiedy zmiany w organizmie kobiety i sposób ich leczenia są dla niej czymś nowym i nieznanym, a lekarz, jako specjalista powinien posiadać na ten temat rozległą wiedzę. Podejście takie jednak nie sprawdza się w sytuacji fizjologii, gdy bardzo istotne stają się informacje kobiety o jej własnym ciele oraz jej intuicja. Doskonałym, a prostym przykładem jest tu wyznaczenie oczekiwanego terminu porodu. Niestety, większość lekarzy prowadzących ciążę kieruje się w tej kwestii wyłącznie matematyczną regułą Naegelego. Rzadko zdarza się, że uwzględniane są bardziej subiektywne informacje, niż data ostatniej miesiączki. Wiele kobiet ma jednak świadomość, że ich cykle są znacznie dłuższe niż przyjęte w regule Naegelego 28 dni, bądź też z obserwacji cyklu wiedzą dokładnie, kiedy doszło do jajczkowania. Efektem nieuwzględnienia takich informacji bywa nieprawidłowe wyznaczenie oczekiwanej daty porodu, a pod koniec ciąży niejednokrotnie zakwalifikowanie jej, jako „przeterminowanej” i rozpoczęcie nieuzasadnionej indukcji. Takich sytuacji można by uniknąć, gdyby uwzględniano

nie tylko wiedzę profesjonalisty na temat wyznaczania daty porodu, ale także wiedzę kobiety o jej cyklu. Wymaga to jednak bardziej partnerskiej relacji i większego zaufania. Relacja oparta na zaufaniu implikuje współodpowiedzialność kobiety za decyzje podejmowane razem z opiekującą się nią osobą. Niewątpliwą korzyścią psychologiczną dla wielu kobiet pozostających pod opieką lekarzy położników jest możliwość scedowania całej odpowiedzialności za zdrowie swoje i dziecka na lekarza. Z nadrzędnej pozycji lekarza wobec pacjentki wynika, że tylko on ponosi odpowiedzialność za podejmowane decyzje dotyczące leczenia. Dla wielu kobiet ważniejsze jest poczucie kontroli i możliwość wpływania na własne decyzje i zachowanie. Nie należy też zapominać, że to przede wszystkim kobieta, a nie położnica, czy lekarz, będzie znosić następstwa swojego postępowania - g. jeśli podda się zbędnej medykacji, w efekcie której jej fizjologicznie prawidłowy poród zakończy się cięciem cesarskim, to przede wszystkim jej i jej dziecka będą dotyczyły konsekwencje takiej operacji. Z powyższymi rozważaniami wiąże się jeszcze jedna, niezwykle istotna różnica między obydwojma zaprezentowanymi modelami opieki - podejście do kwestii wykorzystania zasobów kobiety, którą otacza się opieką i zasobów pozostających w gestii osoby udzielającej opieki. Z perspektywy psychologicznej trzeba zauważyć, że możliwość i umiejętność korzystania z zasobów osobistych jest dla każdego człowieka istotnym czynnikiem w budowaniu poczucia własnej wartości skutecznym radzeniem sobie z otaczającym światem (por. Chodkiewicz, 2006). W sytuacji, gdy rola lekarza jest w opiece nad pacjentką nadrzędna, decyzyjna i aktywna, w swojej pracy skupia się on na korzystaniu, przede wszystkim, z charakterystycznych dla niego zasobów:

- diagnozuje w oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie,
- używa zaawansowanej technologicznie aparatury medycznej,

- zleca przyjmowanie leków (w tym dostępnych wyłącznie na receptę),
- podejmuje interwencje, by skorygować „błędy natury” (operacje ginekologiczne, indukcja porodu, amniotomia, epizjotomia, kleszcze, vacuum, zabieg Kristellera, cięcie cesarskie),
- skłania kobietę do podporządkowania się jego zaleceniom.

W przypadku opieki skupionej na promocji zdrowia, to zasoby kobiety powinny być w centrum i na ich świadomym wykorzystaniu powinna opierać się współpraca. Sposób sprawowania opieki wyznaczany jest bez wątplenia przez:

- stan zdrowia matki, przebieg ciąży, zdrowie dziecka,
- wiedzę dotyczącą fizjologii i specyfiki własnego organizmu,
- doświadczenie (własne i bliskich) związane z ciążą, porodem, położeniem,
- stabilność emocjonalną,
- poczucie własnej skuteczności i wartości,
- pozytywne nastawienie,
- umiejętność radzenia sobie z bólem i stresem,
- umiejętności komunikacyjne,
- aktywność i skłonność do przejmowania inicjatywy,
- poczucie kontroli,
- zdrowy tryb życia,
- wsparcie ze strony bliskich,
- duchowość, wiarę,
- czynniki kulturowe.

Rozpowszechniony obecnie model opieki nie uwzględnia większości z powyższych uwarunkowań.

We współpracy z klientką istotne są również zasoby osoby udzielającej wsparcia, w szczególności jej:

- wiedza i doświadczenie
- umiejętności interpersonalne
- możliwość zbudowania pozytywnej, głębokiej relacji z klientką, skuteczną komunikacją,
- umiejętność motywowania (pochwała, nagroda, rzeczowa informacja zwrotna),

Bez wątplenia, zachodzi czasem konieczność skorzystania z aparatury medycznej (USG, UDT, KTG, stuchawka itp.), medykamentów (suplementy diety, oksytocyna, leki rozkurczowe) czy interwencji (amniotomia, episiotomia, szycie). Jednak główny nacisk powinien być kładziony na korzystanie z zasobów osobistych klientki. Zwraca na to uwagę Verena Schmid (2008) słusznie podkreślając, że oparcie się na zasobach kobiety daje jej poczucie kompetencji i niezależności, poprawia jej samoocenę i umacnia pewność siebie. Pokazanie kobiecie, jak dla zdrowia własnego i jej dziecka może wykorzystać dostępne jej zasoby, ma też szersze znaczenie - rozwija jej kompetencje także w innych dziedzinach życia i zwiększa poczucie kontroli.

By prezentowane zagadnienie było bardziej zrozumiałe, można posłużyć się następującym przykładem. U pewnej kobiety w II trymestrze ciąży w badaniu morfologicznym obserwuje się poziom hemoglobiny 11,1 g/dl. Prawdopodobne postępowanie lekarza prowadzącego ciążę będzie się sprowadzać do stwierdzenia wystąpienia patologii (niska hemoglobina, anemia). Taka diagnoza wskazuje na niekompetencję organizmu kobiety (jej organizm sobie nie radzi, nie ma odpowiednich zasobów). Postępowanie zalecone przez lekarza zazwyczaj sprowadza się do zalecenia przyjmowania odpowiedniego preparatu zawierającego żelazo. Podjęte działanie opiera się, więc na zasobach dostępnych lekarzowi (zalecenie przyjmowania leków) i wskazuje na niekompetencję pacjentki, która bez pomocy z zewnątrz nie będzie w stanie poradzić sobie z zaistniałą nieprawidłowością. W analogicznej sytuacji, osoba przyjmująca perspektywę zdrowia (salutogeneza) powinna poinformować podopieczną, że obniżenie się poziomu hemoglobiny jest na tym etapie ciąży fizjologiczną reakcją wskazującą na adaptacyjne zmiany w organizmie kobiety związane z rozwijającą się ciążą. W ten sposób kobieta otrzymuje informację, która potwierdza jej kompetencje - jej organizm

radzi sobie z nową sytuacją! Zwracając uwagę na zwiększone zapotrzebowanie na witaminy i mikroelementy w tym okresie ciąży, można przedyskutować z klientką odpowiednie zmiany w jej jadłospisie. Korzystając z własnych zasobów - możliwości adaptacyjnych swojego organizmu oraz odpowiedniego odżywiania - kobieta może pielęgnować swoje zdrowie, w poczuciu, że jest w tym działaniu niezależna od zasobów zewnętrznych i samodzielna. W szerszej perspektywie, ufnosc w zdolności adaptacyjne własnego organizmu oraz świadomość, że prawidłową dietą można zapewnić sobie właściwą podaż mikroelementów, mogą się tej osobie przydać w przyszłości i zwiększyć jej poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie.

Podsumowując, należy zauważyć, że zmedykalizowany, zorientowany na patologię, model położnictwa wiąże się z przedmiotowym traktowaniem kobiety. Jest ona przede wszystkim obiektem pracy osoby sprawującej opiekę (o ile słowo „opieka” właściwie oddaje istniejące relacje, być może odpowiedniejszym określeniem jest „nadzór”). Powinna się podporządkować, bo jej bezpieczeństwo (a pośrednio także jej dziecka) zależy od skutecznej kontroli sprawowanej nad nią przez lekarza, położną, instytucję.

Model „holistyczny” opiera się zaś na podmiotowym traktowaniu kobiety. W tym układzie kobieta jest w centrum i to ona wspólnie z osobą udzielającą jej opieki podejmuje decyzje. By mogła to świadomie robić musi być dobrze poinformowana. O to podmiotowe traktowanie bardzo silnie apeluje do polskich położnych Irena Chołuj (2008), jedna z pierwszych w III Rzeczypospolitej samodzielnych położnych. Bezpieczeństwo kobiety nie powinno wynikać z kontroli, którą ktoś nad nią sprawuje, ale z jej poczucia kontroli nad sytuacją, w której się znalazła. Takie okoliczności sprawiają, że kobieta czuje się współodpowiedzialna za podejmowane decyzje i ich konsekwencje, a położna jest dla niej fachowym wsparciem, nie zaś kimś, kto za nią decyduje.

Jeszcze jedną niezwykle istotną cechą, która odróżnia zaprezentowane powyżej modele jest zagadnienie ciągłości opieki. Położna, jako osoba udzielająca wsparcia kobiecie w różnych okresach jej życia powinna otaczać ją ciągłą opieką. Idealny jest stan, gdy swoją położną kobieta może poznać już w młodości i pozostawać pod jej opieką przez znaczny okres czasu. Sytuacja taka stwarza możliwość zbudowania głębokiej relacji interpersonalnej opartej na wzajemnym zaufaniu. Relacja pacjentki z lekarzem ma zazwyczaj charakter jednostkowy - lekarz ma za zadanie rozwiązać konkretny problem, a po jego rozwiązaniu dalsza pomoc lekarza nie jest kobiecie potrzebna. W sytuacji patologicznej, takie podejście doskonale się sprawdza - pozwala lekarzowi skoncentrować się jedynie na zagadnieniach bezpośrednio istotnych dla obszaru jego pracy. Gdy jednak koncentrujemy się na promocji zdrowia, a nie walce z chorobą, ciągła opieka jest korzystniejsza, ponieważ fizjologiczna ciąża i poród są sytuacjami ściśle wpisanymi w kontekst całego życia kobiety - wynikającymi z jej wcześniejszych doświadczeń i rzutującymi na jej przyszłe życie. Tylko postrzeganie tych wydarzeń, jako elementów większej całości (jaką jest dobrostan kobiety w całym jej życiu) daje gwarancję działania w dobrze pojętym interesie kobiety. Jeśli celem osoby sprawującej opiekę nad rodzącą jest jedynie szybkie i sprawne zakończenie porodu, to nie zawsze bierze ona pod uwagę odległe konsekwencje swoich działań - g. położna pracująca na Sali porodowej nacinając bez wskazań medycznych krocze nie musi zastanawiać się nad późniejszym dyskomfortem kobiety, bo nie do niej zwróci się ona z tym problemem.

Z zaprezentowanych powyżej porównań, opieka położnicza realizowana przez lekarzy i położne powinna być radykalnie różna. Z różnic tych łatwo wywnioskować, że dla zdrowych kobiet bardziej korzystna pod wieloma względami jest współpraca z położną, która mogłaby nie tylko udzielić

fachowego wsparcia, ale również dysponować czasem, stworzyć warunki sprzyjające szczerzej rozmowie i rozwianiu wszelkich wątpliwości, zmotywować do dbałości o zdrowie swoje i dziecka. Opieka położnicza sprawowana przez lekarza zdaje się być właściwym rozwiązaniem w sytuacji, gdy występuje realne zagrożenie wystąpienia patologii lub gdy jakieś nieprawidłowości już mają miejsce. Wysoko wyspecjalizowany lekarz, w takiej sytuacji, może uratować zdrowie a nawet życie matce lub dziecku, ale jego cenny czas nie powinien być trwoniony na wielokrotne konsultacje w ciągu trwania fizjologicznej ciąży zdrowej kobiety. Optymalne byłoby, więc dla kobiet rozdzielanie zakresu kompetencji położnych i lekarzy, przy jednoczesnej ściślej ich współpracy.

Podstawowe pytanie, jakie się nasuwa, dotyczy bezpieczeństwa opieki sprawowanej przez samodzielne położne dla matek i dzieci. W warunkach polskich wskutek wielu lat indoktrynacji, przyzwyczailiśmy się myśleć, że jedynie lekarz i szpital mogą zagwarantować kobiecie bezpieczeństwo w czasie ciąży i porodu. Tymczasem przegląd badań prowadzonych na całym świecie pozwala wyraźnie zauważyć, że porody odbywane w ośrodkach prowadzonych przez położne mogą gwarantować, co najmniej taki sam poziom bezpieczeństwa, jak w szpitalu. Co więcej, występowanie wielu patologii jest ściśle związane ze stosowaniem procedur medycznych nadużywanych w przypadku porodów szpitalnych. Podręczniki położnicze (zob. g. Dudenhasen i Pschyrembel, 2007 lub Bręborowicz, 2006) podają, że istotną przyczyną wielu niebezpiecznych powikłań (g. odklejenie łożyska, wypadnięcie pępowiny, krwotok poporodowy, pęknięcie macicy, niedotlenienie dziecka) bywa stosowanie podczas porodu kroplówki z oksytocyną, leków rozkurczowych, znieczulenia, przebicia pęcherza płodowego, przymusowego leżenia, czy innych procedur często w szpitalu wdrażanych rutynowo, bez żadnego uzasadnienia. W ośrodkach prowadzonych

przez położne, z założenia nie ingeruje się w jego fizjologiczny przebieg, więc prawdopodobieństwo wystąpienia wielu, częstych w warunkach szpitalnych, powikłań jest w oczywisty sposób znacznie mniejsze.

Dla zapewnienia bezpieczeństwa niezwykle istotnym etapem jest odpowiednia kwalifikacja kobiet do porodu pozaszpitalnego. W przypadku zdrowych kobiet w ciąży niskiego ryzyka poród pozaszpitalny jest bezpieczną alternatywą.

Jeśli przyjrzeć się badaniom porównującym bezpieczeństwo porodów w domu (w Polsce wciąż jeszcze traktowanych jako nieodpowiedzialne narażenie matki i dziecka na niepotrzebne ryzyko) i w szpitalu, to wynika z nich jednoznacznie, że gdy spełnione są następujące kryteria:

- ciąża niskiego ryzyka u zdrowej matki,
- wcześniejsza świadoma decyzja matki, że chce rodzić w domu,
- asysta doświadczonej, dobrze przygotowanej położnej,
- w razie potrzeby zapewniony szybki transport do szpitala położniczego,

to poród w domu jest, co najmniej równie bezpieczny, co w szpitalu (Olsen, 1997). Potwierdzają to wyniki badań - liczba interwencji medycznych (takich jak: nacięcie krocza, kroplówka z oksytocyną, przebicie pęcherza, użycie vacuum lub kleszczy, podanie środków znieczulających) w przypadku porodów domowych jest radykalnie niższa. Jednocześnie w badaniach nie odnotowano, by w przypadku porodu w domu wzrastał odsetek śmiertelności okołoporodowej noworodków bądź matek, a także, by dzieci urodzone w domu częściej wymagały resuscytacji lub intensywnej terapii, lub miały niższą punktację w skali Apgar.

Autorzy badań, jak i publikacji dotyczących modeli opieki położniczej opartych na samodzielności położnych zwracają uwagę na bardzo istotne

korzyści, jakie przynosi wdrożenie takiego modelu:

- Dla ciężarnych i rodzących - lepsza, bardziej zhumanizowana i zindywidualizowana opieka; jeśli należą do grupy niskiego ryzyka większa szansa na naturalny przebieg ciąży i porodu; mniejsze narażenie na problemy jatrogenne wynikające ze zbędnych procedur medycznych; mniej problemów psychologicznych; rozwój osobisty związany z pozytywnym przeżywaniem ciąży, porodu macierzyństwa; jeśli należą do grupy wysokiego ryzyka - większa dostępność lekarzy (którzy nie tracą czasu, by zajmować się kobietami z grup niskiego ryzyka), szpitali, specjalistycznego sprzętu i innych zasobów.

- Dla położnych - wzrost społecznego prestiżu zawodu; samodzielność zawodowa; większy wpływ na własną karierę; motywacja do rozwoju zawodowego; wzrost satysfakcji z pracy.

- Dla lekarzy - możliwość skierowania większych zasobów na rzecz osób, które ich rzeczywiście potrzebują; szansa zdobycia bogatszego doświadczenia zawodowego w związku z częstszym kontaktem z sytuacjami patologicznymi; większa satysfakcja z pracy związana z bardziej ambitnymi wyzwaniami.

- Dla społeczeństwa - zmniejszenie kosztów opieki okołoporodowej w przypadku zdrowych kobiet w ciąży niskiego ryzyka i fizjologicznych porodów; zwiększenie dostępności do ośrodków o wysokim stopniu referencyjności dla osób, które istotnie takiej opieki wymagają; poprawa satysfakcji z porodu i poczucia własnej wartości u kobiet; poprawa stanu zdrowia społeczeństwa – kobiet i młodego pokolenia.

Czy to możliwe w warunkach polskich?

W Polsce odbyło się w 2007 roku 384.047 porodów (GUS, 2008). Odsetek porodów odbywających się poza szpitalami można uznać za statysty-

cznie nieistotny (<1%).

Wyniki ankiety przeprowadzonej przez Fundację Rodzić po Ludzku (2009) pokazują, że nawet wśród kobiet zainteresowanych działaniami Fundacji (które należy uznać za bardziej uświadomione niż większość społeczeństwa) jedynie 2,1% z ponad ośmiuset badanych w czasie ciąży pozostawało pod opieką położnej.



Z danych statystycznych wynika, że lekarzy ginekologów-położników jest w Polsce 5.055 (w tym 4.052 z II st. Specjalizacji), a położnych 33.069 (GUS, 2008). Każda położna legitymująca się prawem wykonywania zawodu jest upoważniona do sprawowania samodzielnej opieki nad kobietą w fizjologicznej ciąży, w porodzie i połogu (Ustawa o zawodach Pielęgniarki i Położnej, 2011). Problem pozostawiania kobiet ciężarnych i rodzących prawie wyłącznie pod opieką lekarzy nie leży, więc w braku wykwalifikowanych położnych, które mogłyby objąć opieką kobiety. W czym, w takim razie, leży?

*Opracowane
na podstawie artykułu Fundacji
Rodzić po Ludzku
Specjalistka pielęgniarstwa
położniczo-ginekologicznego
Barbara Przybysz-Tafelska*

ZAKAŻENIA SZPITALNE A WIEDZA PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO

Mimo upływu ponad dwóch wieków od wprowadzenia przez Ignac Philips Semmelweis w 1843 r. mycie rąk w wodzie chlorowanej, które miały na celu zmniejszyć liczbę zakażeń połogowych. Ręce stanowią najczęstszy wektor drobnoustrojów chorobotwórczych w środowisku szpitalnym. A pielęgniarka jak członek zespołu terapeutycznego najczęściej przebywająca z chorym, a przede wszystkim jej dłonie są źródłem zakażenia dla pacjentów. Badania przeprowadzone na początku lat 90 tych na oddziałach intensywnej opieki medycznej w szpitalach amerykańskich wykazały, że jedynie 14–59% lekarzy i pielęgniarek myje ręce przed każdorazowym kontaktem z pacjentem.

Personel pielęgniarski jako członek zespołu terapeutycznego, najczęściej przebywający z chorym ma ogromny wpływ na jego zdrowie i życie. Tylko pielęgniarska posiadająca odpowiednią wiedzę oraz świadomość jakie konsekwencje niesie za sobą nie przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki może, przyczynić się do zmniejszenia się ilości zakażeń szpitalnych. A zakażenia to nie tylko problem zdrowotny, który stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta, to również problem ekonomiczny. Kosztowna antybiotykoterapia, serie badań, wydłużający się czas hospitalizacji pacjentów, przyczyniają się do pogarszania sytuacji finansowej szpitali. Wysoki poziom wiedzy z zakresu zakażeń szpitalnych, jest niepodważalnym czynnikiem wpływającym na zdrowie pacjentów, ale i pracującego personelu medycznego.

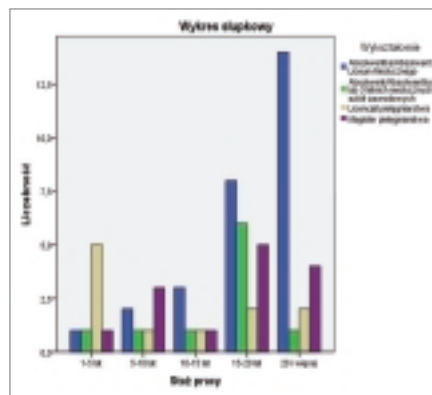
Problematyka zakażeń szpitalnych, przyczyniły się do napisania pracy magisterskiej pt. „Analiza wiedzy personelu pielęgniarskiego z zakresu zakażeń szpitalnych”. Po uzyskaniu zgody Komisji Biotycznej, przystąpiłam do przeprowadzania badań. Badania były prowadzone w okresie od września do końca grudnia 2010 roku.

W badaniach uczestniczyło 64 osoby pracujące na terenie miasta Bydgoszczy. W skład grupy wchodziło 63 kobiety (98.4%) oraz jeden mężczyzna. Najliczniejszą grupę stanowiły posiadające 15 do 20 lat, i ponad 20 letni, razem stanowili oni 67.2% ogółu badanych. Wśród badanych osób, przeważało wykształcenie średnie, stanowili oni 59.4% tytuł magistra pielęgniarstwa deklarowało 41.6% badanej populacji.

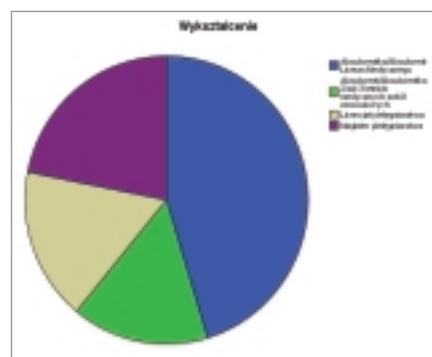
Struktura grupy badawczej



Wykres słupkowy



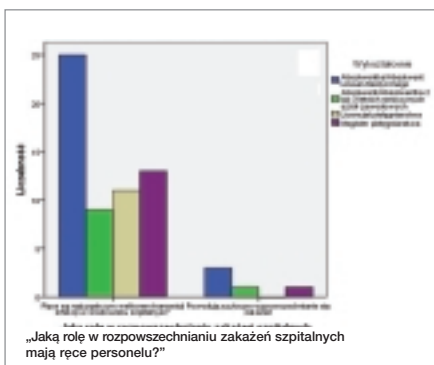
Wykształcenie



Pierwsze pytanie skierowane do grupy badawczej brzmiało: Jak brzmi definicja zakażenia szpitalnego zgodnie z ustawą o chorobach zakaźnych i zakażeniach? Prawidłowej odpowiedzi na zadane pytanie udzieliło 43.8% badanych. Definicja zakażenia szpitalnego według powyższej ustawy brzmi:

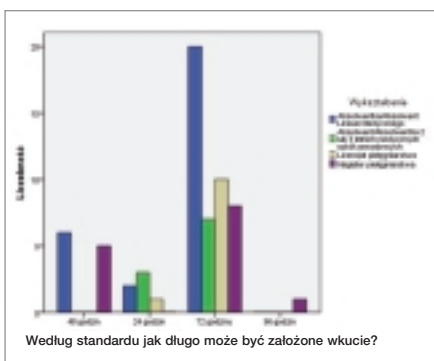
Zakażenie szpitalne - to zakażenie związane z pobytom chorego w szpitalu, które powstaje lub rozwija się w szpitalu (lub po opuszczeniu szpitala), rozpoznane klinicznie i potwierdzone laboratoryjnie jest zakażeniem szpitalnym niezależnie od tego, czy czynnik etiologiczny, który je wywołał, jest pochodzenia endogenne czy egzogenne.

Na pytanie „Jaką rolę w rozpowszechnianiu zakażeń szpitalnych mają ręce personelu?”. 92.2% ankietowanych wskazało, że ręce są najczęstszym wektorem transmisji infekcji w środowisku szpitalnym. Jeżeli chodzi o pytanie „Czy twoim zdaniem dopuszcza się stosowanie tych samych rękawiczek do kilku chorych?”. Wszyscy ankietowani wskazali, że nie.



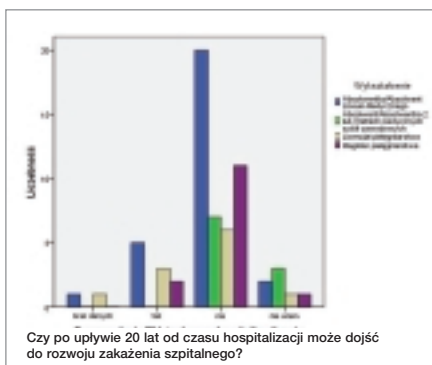
Znajomość podstawowych standardów w pracy pielęgniarskiej, jest kolejnym czynnikiem, który istotnie wpływa na rozpowszechnianie się infekcji szpitalnych. Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące o standardowy czas założenia wkucia dożylnego. Tylko 71.9% respondentów wskazało na 72 godziny. Widzimy tutaj dowód na potrzebę wdrożenia interdyscyplinarnych szkoleń dotyczących podstawowych informacji na temat zakażeń szpitalnych.

Nie tylko znajomość podstawowych



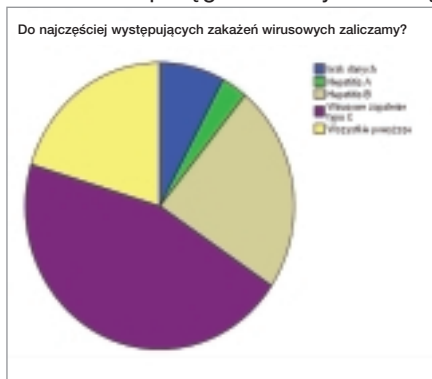
standardów, ale i również czasu uznania zakażenia za tzw. zakażenie szpitalne jest ważnym czynnikiem. Dowodem na potwierdzenie jest fakt, że na pytanie: Czy po upływie 20 lat od czasu hospitalizacji może dojść do rozwoju zakażenia? Aż 68.8% badanych uważa, że jest to nie możliwe.

Ankietowani uznali, że najczęstszym wirusem wywołującym zakażenia szpitalne jest Wirusowe Zapalenie Wątro-

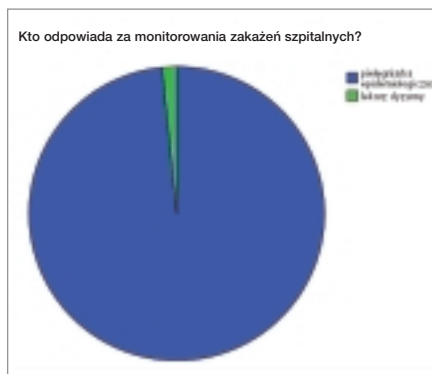


by typu C - powyższą odpowiedź wybrało 45.3% badanej populacji.

Personel pielęgniarski wykazał się

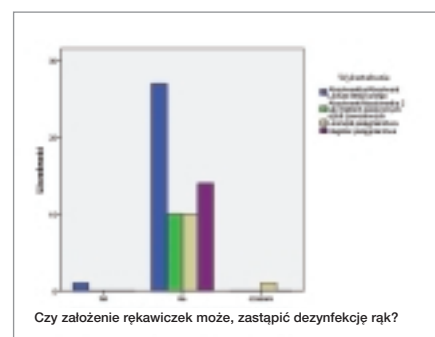


znakomitą wiedzą jeżeli chodzi o wskazanie osoby odpowiedzialnej za monitorowanie zakażeń szpitalnych, aż 98.4% wskazało na pielęgniarkę epidemiologiczną. Podobnie w wypadkach czynników ryzyka zakażeń szpitalnych, personel uzyskał identyczny wynik. Bardzo zbliżone wyniki badań w swoich opracowaniach uzyskała A. Laskowska, która podaje, że 84% badanego przez nią personelu wskazało, że ryzyko zakażeń szpital-



nych zależ zarówno od pacjenta, jednostki chorobowe i metod leczenia.

Wraz z rozwojem medycyn, pielęgniarstwa rośnie świadomość personelu na temat zasad dezynfekcji i higieny rąk, 92.2% badanego personelu twierdzi, że w każdej sytuacji przestrzega powyższe zasady. Na pytanie czy założenie rękawiczek może, zastąpić dezynfekcję rąk, 96.9% odpowiedziało, że nie.



Tylko wspólne zdecydowane działania przyczynią się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów ich rodzin, jak również pracującego personelu medycznego. Ograniczenie szerzenia się zakażeń szpitalnych przyniesie nie tylko pozytywne skutki zdrowotne, ale przede wszystkim finansowe.

Pamiętać trzeba, że personel pielęgniarski stanowi ważne ogniwo w edukacji pacjentów i ich rodzin, dlatego należy pamiętać, że kształcenie personelu nie powinno się ograniczać.

Cacałowska Dorota
Magister pielęgniarstwa

X Szpital Wojskowy
w Bydgoszczy
Oddział Kliniczny
Otolaryngologiczny
z Oddziałem Chirurgii
Twarzowo-Szczękowej

PRZEMARSZ KAPELUSZOWY

Stowarzyszenie „Z Potrzeby Serca”, Dom Dziennego Pobytu „Senior” w Bydgoszczy oraz Miejskie Centrum Kultury zorganizowali Przemarsz Kapeluszowy z udziałem bydgoskich seniorów i nie tylko. Wydarzenie miało na celu promocję aktywności i solidarności międzypokoleniowej oraz obalenie stereotypu starości jako okresu szarego i smutnego.



O godzinie 11.00 spod fontanny POTOP na Placu Wolności wyruszył IV Przemarsz Kapeluszowy Seniorów. Barwny korowód przeszedł m.in. przez ulicę Gdańską i Stary Rynek, by zakończyć swój marsz o godzinie 11.20 na Wyspie Młyńskiej, gdzie został oficjalnie przywitany przez przedstawiciela władz miasta i organizatorów.

Na Wyspie Młyńskiej na uczestników marszu oraz przybyłych gości czekało wiele atrakcji w tym: pokaz iluzjonisty, występ Grupy Tanecznej „Senior”, koncert Jurka Paterskiego z zespołem, konkursy z nagrodami, napoje i słodki poczęstunek.

Wszystkim chętnym pielęgniarki z OIPIP mierzyły ciśnienie krwi, poziom cukru oraz udzielały porad z zakresu zdrowego stylu życia.

Dziękuję Pielęgniarkom, które wzięły czynny udział w akcji profilaktycznej dla mieszkańców naszego miasta oraz sponsorowi Firmie Vitalabo - Anna i Norbert Pietrykowsy dzięki, którym można było dokonać pomiaru poziomu cukru.

*Przewodnicząca OIPIP
Ewa Kowalska*

„ENCYKLOPEDIA BYDGOSZCZY”

23 sierpnia 2012 r. w auli Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego przy ul. Mikołaja Kopernika 1 odbyła się promocja „Encyklopedii Bydgoszczy t.1” pod redakcją prof. dr. hab. Włodzimierza Jastrzębskiego. Dzieło zostało wydane przez Towarzystwo Miłośników Miasta Bydgoszczy, którego wieloletnim prezesem jest mgr Jerzy Derenda. Spotkali się niemal wszyscy twórcy Encyklopedii, tj. około 100 osób. Z redaktorami poszczególnych działów przeprowadzał rozmowy o kilkuletniej pracy nad książką Marek Jankowiak. Minutą ciszy uczczono pamięć niedawno zmarłego art. plast. Marka Ronę projektanta okładki encyklopedii. W trakcie spotkania istniała możliwość nabycia książki, pachnącej jeszcze drukarską farbą a na koniec rozmawiano przy kawie i herbacie oraz wysłuchano okolicznościowego koncertu artystek sceny bydgoskiej Jolanty Wagner (sopran), Beaty Bobińskiej (sopran) oraz Joanny Derendy-Łukasik (fortepian).

Pierwszy tom ma 400 stron i zawiera ponad pół tysiąca ilustracji i zdjęć,

map i tabel. Ponad 100 autorów napisało blisko 1000 haseł obejmujących 12 dziedzin życia, w tym medycynę.



Redaktorem działu **Medycyna** jest dr n. hum. Wojciech Ślusarczyk - asystent w Zakładzie Historii Medycyny i Pielęgniarstwa Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu oraz lek. med. Mieczysław Boguszyński - emerytowany dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, znany wszystkim pasjonat historii bydgoskiej medycyny.

Dział **Medycyna** zawiera 148 haseł ułożonych w kolejności alfabetycznej. Wszystkie one dotyczą wielu aspektów bydgoskiego życia medycznego, tj. osób związanych z medycyną na przestrzeni dziejów - właścicieli aptek, farmaceutów, lekarzy, dyrektorów szpitali itp., opisu aptek i szpitali, licznych zakładów pracy np. Pogotowia Ratunkowego, Zakładu Naprawy Sprzętu Medycznego, Wojewódzkiej Kolumny Transportu Sanitarnego, szkolnictwa medycznego, w tym pielęgniarskiego zarówno średniego (funkcjonujące w latach 1954 -2001) i wyższego funkcjonującego od 1997 do chwili obecnej i którego autorką tekstu jest dr Mirosława Kram. Natomiast hasło „Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych” zostało opracowane przez Przewodniczącą Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy Ewę Kowalską.

Egzemplarz „Encyklopedii Bydgoszczy t.1” jest dostępny w Izbie PiP.

Mirosława Kram
Ewa Kowalska

POLSKIE (BYDGOSKIE) PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE W PARLAMENCIE EUROPEJSKIM

W dniu 17 września 2012 roku 50 osobowa grupa pielęgniarek, w tym trzech przedstawicieli Collegium Medicum Wydziału Nauk o Zdrowiu: Anna Andruszkiewicz, Mariola Banaszek i Alicja Marzec oraz reprezentantek ośrodków z całej Polski, uczestniczyła w wizycie seminaryjnej w Brukseli.

Celem naszej wizyty w Parlamencie Europejskim było podkreślenie rangi Dyrektywy nr 36 dla pielęgniarek Polskich. Udało nam się spotkać z europarlamentarzystami, między innymi Panią Małgorzatą Hanzlik, której przekazałyśmy oczekiwania naszego środowiska - 6 mln pielęgniarek w UE.

Nasi przedstawiciele w Parlamencie Europejskim dbają o to, aby nie dopuścić do obniżenia poziomu wykształcenia, niebezpiecznego dla jakości opieki i zapewnienia, że opieka będzie sprawowana przez personel posiadający odpowiednie przygotowanie zawodowe, mogący zabezpieczyć opiekę właściwym osobom, we właściwym czasie.

Zagadnienia ważne dla pielęgniarek w kontekście zmian w Dyrektywie to utrzymanie 4600 godzin nauczania, zachowanie proporcji kształcenia teoretycznego i praktycznego oraz ujed-

noliczenie liczby lat wykształcenia ogólnego i wejścia do zawodu po 12 latach. Ważnym zagadnieniem jest zmiana (po 30 latach) załącznika nr V do Dyrektywy, który zamiast przedmiotów określałby kompetencje zawodowe pielęgniarek kończących pierwszy poziom studiów.

Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek oraz Europejska Komisja Pielęgniarek i Położnych (EFN) oraz Europejski Parlament. Czynnym udziałem w obradach Komisji brali przedstawiciele EFN, między innymi z Polski mgr Dorota Kilańska oraz Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia mgr Beata Cholewka.



Obecność w Parlamencie Europejskim zbiegła się z posiedzeniem IMCO (Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów), której tematem były zmiany w Dyrektywie 36/2005/WE, kluczowej dla określenia kwalifikacji i kompetencji pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej.

Uczestnicy spotkania mieli także możliwość odwiedzenia biura EFN i zapoznania się z działaniami tej organizacji w Parlamencie Europejskim i Komisji.

To co jest korzystne dla pielęgniarek będzie korzystne dla pacjentów.

Posiedzenie Komisji zostało zwołane z inicjatywy EFN (Europejska

Anna Andruszkiewicz

ŚWIĘTO NA ULICY DWORCOWEJ

W sobotę 29 września na ulicy Dworcowej było gwarno bardziej niż zwykle. A to za przyczyną święta ulicy, które uświetniła kolejna już impreza.

Na ulicy pielęgniarki dokonywały pomiaru ciśnienia krwi i poziomu cukru, edukowały w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Rozstawiono również kramy m.in. z biżuterią, staropolskim jadłem.

Impreza zgromadziła wielu bydgoszczan, w tym na pewno część tych, których nie było na Dworcowej od dawna.

Dziękuję wszystkim, którzy wzięli czynny udział w akcji profilaktycznej dla mieszkańców naszego miasta.

*Przewodnicząca OIPiP
Ewa Kowalska*



PIELĘGNIARKI DERMATOLOGICZNE RADZĄ... JESIEŃ

Czas płynie szybko, wakacje jak zwykle za krótkie, za nami bardziej lub mniej udane urlopy a przed nami jesień a wraz z nią coraz krótsze dni i dłuższe wieczory. Początek jesieni to czas naprawy tego co zniszczyło słońce. Uwielbiane przez wszystkich kąpiele słoneczne sprawiły, że opalona skóra jest przesuszona z przebarwieniami i zmarszczkami a włosy łamliwe i kruche. Jeżeli chcemy by nasza skóra pozostała ładna i czysta, musimy zacząć ją odpowiednio pielęgnować.

Podstawowym kosmetykiem stosowanym jesienią jest krem nawilżający. Najlepszy na ten okres będzie krem nawilżający z witaminami, olejkami naturalnymi, aloesem czy miodem. Należy używać kremu z filtrem. To, że lato się skończyło nie oznacza wcale, że słońce nie działa na cerę. Używanie kremu z filtrem przez cały rok niezależnie od pogody powinno stać się podstawą pielęgnacji każdego rodzaju skóry. Jesienią można używać kremy z nieco mniejszym filtrem słonecznym niż latem. Aby zachować prawidłową równowagę wodno - lipidową nadać skórze świeży i czysty wygląd powinno się złuszczać martwy naskórek przez wykonywanie peelingu. Po lecie najlepszy będzie peeling chemiczny, który usunie nie tylko martwy naskórek ale także blizny i przebarwienia znajdujące się w wierzchniej warstwie skóry właściwej. Peeling chemiczny wykonuje się w gabinecie kosmetycznym lub u dermatologa. W warunkach domowych można oczywiście wykonać też peeling mechaniczny. Aby nie uszkodzić nowej warstwy naskórka i w konsekwencji doprowadzić do nadmiernej wrażliwości skóry złuszczenie należy przeprowadzać nie częściej niż 2x w tygodniu.

Specjalnego postępowania wymagają zniszczone słońcem włosy.



Odżywki czy płukanie w ziołach przywrócą włosom blask i połysk. Z domowych sposobów warto polecić odżywkę z żółtka jaja kurzego, oleju i soku z cytryny. Świetnie nadaje się do intensywnej pielęgnacji przesuszonych, cienkich i łamliwych włosów. Wystarczy zastosować taką miksturę na końcówki włosów (nie smarować po skórze głowy) i potrzymać w ciepłym ręczniku przez 30 minut.

Nie wolno nam również zapomnieć o przesuszonej skórze rąk i ust. Kremowanie dłoni po każdym ich umyciu powinno stać się naszym nawykiem. To zapobiegnie powstawaniu zmarszczek, plam i wysuszeniu skóry. Po lecie warto zastosować zabieg parafinowy(tylko w gabinetach kosmetycz-

nych), który odżywi skórę i opóźni proces starzenia. Aby zapobiegać wysuszeniu i pękaniu warg używajmy stale balsamów do ust. Dwa razy w tygodniu można złuszczać martwy naskórek z warg, najlepiej zrobić to szczoteczką do zębów.

Jesień zatem to doskonały czas by odmłodzić swoją skórę, naprawić ubytki spowodowane przez letnie słońce i przygotować się na zimowe chłody. Pamiętajmy jednak, że zdrowy wygląd skóry zachowamy nie tylko poprzez właściwą jej pielęgnację. Niezbędne w tym zakresie jest również prawidłowe odżywianie i regularne ćwiczenia.

Grażyna Adrych

**POZDRAWIAM
WSZYSTKIE KOLEŻANKI**



NOWE SPECJALISTKI W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

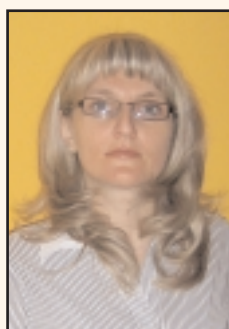
w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 1
im. Dr Antoniego Jurasza w Bydgoszcy



**PANI
DOROTA
CZUBACKA**

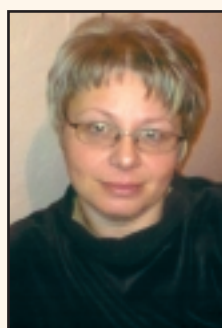


**PANI
BARBARA
NOWAK**



**PANI
BEATA
WAWRZYNIAK**

Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym
im J. Brudzińskiego w Bydgoszcy



**PANI
ANNA
FLORYSZAK**



**PANI
AGNIESZKA
KRZYŻEK**



**PANI
VIOLETTA
WADOWSKA**

PANI DEONIZJA ROSIŃSKA

*W imieniu ORPiP
gratuluje i zycze dalszych sukcesow w pracy zawodowej i w zyciu osobistym*

*Przewodnicząca OIPiP
Ewa Kowalska*



OŚRODEK KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BYDGOSZCZY INFORMUJE:

Ruszyło z dawna oczekiwane **szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego dla pielęgniarek**. Ponieważ szkolenie jest refundowane w całości z budżetu Ministerstwa Zdrowia konieczne było przeprowadzenie postępowania kwalifikacyjnego.

Do egzaminu wstępnego w piątek 21 września br. przystąpiło 40 pielęgniarek. Wiadomo było, że na miejsca refundowane zakwalifikuje się tylko 25 osób, więc było o co walczyć. Test nie należał do najłatwiejszych, jednak bezpłatne miejsca szkoleniowe szybko się wypełniły, a po dodatkowej dogrywce do grupy szczęśliwych dołączyły jeszcze Panie, które zdecydowały się na odbywanie specjalizacji z własnych środków finansowych. Pierwsze zajęcia odbyły się 28-30.09 i na tym nie koniec, specjalizacja zakończy się 27 września 2014 roku. Na kierownika naukowego szkolenia specjalizacyjnego powołana została nasza koleżanka mgr Urszula Myszkowska.

Wszystkim Paniom życzymy powodzenia.

Na szkoleniu specjalizacyjnym miejsca już zajęte, ale **wolne są ciągle miejsca na kurs specjalistyczny w zakresie kompresjoterapii**, który gorąco polecam szczególnie tym pielęgniarkom, które świadomie i profesjonalnie traktują swój zawód. Wiedza i posiadanie określonych

umiejętności stanowią o postrzeganiu naszego zawodu jako zawodu samodzielnego. Kierownikiem naukowym i autorem programu szkolenia jest prof. Maria Szweczyk. Dzięki Pani profesor mamy nie tylko szkolenie na najwyższym poziomie, ale także finansowe wsparcie Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Mam nadzieję, że szkolenie wkrótce dojdzie do skutku.

Moje drogie koleżanki i koledzy.

Życie i praca stawiają przed nami ogromne wyzwania. Jednym z takich wyzwań było przystąpienie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do międzynarodowego projektu Leonardo da Vinci. Projekt pn. "**Uczenie się przez całe życie**" ma na celu wymianę doświadczeń pielęgniarek / pielęgniarzy z Węgier, Belgii i Polski w opiece domowej nad pacjentem przewlekle chorym. Owocem tych spotkań ma być stworzenie podręcznika, w którym znajdą się spostrzeżenia i wskazówki dla personelu medycznego z placówek, które na co dzień borykają się z problemami opieki nad ludźmi przewlekle chorymi. Pierwsze spotkanie odbędzie się w Belgii 08-09.10.2012r., a reprezentować będą nas Bogumiła Zgorzelak i Tomasz Zawadzki. Nasz samorząd jest jednym z partnerów tego europejskiego przedsięwzięcia, a funkcję koordynatora pełni mgr Wiesława Stefaniak-Gromadka.

Z pozdrowieniami
Katarzyna Florek
Koordynator ds. szkoleń

KURS SPECJALISTYCZNY KTG

5 października 2012 roku zakończył się egzaminem kurs specjalistyczny dla położnych w ramach projektu pn.:

„Wyższe kwalifikacje i umiejętności zawodowe osób w wieku 50+”

Numer projektu: WND-POKL.08.01.01-04-104/11

Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem kształcenia było przygotowanie położnej do monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu.

Kurs ukończyły następujące położne:

Andryńczyk Ewa, Bloch Ewa, Damska Barbara, Haponiuk Marzena, Hełminiak Bożena, Jakubowska Maria, Jędrzejewska Iwona, Kaliszewska Aleksandra, Kupich Monika,

Lewandowska Halina, Łopatin Małgorzata, Maciątek Janina, Matusiak Elżbieta, Muszyńska Teresa, Myk Arleta, Panfil Danuta, Rybicka Maria, Sarnowska Małgorzata, Środa Gabriela, Światowa Renata, Wenecka Krystyna, Woderska Zofia, Wojciechowska Dorota, Ziółkowska Mirosława.



Uczestniczki kursu



POTRAWY Z DYNI

Dynia powoli i w Polsce staje się medialnym warzywem, ponieważ jest to owoc, który może pomóc nam zwalczyć niektóre problemy zdrowotne, a także pomóc w diecie odchudzającej. Niektórzy uważają, że dynia jest dobrym afrodyzjakiem. Jest również bardzo ceniona w wielu krajach świata za swoje wartości. Zawiera: sacharozę, glukozę, białko, tłuszcze, pektyny, kwasy organiczne, B-karoten, witaminy... Pestki dyni, to skarbnica nienasyconych kwasów organicznych oraz witamin B i C. Z dyni przyrządza się doskonale przetwory, zupy, sałatki, kompoty...

A oto przepisy:

BIGOS Z DYNIĄ I KAPUSTĄ

Składniki: dynia 1.5 kg, kapusta biała 1.5 kg, marchewka 3 sztuki, cebula 4 sztuki, mięso dowolne 1.5 kg, koncentrat pomidorowy cały słoik, oliwa 0.5 szklanki, pół butelki czerwonego wina lub wody 350 mililitrów, cukier płaska 1 łyżeczka, sól szczypta, curry 1.5 łyżeczki, suszone śliwki 150 gramów, koperek 1 pęczek, bazylię 1 łyżka

Sposób przygotowania:

Kapustę, dynię i marchewki ścieramy na tarce o dużych oczkach. Cebule kroimy w bardzo cienkie plastry, a mięso w drobną kostkę. Do garnka wlewamy oliwę, wino lub wodę, dodajemy warzywa, mięso, koncentrat i śliwki. Doprawiamy i dusimy. Dodajemy koperek.

ZUPA Z DYNI

Składniki: dynia 70 dekagramów, woda 6 szklanek, śmietana 1 szklanka, gotowany sypki ryż 1 szklanka płatki migdałowe 2 łyżki, cynamon mielony 0.5 łyżeczki, cukier 1 łyżeczka, sól 1 szczypta

Sposób przygotowania:

Dynię obieramy i usuwamy pestki. Miąższ kroimy w plastry, wkładamy do garnka, wlewamy wodę i gotujemy, a na koniec miksujemy. Zagotowujemy. Doprawiamy solą i cukrem do smaku. Śmietanę mieszamy z cynamonem i wlewamy do masy dyniowej. Dodajemy ugotowany na sypko ryż oraz płatki migdałowe. Dokładnie mieszamy i podgrzewamy. Danie podajemy na ciepło w małych miseczkach.

RYŻOWA SAŁATKA Z DYNIĄ

Sezon na dynię trwa tak krótko. Warto ją wykorzystać także w sałatkach.

Składniki: dynia 250 gramów, ryż długoziarnisty ugotowany na sypko 1.5 szklanki, rodzynki 5 dekagramów śliwki mogą być suszone 4 sztuki, sól szczypta, pieprz szczypta, natka pietruszki świeża posiekana 2 łyżki cytryna 0.5 sztuki, oliwa 1 łyżka

Sposób przygotowania:

Dynię dokładnie umyć, obrać, pokroić w kosteczkę.

Rodzynki opłukać i namoczyć w ciepłej wodzie.

Śliwki umyć, wyjąć pestki (suszone namoczyć), pokroić na kawałki.

Ryż wymieszać z rodzynkami, śliwkami i dynią.

Przyprawić solą, pieprzem i sokiem z cytryny.

Wymieszać z olejem i natką.



**ŻYCZYMY SMACZNEGO!!!
REDAKCJA**



Pani dr n. med.

Dorocie Jachimowicz-Gawel

*p.o. kierownika Zakładu Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu*

serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci Mamy

składają

Koleżanki z Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UMK

Koleżance

Tamarze Ciężyńskiej

wyrazy współczucia z powodu tragicznej śmierci Męża Wojtka

składają

Komenda oraz Pielęgniarki i Położne z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką

Koleżance

Halinie Wójciak

Pielęgniarce

wyrazy głębokiego współczucia i kondolencje z powodu śmierci RODZICÓW

składają pracownicy

Przychodni Badań Profilaktycznych w Bydgoszczy

Koleżance

Małgorzacie Czyż

wyrazy współczucia z powodu śmierci SYNA

składają

Pielęgniarki ze Szpitala MSWiA w Bydgoszczy

Koleżance

Kindze Andrearczyk

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci SIOSTRY

składają

*Pielęgniarki z Oddziału Neurologii i Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej
Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy*

Koleżance

Mirostawie Ziótkowskiej

wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY

składają

*Naczelną Pielęgniarką oraz koleżanki z Pionu Położniczo-Ginekologicznego i Intensywnej
Terapii Noworodków Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego
im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy*



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 27 sierpnia 2012 roku odeszła od nas

Śp. STANISŁAWA DEPTA

Pielęgniarka od wielu lat związana z bydgoską chirurgią, zawsze skromna, uczciwa, opiekuńcza i wierna zasadom etycznym. Otaczała opieką nie tylko cierpiących chorych ale również wiele kolejnych pokoleń młodzieży rozpoczynającej swoją pracę w zawodzie pielęgniarki. Nadszedł czas na podziękowanie, za ciepło, wsparcie, ogromne serce, naukę i wszystkie rady.



Pani Stasiu
„Nie odchodzi ten,
Kto pozostaje w naszym sercu”

Dziękujemy że Pani była z nami
Przyjaciele i współpracownicy Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im.
dr J. Biziela i Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK

JANINA BABULA (1948 - 2012)

W upalny dzień sierpnia, po uroczystościach pogrzebowych na cmentarzu przy ulicy Zaświat, pożegnaliśmy naszą Koleżankę Janinę Babulę, zm. 29. 07. 2012 r.

Janina urodziła się i wychowała w Żninie. Tam zdała maturę w Liceum Ogólnokształcącym im. Braci Śniadeckich w 1966 r. Na podstawie świadectwa dojrzałości, ukończyła dwuletnią naukę w Państwowej Szkole Medycznej Pielęgniarstwa we Włocławku i otrzymała tytuł pielęgniarki dyplomowanej.

Pracę zawodową rozpoczęła w dniu 3 września 1968 r. w Szpitalu im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy i tam też ją zakończyła w dniu 30 kwietnia 2003 r., przechodząc na emeryturę. W okresie zatrudnienia, wykonywała pracę pielęgniarki, starszej pielęgniarki w Oddziale Ortopedii Dorosłych.

W październiku 1970 r., powierzono Jej obowiązki pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Chirurgii Ogólnej gdzie kierowała bardzo dużym zespołem ludzkim. Była nauczycielem zawodu dla uczennic szkół pielęgniarek i położnych, a także dla wielu pielęgniarek specjalizujących się w zawodzie i odbywających praktykę bądź staże, na Oddziale Chirurgii.

W procesie pracy cały czas szkoliła się. Ukończyła wiele kursów z zakresu wiedzy medycznej, w tym kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek oddziałowych, organizowany przez Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Bydgoszczy.

Za swoją pełną zaangażowania pracę, była wielokrotnie wyróżniana i nagradzana. Jej kwalifikacje zawodowe oraz osobiste predyspozycje sprawiły, że przez ponad 30 lat, organizowała pracę personelu medycznego, najpierw w Oddziale Chirurgii Ogólnej, a później w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń, Szpitala Uniwersyteckiego im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy.

Janina zaskarbiła sobie szacunek i sympatię wielu chorych, współpracowników i zwierzchników. Była w Niej szczodrość ducha. Wrażliwa, spokojna, skromna, przyjaźnie nastawiona do każdego. Dzieliła się doświadczeniem. Posiadała duże umiejętności bezkonfliktowej współpracy z zespołem. O jej wartości świadczy ciężka praca, szacunek innych, a podejmowaniu decyzji, partnerska dyskusja i kompromis. Była dzielna, w chwilach trudnych nie poddawała się. Nie użalała się nad sobą, zawsze pełna dystansu do samej siebie. Miała w sobie dużo ciepła i dobroci.

Ważna dla Niej była rodzina, o którą dbała i zawsze dawała wsparcie. Jej córka Justyna i syn Rafał, to dziś dorośli ludzie. Byli ze swoją Mamą w czasie Jej ciężkiej choroby, przemierzali szpitalne korytarze i dodawali Mamie otuchy i sobie nawzajem.

Ale odeszła, przegrała walkę z chorobą nowotworową, chociaż walczyła o życie z godnością i spokojem.

Dziękujemy Ci Janeczko, za wiele lat wspólnej pracy, za wspólnie spędzone chwile.
Pielęgniarki ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy.





KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

CZŁOWIEK - NAJLEPSZA INWESTYCJA



**Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Toruniu**

Szczegółowych informacji na temat szkoleń udzielają pracownicy biura projektu OIPiP
87-100 Toruń, Szosa Chełmińska 254/258
tel. (56) 621-00-22, (56) 657-08-10
www.oipip.torun.pl

zaprasza na bezpłatne szkolenia:

**Psychologiczna relacja pomagania
i metody wspierania psychologicznego
pacjenta geriatrycznego i jego rodziny
- warsztaty**

**Pielęgnowanie pacjentów w wieku podeszłym
wymagających opieki instytucjonalnej
- kurs doszkalający**

**Żywienie pacjenta geriatrycznego
w zdrowiu i chorobie
- kurs doszkalający**



**Wzrost umiejętności i kwalifikacji w zakresie
świadczenia usług opiekuńczych nad osobami starszymi**

KONFERENCJA NAUKOWA

23-24 listopada 2012 r., Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

www.pozoznictwo2012.pzwl.pl



Komunikacja w zespole terapeutycznym w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej

TEMATY WIODĄCE KONFERENCJI

- » Komunikacja z pacjentem z problemami urologicznymi
- » Społeczne aspekty komunikacji
- » Komunikacja pomiędzy pacjentem, a lekarzem
- » Seksualność porodu
- » Noworodki z niską masą urodzeniową, relacje rodzice – dziecko
- » Komunikowanie się z pacjentem onkologicznym

KOMITET NAUKOWY



Prodziekan ds. Kierunku Położnictwo

PATRONAT HONOROWY

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



ORGANIZATORZY



Wydawnictwo
Lekarskie
PZWL



KONTAKT

tel.: (22) 695 44 94

e-mail: pozoznictwo2012.pzwl.pl

www.pozoznictwo2012.pzwl.pl