

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



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

**Międzynarodowy  
Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej  
Filharmonia Częstochowska**



***Osoby odznaczone przez Naczelną Radę  
za pracę na rzecz Samorządu PiP***

**Czerwiec 2013r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



**Uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej  
Filharmonia Częstochowska, dnia 11 maja 2013 roku.**



## W NUMERZE:

Konferencje szkoleniowe	1
Uchwały prezydium	9
Kalendarium	9
Ministerstwo Zdrowia	10
NRPiP	10
Życzenia	12
Prace dyplomowe	13
Informacje	17

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

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)  
z dnia 17 lutego 1993r.

#### Adres Redakcji:

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

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18  
503-008-946

#### Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86  
szkolenia@oipip.czyst.pl

sekretariat@oipip.czyst.pl  
www.oipip.czyst.pl

#### MILLENNIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

#### Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora  
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piłaza

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.

**Sprostowanie dotyczące zdjęć z przedostatniej strony okładki biuletynu w nr majowym 2013 r  
W wyniku błędu zostały źle opisane zdjęcia z egzaminu wewnętrznego  
szkolenia specjalizacyjnego „Pielęgniarstwo chirurgiczne”**



## Sprawozdanie z Konferencji szkoleniowej „Odpowiedzialność w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej”.

Na zaproszenie komitetu organizacyjnego w składzie: Halina Synakiewicz, Danuta Łoniewska, Anna Brzozowska-Duda, Alina Jaksender, Ewa Kobus, Katarzyna Nowak, Renata Wróż w konferencji uczestniczyli:

1. Grażyna Rogala-Pawelczyk - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
2. Joanna Walewander - Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
3. Irena Choma - Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
4. Jarosław Marszałek - Zastępca Prezydenta Miasta Częstochowy
5. Sabina Wiatkowska - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu
6. Maria Grzeczna - Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu
7. Izabela Merklewicz-Stryz - Zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu
8. Aleksandra Liszka - Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPIP w Katowicach
9. Irena Król - Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPIP w Łodzi
10. Grażyna Stramska-Świerczyńska - Naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta w Częstochowie
11. Małgorzata Leszczyńska - Kierownik Delegatury NFZ
12. Marzena Maniszewska - Członek Zarządu Powiatu Częstochowskiego
13. Lucyna Gajewska - Kierownik Działu Epidemiologii Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Częstochowie
14. Irena Sikora-Mysiek - Przewodnicząca Koła Terenowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz 72 uczestniczki.

Otwarcia konferencji i powitania gości dokonała Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Halina Synakiewicz. Następnie głos zabrał Zastępca Prezydenta Miasta Częstochowy Jarosław Marszałek przekazując na ręce Przewodniczącej list od Prezydenta Miasta Częstochowy pana Krzysztofa Matyjaszczyka o następującej treści:

Konferencja szkoleniowa "Odpowiedzialność  
w wykonywaniu zawodu Pielęgniarki i Położnej"

### Szanowni Państwo, Drogie Pielęgniarki i Położne!

Bardzo dziękuję za zaproszenie na dzisiejszą konferencję poświęconą odpowiedzialności zawodowej Pielęgniarki i Położnej.

Jak wielka to odpowiedzialność nie trzeba nikogo przekonywać; chodzi w niej przecież o ludzkie życie i zdrowie. Wasza codzienna praca, oprócz kwalifikacji wymaga też empatii, ogromnej wrażliwości na cierpienie drugiego człowieka.

Bycie pielęgniarką i położną to więcej niż zawód. Jesteście przy nas od radosnych narodzin do smutnych - zazwyczaj - pożegnań z bliskimi. Zawsze z pomocą i wsparciem, trzymając za rękę. To służba wymagająca wielkiej wrażliwości i odpowiedzialności właśnie. Bardzo za nią dziękuję - w imieniu własnym i w imieniu mieszkańców.

Wasze zawody wymagają coraz większej wiedzy i profesjonalizmu. Niosą też ze sobą wielką odpowiedzialność, ale i satysfakcję, której Państwu szczerze życzę.

Życzę również - wszystkim pielęgniarkom, położnym i położnym - wytrwałości w realizacji codziennych zadań.

Owocnych obrad!

Kolejnym gościem, który zabrał głos była Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi pani Irena Król, która odczytała list od Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi pani Agnieszki Kałużnej:

### Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Szanowna Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz własnym serdecznie dziękuję za zaproszenie do udziału w konferencji Szkoleniowej „Odpowiedzialność w wykonywaniu zawodu Pielęgniarki i Położnej”.

Niestety ze względu na zobowiązania zawodowe nie mogę w niej osobiście uczestniczyć.

Żywię przekonanie, iż konferencja przybliży środowisku wiedzę w aspekcie złożoności tematyki z zakresu odpowiedzialności w wykonywaniu zawodu pielęgniarek i położnych.

Składam na ręce Pani Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie serdeczne gratulacje za podjęcie organizacji tego przedsięwzięcia na rzecz podnoszenia kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej. ■

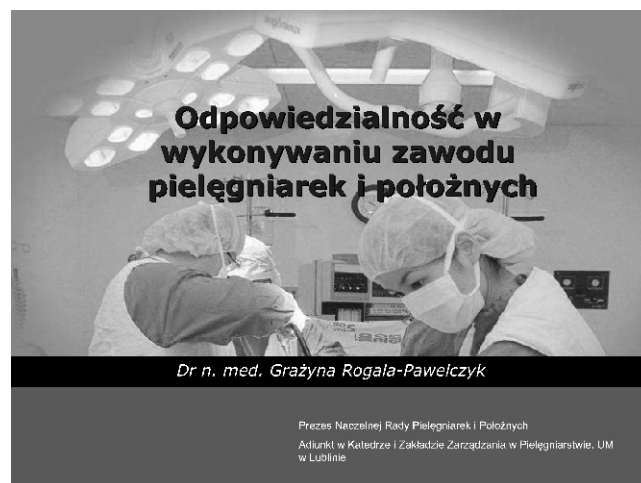
Z wyrazami szacunku  
Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
Agnieszka Kałużna

Łódź, dnia 16 maja 2013 r.

Moderatorem sesji wykładowej była Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pani Danuta Łoniewska.

Pierwszym wykładowcą była Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. m. Grażyna Rogala-Pawelczyk, która wygłosiła prelekcję na temat „Odpowiedzialność w wykonywaniu zawodu pielęgniarek i położnych”.

W swoim wystąpieniu przedstawiła prezentację:



## Pielęgniarstwo

- ❖ wg obowiązujących przepisów prawnych to **zawód o charakterze opiekuńczym, uprawiany przez osoby o zdefiniowanych kwalifikacjach, spełniających szereg określonych warunków prawnych.**

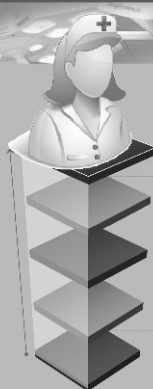


2

## Pielęgniarka, położna

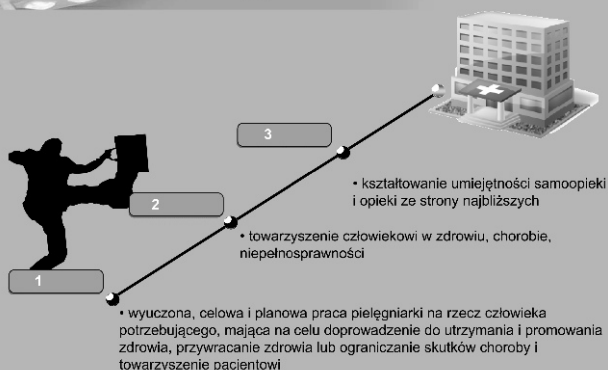
to osoba:

- posiadająca dyplom szkoły pielęgniarstwa / położniczego
- realizująca pielęgnowanie zawodowe
- realizująca funkcje zawodowe pielęgniarstwa
- sprawująca opiekę nad człowiekiem zdrowym i chorym, w różnym wieku, w zakładzie opieki zdrowotnej, miejscu nauczania, wychowania, zamieszkania i przebywania
- podlegająca zmianom w zakresie wykształcenia, uprawnień i kompetencji, świadomości zawodowej



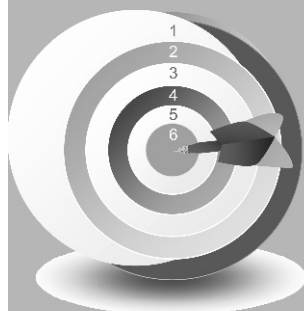
3

## Pielęgnowanie zawodowe



4

## Celem głównym



wynikającym z istoty zawodu pielęgniarki jest zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarstwa, powierzonym jej pacjentom, tak, by mogli oni samodzielnie funkcjonować w środowisku po zakończeniu procesu terapeutycznego, opuszczeniu oddziału (szpitala).

## Cele szczegółowe czynności pielęgniarstwa

- zapewnienie pełnego bezpieczeństwa podopiecznym, ich rodzinom przebywającym w zakładzie opieki zdrowotnej (oddziale)
- zapewnienie warunków do zaspokojenia egzystencjonalnych potrzeb podopiecznych, które warunkują zdrowie i życie
- uzyskanie optymalnego stanu psychospołecznego podopiecznych z uwzględnieniem wsparcia dla członków rodziny
- uzupełnianie wiedzy, kształtowanie umiejętności, prozdrowotnych postaw
- wykonywanie zadań wynikających z ustalonego standardu leczenia

6

## Cele szczegółowe czynności pielęgniarstwa

- ❖ identyfikowanie problemów zdrowotnych podopiecznych, które dzięki pielęgnowaniu mogą być rozwiązane właściwie i skutecznie
- ❖ ustalenie hierarchii zdrowotnych problemów pielęgnacyjnych
- ❖ ustalenie celu lub celów, planowanie, pozyskiwanie zasobów, realizowaniu zadań pielęgnacyjnych, przy zaangażowaniu podopiecznego lub/i jego rodziny, kształtowanie umiejętności do samoopieki oraz odpowiedzialność za własne zdrowie

7

## Pielęgnowanie samodzielne

działanie, w którym decydując o sprawach dotyczących pacjenta leży w gestii pielęgniarki



element integracji działań opiekuńczych, leczniczych, terapeutycznych

8

## ZAWÓD SAMODZIELNY?

**zawód zaufania publicznego**





## PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA

Zawód regulowany  
przepisami prawa  
ogólnego  
prawa samorządowego  
etyką zawodową

## ODPOWIEDZIALNOŚĆ



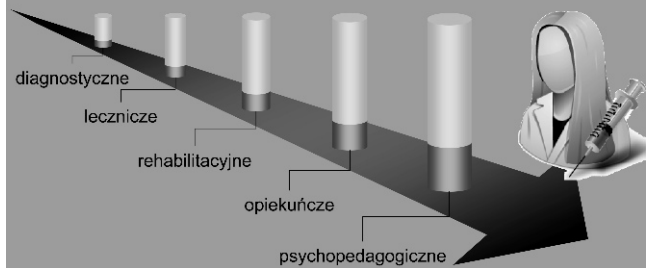
## ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Wobec siebie  
Wobec prawa  
Wobec innych



13

## Zadania zawodowe pielęgniarki



14

## Odpowiedzialność

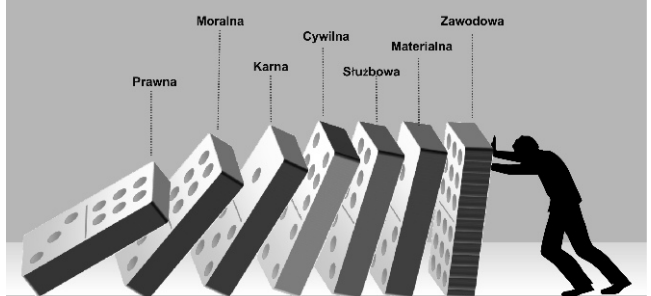


odpowiadania za swoje czyny i ponoszenia za nie konsekwencji

15

W etyce **odpowiedzialność** jest określana jako świadomość człowieka, że za czyny wykonane bądź za niewykonanie czynów, a więc za zachowanie nakazane lub zakazane normą moralną, jest oceniany pozytywnie lub negatywnie.

## Odpowiedzialność



17

## Odpowiedzialność zawodowa

❖ to obowiązek moralny lub prawny ponoszenia konsekwencji za wykonane osobiście lub polecane innej osobie do wykonania czynności zawodowe lub za ich zaniedbanie bądź zaniechanie.

❖ jest związana z przynależnością do określonej grupy zawodowej i wiąże się z interpretacją przyjętych przez tę grupę norm określonych między innymi w kodeksie deontologicznym.



18

**Odpowiedzialność zawodową ponoszą pielęgniarki i położne przed organami samorządu pielęgniarek i położnych (sądami pielęgniarek i położnych) za:**



19

Pielęgniarki ponoszą odpowiedzialność prawną i moralną za realizację obowiązków zawodowych tj.:

- realizowanie opieki na możliwie najwyższym poziomie i z zastosowaniem właściwych metod
- ochronę zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta
- informowanie pacjenta o zakresie realizowanej opieki pielęgniarskiej
- uzyskanie zgody pacjenta na proponowany program pielęgnowania
- zapewnienie pacjentowi w czasie pielęgnowania warunków zachowania intymności, poszanowania wolności i godności osobistej
- zachowanie tajemnicy zawodowej

20

Pielęgniarki podlegają regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności a za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność prawną i zawodową.

21

### SZANSE

- Rozwój nowoczesnych metod diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych w dziedzinie opieki nad człowiekiem chorym
- Podniesienie poziomu wiedzy, umiejętności (rozwoj kształcenia przed- i podyplomowego, różnorodność form doskonalenia zawodowego, kształcenie na poziomie wyższym),
- Samodzielność zawodowa pielęgniarki (wynika z zapisu Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 5 lipca 1996 roku, która określa zawód pielęgniarki jako samodzielny i wskazuje na jej obszar działania zawodowego).
- Kontrakty
- Aktywny udział w realizacji programów terapeutycznych, prewencyjnych, profilaktycznych

### ZAGROŻENIA

- Ekonomiczne (niestabilna sytuacja ekonomiczna i organizacyjna systemu ochrony zdrowia (pe), kontrakty)
- Organizacyjne (pogorszenie warunków wykonywania pracy ze względu na zmniejszenie liczby pielęgniarek), kontrakty
- Medyczne (rozbieżność pomiędzy rozwojem medycyny a możliwościami w zakresie doskonalenia zawodowego, niemożność podnoszenia kwalifikacji przy rozwoju nowoczesnej medycyny w dziedzinie pediatrii - wycofywanie się pracodawców z udziału w finansowaniu kształcenia i doskonalenia podyplomowego pielęgniarek).
- Spoleczne (przemęczenie, zespół wypalenia zawodowego, choroby powstałe w związku z pracą, odchodzenie od zawodu), oczekiwania i prawa pacjentów,
- Prawne (niespójność przepisów prawnych)

Dziękuję za uwagę

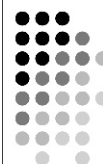
Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Kolejnym prelegentem był Sędzia Sądu Rejonowego w Częstochowie Przewodniczący Wydziału Karnego, który wyczerpująco omówił odpowiedzialność karną pielęgniarek i położnych, akty prawne regulujące tę odpowiedzialność oraz wyjaśnił prawa i obowiązki oskarżonych i świadków w procesie karnym.

Następnie głos zabarała Nadinspektor Państwowej Inspekcji Pracy w Częstochowie Pani Katarzyna Nogańska, która omówiła aspekty odpowiedzialności pracowniczej i przedstawiła poniższą prezentację:

## Odpowiedzialność pracownicza

Nadinspektor Państwowej Inspekcji Pracy  
w Częstochowie Katarzyna Nogańska





## Odpowiedzialność porządkowa



Za nieprzestrzeganie przez pracownika ustalonej organizacji i porządku w procesie pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, a także przyjętego sposobu potwierdzania przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy, pracodawca może stosować:

- karę upomnienia
- karę nagany

## Odpowiedzialność porządkowa



Za:

- nieprzestrzeganie przez pracownika przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy lub przepisów przeciwpożarowych,
  - opuszczenie pracy bez usprawiedliwienia,
  - stawienie się do pracy w stanie nietrzeźwości lub spożywanie alkoholu w czasie pracy
- pracodawca może również stosować karę pieniężną.

## Terminy nakładania kar



Kara może być zastosowana tylko po uprzednim wysłuchaniu pracownika.



## Terminy nakładania kar



*Kara nie może być zastosowana po upływie 2 tygodni od powzięcia wiadomości o naruszeniu obowiązku pracowniczego i po upływie 3 miesięcy od dopuszczenia się tego naruszenia.*

*Jeżeli z powodu nieobecności w zakładzie pracy pracownik nie może być wysłuchany, bieg dwutygodniowego terminu nie rozpoczyna się, a rozpoczęty ulega zawieszeniu do dnia stawienia się pracownika do pracy*

## Powiadomienie o karze



O zastosowanej karze pracodawca zawiadamia pracownika na piśmie, wskazując:

- rodzaj naruszenia obowiązków pracowniczych,
- datę dopuszczenia się przez pracownika tego naruszenia
- informując go o prawie zgłoszenia sprzeciwu i terminie jego wniesienia.

## Odwołanie od kary



- pracownik może w ciągu 7 dni od dnia zawiadomienia go o ukaraniu wnieść sprzeciw.
- pracodawca w ciągu 14 dni przyjmuje albo odrzuca sprzeciw.
- w razie odrzucenia sprzeciwu pracownik w ciągu 14 dni ma prawo wystąpić do sądu pracy o uchylenie zastosowanej wobec niego kary.

## Zatarcie kary



Karę uważa się za niebyłą, a odpis zawiadomienia o ukaraniu usuwa z akt osobowych pracownika po roku nienaganej pracy.



## Odpowiedzialność materialna



## Odpowiedzialność materialna

odpowiedzialność materialna występuje pod postacią:

- odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną pracodawcy wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych
- odpowiedzialności za mienie powierzone z obowiązkiem zwrotu lub do wyliczenia się

## Odpowiedzialność materialna

Pracownik, który wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych ze swej winy wyrządził pracodawcy szkodę, ponosi odpowiedzialność materialną według zasad określonych w Kodeksie pracy.

Pracodawca jest obowiązany wykazać okoliczności uzasadniające odpowiedzialność pracownika oraz wysokość powstałej szkody.

## Odpowiedzialność materialna

- Pracownik nie ponosi odpowiedzialności za szkodę w takim zakresie, w jakim pracodawca lub inna osoba przyczyniły się do jej powstania albo zwiększenia.
- W razie wyrządzenia szkody przez kilku pracowników każdy z nich ponosi odpowiedzialność za część szkody stosownie do przyczynienia się do niej i stopnia winy. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie stopnia winy i przyczynienia się poszczególnych pracowników do powstania szkody, odpowiadają oni w częściach równych.

## Odpowiedzialność materialna

- W razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca.
- W takim przypadku pracownik ponosi wobec pracodawcy odpowiedzialność przewidzianą w przepisach niniejszego rozdziału

## Odpowiedzialność materialna

Wyłączenie odpowiedzialności:

1. działanie w granicach dopuszczalnego ryzyka
2. stan wyższej konieczności
3. zgoda poszkodowanego na podjęcie przez sprawcę czynu określonego działania

## Odpowiedzialność materialna

- Odszkodowanie ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody.
- Jeżeli pracownik umyślnie wyrządził szkodę, jest obowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości.

## Odpowiedzialność materialna

Pracownik, któremu powierzono z obowiązkiem zwrotu albo do wyliczenia się:

- pieniądze, papiery wartościowe lub kosztowności,
  - narzędzia i instrumenty lub podobne przedmioty, a także środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze i inne mienie
- odpowiada w pełnej wysokości za szkodę powstałą w tym mieniu.

## Odpowiedzialność materialna

Od tej odpowiedzialności pracownik może się uwolnić, jeżeli wykaże, że szkoda powstała z przyczyn od niego niezależnych, a w szczególności wskutek niezapewnienia przez pracodawcę warunków umożliwiających zabezpieczenie powierzonego mienia.



## Odpowiedzialność materialna



Pracownicy mogą przyjąć wspólną odpowiedzialność materialną za mienie powierzone im łącznie z obowiązkiem wyliczenia się.

Podstawą łącznego powierzenia mienia jest umowa o współodpowiedzialności materialnej, zawarta na piśmie przez pracowników z pracodawcą.

## Odpowiedzialność materialna



Pracownicy ponoszący wspólną odpowiedzialność materialną odpowiadają w częściach określonych w umowie.

W razie ustalenia, że szkoda w całości lub w części została spowodowana przez niektórych pracowników, za całość szkody lub za stosowną jej część odpowiadają tylko sprawcy szkody.

Kolejnym wykładowcą była Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pani Irena Choma. Oto jej prezentacja:

## Prawa Pacjenta

**mgr Irena Choma**  
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Pielęgniarek i Położnych

## Skargi wpływające do Rzeczników OZ

- .Zaniedbania pielęgnacyjne
- .Omyłkowe podanie leków
- .Ujawnianie informacji o pacjencie osobom nieuprawnionym
- .Wykonanie świadczenia bez zgody pacjenta
- .Brak poszanowania godności pacjenta .

## Prawa Pacjenta

*Prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących człowiekowi z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych*

## Prawa Pacjenta

### Podstawa prawna

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

## Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Ustawa art. 8. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością  
(...) osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej  
Rzeczypospolitej Polskiej  
Załącznik do uchwały nr 9  
IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r.

## Prawo pacjenta do informacji

Ustawa art. 9. p8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgnacyjnych.

Kodeks Etyki – Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.

## Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Ustawa art. 13. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Kodeks etyki - Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej.

## Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Ustawa art. 15. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

Art. 16. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Kodeks etyki

**Pielęgniarka/Położna obowiązana jest**

-realizować świadczenia pielęgniarские za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować,

- poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie.

## Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Ustawa art. 20.

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.  
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

Kodeks etyki –

Pielęgniarka/Położna obowiązana jest respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,

## Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Ustawa Art. 23.

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

Kodeks etyki

Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczania dokumentów.

## Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Art. 31.

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.

## Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Ustawa art. 33.

1. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.  
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust. 1.

Kodeks Etyki

Pielęgniarka/położna umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego

Ustawa  
art. 34

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

2. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i pokoju.

art. 35

1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez zakład opieki zdrowotnej.

2. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1, ustala kierownik zakładu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1.

3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu opieki zdrowotnej.

## Kodeks Etyki

Pielęgniarka/ położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.





## Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

### Ustawa art. 36.

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej (...) ma prawo do opieki duszpasterskiej.

### Kodeks Etyki

Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości ku temu warunki.

## Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

art. 39 Ustawy: „pacjent przebywający w podmiocie leczniczym ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (...)”

### Kodeks Etyki

Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe

***ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.***

**DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ**

Ostatnim prelegentem konferencji był Radca Prawny OIPIP w Częstochowie, który omówił odpowiedzialność cywilną pielęgniarek i położnych.

## Uchwały prezydium



### Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 29 maja 2013 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie sześć pielęgniarek.
- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.

- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla 8 pielęgniarek.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla czterech pielęgniarek w kwocie 7,800.00 zł.
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie: 700.00 zł dla jednej pielęgniarki za szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, 1400.00 zł dla dwóch pielęgniarek za studia magisterskie – kierunek pielęgniarstwo.

## Kalendarium



### KALENDARIUM

#### Maj - czerwiec 2013 rok

**22.05.2013r.** W Urzędzie Miasta Częstochowy odbyło się spotkanie komitetu organizacyjnego obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala Chirurgicznego im. L. Rydygiera w Częstochowie. W spotkaniu uczestniczyła Sekretarz ORPiP.

**25.05.2013r.** W Hotelu Qubus w Katowicach odbyła się konferencja nt. „Nowoczesne metody leczenia odleżyn”. Na zaproszenie firmy Interrete sp. z o. o. (Meducare) oraz Auxilium Lidia Krzyżanowska w konferencji uczestniczyło pięć pielęgniarek z OIPIP w Częstochowie.

**23.05.2013r.** Sekretarz ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w XXXVII obradach zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

**28.05.2013r.** W związku z obchodami Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej w Opolu odbyła się konferencja pt. „Specyficzny pacjent trudne decyzje”. W konferencji uczestniczyła Sekretarz ORPiP w Częstochowie.

**3.06.2013r.** W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Częstochowie odbyła się konferencja prasowa dotycząca obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala Chirurgicznego im. L. Rydygiera w Częstochowie.

**4.06.2013r.** W Filharmonii Częstochowskiej odbyło się spotkanie komitetu organizacyjnego obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala Chirurgicznego im. L. Rydygiera w Częstochowie. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

**5.06.2013r.** W Starostwie Powiatowym w Lublińcu zostało przeprowadzone postępowanie konkursowe na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa SP ZOZ w Lublińcu przy ul. Sobieskiego 9. Konkursu nie rozstrzygnięto.

**6-8.06.2013r.** Członkowie ORPiP uczestniczyli w uroczystych obchodach Jubileuszu 100 - Lecia powstania Szpitala Chirurgicznego im. Ludwika Rydygiera w Częstochowie. Podczas uroczystości Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie otrzymała odznaczenie przyznane przez MZ „Za zasługi dla ochrony zdrowia” nadana przez Ministra Zdrowia, srebrną odznakę honorową „Za zasługi dla województwa śląskiego” nadana przez Sejmik Województwa Śląskiego, odznaczenie „Zasłużonemu” nadane przez Polskie Towarzystwo Lekarskie.

**10.06.2013r.** W siedzibie SP ZOZ w Lublińcu odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne Nr 03/08” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie.

**11.06.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie nt. „Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylną i obrzęku limfatycznym”



**14.06.2013r.** W siedzibie OIPIP w Częstochowie Firma Family Service "PELARGOS" przeprowadziła dla pielęgniarek i położnych wykłady nt: „Rany i oparzenia – pielęgnacja i leczenie /małe dziecko/. Kolka u niemowląt”. W szkoleniu udział wzięło 39 osób.

**18-19.06.2013r.** Przewodnicząca uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP w Warszawie.

**19.06.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

**25.06.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

**25.06.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**25.06.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■



## Ministerstwo Zdrowia

### MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu Aleksander Sopliński

Pani  
Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 26 marca br., znak ZK-546/VII/2013 skierowane do Prezesa Rady Ministrów dotyczące wspólnego Oświadczenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, odnoszącego się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545), proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odnosząc się do kwestii dotyczących zmian w treści rozporządzenia, uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia zrealizował zadanie wynikające z delegacji art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.), określając w drodze rozporządzenia sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Rozporządzenie to weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 roku, a jego przepisy zapewniają podmiotom leczniczym wystarczającą ilość czasu na ustalenie nowych norm, zgodnie ze wskazanym w rozporządzeniu sposobem (ostateczny termin na ich określenie upływa 31 marca 2014 r.). Po zakończeniu procesu wprowadzania przedmiotowego rozporządzenia będzie można ocenić skutki oraz funkcjonowanie nowego sposobu ustalania norm i w rezultacie wprowadzić ewentualne zmiany w tym zakresie.

Jednocześnie odnosząc się do stanowiska nr 1 podjętego na XII posiedzeniu prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie konieczności wprowadzenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oparciu o ocenę zapotrzebowania pacjentów na opiekę we wszystkich podmiotach

leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, uprzejmie informuję, iż każdy świadczeniodawca, który realizuje świadczenia zdrowotne na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, czyli finansowane ze środków publicznych, zobowiązany jest obliczać i stosować minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

**Należy podkreślić, że Minister Zdrowia w przedmiotowym rozporządzeniu nie wskazuje norm, a sposób ich ustalania w podmiotach leczniczych, pozostawiając tym samym kierownikom podmiotów leczniczych pewną autonomię w tym zakresie.**

Ponadto należy wskazać, że oprócz zastosowania sposobu ustalania minimalnych norm z rozporządzenia, ważnymi czynnikami, które mają wpływ na zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej pacjentom jest organizacja pracy w danym podmiocie, poziom zatrudnienia, wyposażenie w sprzęt do opieki i pielęgnacji, zapewnienie profesjonalnego wykonania innych pomocniczych czynności służących realizacji bezpośredniej opieki nad chorymi przez właściwe osoby czy jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego.

Zatem ustalanie i przestrzeganie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jak też organizacja pracy podmiotu leczniczego należy do kierownika, który powinien respektować regulację w tym zakresie. ■

z poważaniem  
Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Aleksander Sopliński



## NRPIP

Stanowisko nr 14  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 20 marca 2013 r.

**w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545)**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy protest wobec wyrażonego w piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 25.04.2013 r., znak: MZ-PP-077-3567-199/KW/13, stanowiska w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, uznając je za niezgodne z dotychczasowymi deklaracjami Ministra Zdrowia, składanymi na licznych spotkaniach z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych. Wobec powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych niniejszym wzywa Ministra Zdrowia do zajęcia jednoznacznego stanowiska, czy zamierza On wywiązać się z przyjętych w wyniku publicznego przyrzeczenia zobowiązań i podjąć prace nad nowym aktem prawnym, regulującym sprawę norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. ■

Sekretarz NRPIP  
Joanna Walewander

Prezes NRPIP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk



Stanowisko nr 13  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 20 marca 2013 r.

**w sprawie usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec propozycji usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).

Cytowana ustawa określa zawód pielęgniarki i położnej jako samodzielne zawody medyczne. Jest to zapis ogólny nie wskazujący w sposób jednoznaczny zakresu uprawnień do wykonywania poszczególnych świadczeń zawodowych. Stąd konieczne jest, z punktu widzenia praktyki sporządzenie katalogu przedmiotowych świadczeń wprowadzonych w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Absolwenci poszczególnych form kształcenia podyplomowego (specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego) uzyskują kwalifikacje określone programami tych szkoleń. Same kwalifikacje nie skutkują uprawnieniami do ich realizacji. Dopiero poszerzenie o uprawnienia tj. kwalifikacje i uprawnienia, dają sumaryczne kompetencje do realizacji świadczeń.

Próba usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, w naszej ocenie, zmierza do ograniczenia samodzielności zawodowej pielęgniarki, położnej. Należy tutaj uwzględnić oczekiwania środowiska pielęgniarek i położnych, które oczekują wskazania dokładnych regulacji co do podejmowanych czynności. ■

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Uchwała Nr 19  
VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 7 grudnia 2011 r.

**w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału**

Na podstawie art. 31 pkt 11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 249, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885, z 2007 r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.

2) 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,

3) 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, tego z którego wysokość składki jest wyższa.

3. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie z działalności gospodarczej – prowadzenia indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej oraz z innego źródła, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczana na podstawie ust. 1 pkt 3, chyba że składka członkowska obliczona z innego źródła byłaby wyższa.

4. W sytuacji, gdy dana osoba jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę u więcej niż jednego pracodawcy, wysokość składki członkowskiej obliczana jest od najwyższego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- 2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- 3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek o odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 5% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do końca następnego miesiąca.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. W przypadku braku wpłaty należnych składek za dwa pełne okresy, mogą być one dochodzone w drodze egzekucji.

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. ■

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU  
Halina Synakiewicz

## Kto nam zapewni opiekę medyczną?

Ubywa pielęgniarek – więcej odchodzi z zawodu, niż go podejmuje, to jedna z najszybciej starzejących się grup

**Liczba pielęgniarek i położnych wg przedziałów wiekowych na podstawie daty urodzenia  
stan 31.12.2012**

Wiek	91	90	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71
Liczba pielęgniarek	1	2	0	0	1	2	2	4	2	3	13	13	21	30	60	86	130	192	295	343	436
Liczba położnych	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	6	3	8	13	25	54	62	87

Wiek	70	69	68	67	66	65	64	63	62	61	60	59	58	57	56	55	54	53	52	51	50
Liczba pielęgniarek	579	624	839	970	1 950	2 243	3 177	3 440	3 844	4 839	6 969	6 037	6 365	7 171	7 659	8 300	9 578	9 899	9 771	9 198	9 238
Liczba położnych	93	115	104	122	290	333	379	400	459	588	597	686	663	679	797	968	1 088	1 174	1 109	1 221	1 132

Wiek	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29
Liczba pielęgniarek	9 018	9 852	9 599	9 177	9 252	10 051	10 592	10 457	10 521	9 442	8 817	9 072	11 183	8 231	4 256	2 581	2 042	1 669	1 693	1 997	2 212
Liczba położnych	1 127	1 263	1 334	1 384	1 315	1 257	1 160	1 105	1 209	967	802	780	818	836	734	627	538	286	310	385	389

Wiek	28	27	26	25	24	23	22	21
Liczba pielęgniarek	1 909	1 986	2 481	2 286	1 816	1 196	775	7
Liczba położnych	389	352	472	472	377	262	172	1

zawodowych. Jednocześnie rośnie zapotrzebowanie na ich pracę, bo wydłuża się długość życia, czy raczej – jak mówią socjologowie – starość, która wymaga specjalistycznej opieki nie tylko ze strony lekarzy, ale przede wszystkim wykwalifikowanych pielęgniarek, których fachowa wiedza i umiejętności są niezbędne w codziennej pielęgnacji chorych i niesamodzielnych.

Dane statystyczne są alarmujące.

1. Pod względem liczby pielęgniarek zatrudnionych bezpośrednio przy opiece nad pacjentem przypadających na tysiąc mieszkańców Polska ze wskaźnikiem 5,4 jest na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej. Wyprzedzają nas (i to dubeltowo) nie tylko kraje „starej” Unii – Dania Norwegia ze wskaźnikiem na poziomie 15,4, Norwegia - 14,4, Niemcy –11,3, ale też kraje, które przeszły podobną do naszej drogę, czyli Czechy – 8,1 i Słowenia –8,2.
2. Średnia wieku pielęgniarek wynosi 45,6 lat, a położnych 44,5 i szybko się podnosi. Wystarczy porównać liczebność dwóch grup wiekowych: pielęgniarek w wieku od 50 do 60 lat (a więc tych, które w najbliższych latach odejdą na emeryturę) jest 76 489, natomiast w najmłodszej grupie wiekowej, czyli od 21 do 30 lat jest ich tylko 16 659, przy czym np. 26-latek jest 2286 (najliczniejszy rocznik w tym przedziale wiekowym), ale 24-latek tylko 1816. Różnica to blisko 50 tys.
3. W ostatnich trzech latach liczba absolwentów szkół pielęgniarskich (studiów zawodowych oraz szkół wyższych) wynosiła rocznie 6-7 tys. osób. Ale w tym samym okresie okręgowe rady pielęgniarek i położnych wydawały rocznie niespełna 2 tys. zaświadczeń o prawie do wykonywania zawodu, czyli tylko ok. jedna trzecia absolwentów podejmuje pracę w zawodzie.
4. Według prognozy opracowanej przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych już za siedem lat, czyli w 2020 r. liczba wszystkich zarejestrowanych pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych zmaleje o ponad 20 tys., a w 2035 spadnie poniżej 200 tys., co zważywszy na jednoczesny wzrost liczby osób, szczególnie starszych, wymagających stałej, profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położnych (zajmujących się nie tylko kobietami w wieku rozrodczym, ale też menopauzalnym i późniejszym) stanowi realne zagrożenie, że duża grupa obywateli, zwłaszcza tych niżej uposażonych, będzie pozbawiona tego typu opieki.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Grażyna Rogala Pawelczyk, która to zjawisko obserwuje z dwóch perspektyw – członkini władz samorządu zawo-

dowego oraz adiunkta w Katedrze i Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, twierdzi, że: Problemem nie są wyłącznie pieniądze, choć niskie uposażenie jest ważnym czynnikiem zniechęcającym do wyboru tego zawodu. Równie ważnym czynnikiem są warunki pracy. Praca pielęgniarki i położnej obciążona jest dużą odpowiedzialnością, często wykonywana w trybie zmianowym, na rzecz zbyt wielu pacjentów na raz, wymagająca z jednej strony ogromnej wiedzy i doświadczenia, a z drugiej dobrej formy fizycznej. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia przygotowuje rozporządzenie, które otworzy furtkę do jeszcze niższych norm obsadowych w podmiotach publicznych, a podmioty niepubliczne zwolni z ich przestrzegania. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych opracowała raport o liczbie pielęgniarek i położnych, którego częścią jest prognoza na najbliższe lata. Wynika z niego, że sytuacja już jest dramatyczna, a w ciągu dekady stanie się katastrofalna. Jeśli teraz nie powstaną mechanizmy zachęcające młodych ludzi do wyboru zawodu pielęgniarki i położnej, to za kilka lat na fachową opiekę z ich strony będzie mogła liczyć mniej niż połowa potrzebujących. Nie da się bowiem z dnia na dzień odtworzyć tej wysoko wykwalifikowanej kadry. Dziś, żeby zostać pielęgniarką lub położną, należy ukończyć studia wyższe, a żeby utrzymać się w zawodzie systematycznie aktualizować swoją wiedzę – w ten zawód obligatoryjnie wpisane jest stałe kształcenie. Sama wiedza to za mało. Potrzeba wielu lat praktyki, by móc wykonywać bardziej skomplikowane zabiegi. Nie liczymy też na to, że brakujące polskie pielęgniarki zastąpią cudzoziemki spoza Unii, bo na przeszkodzie stoją nie tylko różnice w poziomie kształcenia i problem z weryfikacją uprawnień, ale też fakt, że na tle innych krajów unijnych Polska nie jest dla nich zbyt atrakcyjnym rynkiem pracy. ■



## Życzenia

### Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

Katowice, dnia 25 marca 2013r

Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Katowicach serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczyste





obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, niestety ze względu na wcześniej podjęte zobowiązania nie mogę Państwu towarzyszyć w tym dniu.

8 i 12 maja obchodzimy swoje doroczne święta, święta każdej, każdego z nas. W tym czasie zbliżamy się do siebie, częściej się spotykamy, a i rozmowy toczą się nie tylko wokół spraw zawodowych. Jest to czas zabawy ale również podsumowań i przemyśleń.

Życzę wszystkim pielęgniarkom, pielęgniarzom, położnym powodzenia i szczęścia w tym wyjątkowym dla nas dniu jak w każdym innym.

Z wyrazami szacunku

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach  
dr Mariola Bartusek

„Dobry bądź i szlachetny, bądź do pomocy gotowy”  
Johann Wolfgang Goethe

Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
Serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej. Niestety, wykonywanie innych obowiązków związanych z pełnieniem funkcji Posła, nie pozwoli mi wziąć udziału w Państwa dzisiejszej uroczystości.

Tak więc korzystając z drogi listownej uprzejmie proszę o przyjęcie wyrazów szacunku i uznania dla Państwa pracy. Pracy, która wymaga wyjątkowych predyspozycji, ogromnej wiedzy oraz umiejętności. Wielokrotnie w Państwa sprawach występowałam z interpelacjami poselskimi.

Dziękuję z całego serca za trud, poświęcenie oraz życzliwość, jaką okazujecie wszystkim chorym i potrzebującym. Życzę wszystkim Paniom i Panom wykonującym ten wymagający ogromnego poświęcenia zawód wszelkiej pomyślności w życiu zawodowym i osobistym.

z wyrazami szacunku i sympatii  
Jadwiga Wiśniewska  
Poseł na Sejm RP

Częstochowa, 11 maja 2013 r.

Opole, 11.05.2013 r.

Sz. Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki oraz Krajowego Dnia Położnej, w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu oraz własnym, pragnę złożyć na ręce Pani Przewodniczącej najserdeczniejsze życzenia Wszystkim Położnym, Pielęgniarkom, Pielęgniarzom, wszelkiej pomyślności, satysfakcji i zadowolenia z wykonywanej pracy, wytrwałości w dążeniu do stawianych sobie celów, wrażliwości i otwartości na problemy chorych.

Życzymy dużo zdrowia, wielu pomyślnych dni, pogody ducha, szczęścia w życiu osobistym i rodzinnym.

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu  
Sabina Wiatkowska

## CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, dn. 06.05.2013 r.

Pani Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych  
ul. Pułaskiego 25, 42-200 CZĘSTOCHOWA

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Wisława Szymborska powiedziała tak: „Umarłych wieczność dotąd trwa. dokąd pamięcią się im płaci”.

To właśnie Wy Panie i Panowie jesteście z każdym człowiekiem w zdrowiu i w chorobie, w chwilach ratowania życia oraz w momencie odchodzenia w wieczność.

Pozostajecie w pamięci pacjentów i ich bliskich jako anioły pomocy, wyszczenia i współczucia w tragedii. I ta droga nie jest tylko wskazywana przez kodeks etyczny ale przede wszystkim przez Waszą wiedzę, kwalifikacje i umiejętności, empatię z pacjentem i jego rodziną.

Zarówno statystyki kształcenia podyplomowego jak i wyniki badań opinii na temat pozycji zawodowej i społecznej pielęgniarek i położnych prowadzone w latach 2009-2011 przez Centrum dowodzą, że przedstawiciele innych zawodów medycznych jak i pacjenci wysoko cenią Wasze kompetencje i obserwują w ciągu ostatnich dziesięciu lat wzrost znaczenia zawodu pielęgniarki i położnej w hierarchii społecznej. Jako najbardziej istotne w kreowaniu prestiżu zawodowego i społecznego wszystkie grupy respondentów wskazywały kompetencje, umiejętności, samodzielność zawodową i wykształcenie. Wzrastająca samodzielność w wykonywaniu świadczeń medycznych wyznacza coraz szerszy zakres zadań zarówno w zespole terapeutycznym jak i w ramach grupowej i indywidualnej działalności gospodarczej. Jednakże zwiększa to odpowiedzialność prawną i moralną.

Szanowne Koleżanki i Koledzy

W dzień święta życzę wyrozumiałości dla pacjentów, ich rodzin a przede wszystkim sukcesów zawodowych, radości w życiu osobistym i spełnienia marzeń.

Im bardziej pomagacie potrzebującym tym bardziej zachowajcie Was

w swoim sercu i umyśle.

Życzy

dr Barbara Kot-Doniec  
Dyrektor CKPPIP  
wraz z Pracownikami

## Prace dyplomowe



### Schorzenia urologiczne jako zespół geriatryczny

Należymy do społeczeństw starzejących się, rozpowszechnienie tzw. wielkich problemów geriatrycznych jest dosyć duże i dotyczy wielu pacjentów. Problematyka ta wciąż jest jednak w zbyt małym stopniu dostrzegana, często pomijana, a nawet bagatelizowana. Wiele dolegliwości zgłaszanych przez starsze osoby jest ignorowanych i przypisywanych samemu procesowi starzenia się. Nauka zajmująca się starzeniem to gerontologia. Gerontologii nie należy mylić z geriatrią, która jest nauką o chorobach wieku podeszłego. Starość kojarzy nam się jako mało atrakcyjny okres, a jest

przecież naturalną fazą w życiu człowieka, nadchodzącą powoli, stopniowo. Człowiek wraz z nabywaniem lat, nie traci wszystkich swoich możliwości. W procesie starzenia dominującą rolę odgrywa powstawanie zmian inwolucyjnych w organizmie człowieka, czyli tzw. znamion starości. Konsekwencją tych zmian jest rozwój typowych objawów starości, a także zmniejszenie się intensywności wielu procesów życiowych. Redukcji ulega np. pojemność życiowa płuc i pojemność minutowa serca, zmniejsza się filtracja nerkowa, absorpcja z przewodu pokarmowego i aktywność szpiku kostnego. W normalnych warunkach zmiany te nie są przyczyną chorób. Jednak ubytki funkcji ustrojowych mogą stać się widoczne w przypadku dodatkowych obciążeń ustroju, sytuacji stresowych i ekspozycji na czynniki szkodliwe. W tym kontekście starzenie jest procesem, który ułatwia rozwój chorób i powoduje, że ich przebieg jest cięższy i obarczony większą śmiertelnością niż w przypadku osób młodych.

### **Zaburzenia oddawania moczu.**

Zaburzenia w oddawaniu moczu u osób w podeszłym wieku mogą być objawem upośledzenia przesączania w kłębuszkach nerkowych i tworzenia mniejszej objętości moczu, nieproporcjonalnej do ilości spożytych płynów, bądź też wyrazem zaburzeń w wydalaniu na zewnątrz moczu, warunkowanych różnorodnymi stanami chorobowymi, np. przerostem gruczołu krokowego, ostrym zapaleniem cewki moczowej, rozrostem nowotworowym. Należy więc przywiązywać dużą wagę zarówno do ilości, jakości jak i sposobu oddawania moczu.

Częstomocz jest to częste oddawanie moczu bez trudności, polegające na zwiększeniu liczby oddań moczu (tzw. mikcji) w ciągu dnia oraz na pojawieniu się potrzeb oddawania moczu w nocy. O częstomoczu mówi się, gdy mikcja występuje częściej niż 7 razy w ciągu dnia i 2 razy w ciągu nocy, zwykle w połączeniu z bolesnym parciem na mocz. Może być objawem stanu zapalnego w cewce moczowej i pęcherzu moczowym lub współistniejącego z przerostem odczynu zapalnego w gruczole krokowym.

Oddawanie moczu częste, ale w bardzo małych, kroplowych ilościach, towarzyszy także napadom kolki nerkowej w przebiegu kamicy układu moczowego. Wyleczenie częstego oddawania moczu wymaga pomocy lekarza zarówno w ustaleniu jego przyczyny, jak i jej usunięcia. Jest to tym bardziej konieczne, że złudne złagodzenie jakby ustąpienie dolegliwości może w przyszłości doprowadzić do odpornej na leczenie niewydolności nerek. Ważnym elementem postępowania terapeutycznego jest uspokojenie chorego seniora, uregulowanie czasu mikcji, ułatwienie dostępu do toalety oraz zapewnienie basenu lub „kaczki”.

Skąpomocz fizjologiczny stanowi reakcję nerek na ograniczoną podaż płynów lub ich nadmierną utratę lub też stan patologiczny, jak podwyższona temperatura otoczenia i wzmożona utrata wody przez przewód pokarmowy, płuca i skórę. Skąpomoczem nazywamy sytuację, w której dorosły człowiek wydała 400-1000 ml moczu na dobę. Zazwyczaj świadczy to o istnieniu poważnych zmian chorobowych w układzie moczowym (po wykluczeniu braku lub ograniczonego przyjmowania płynów). Podobnie jak bezmocz jest objawem wymagającym pilnego ustalenia przyczyny i leczenia szpitalnego.

Krwiomoczem nazywamy występowanie krwi w moczu. Jest on podobnie jak białkomocz bardzo częstym objawem chorób układu moczowego. Krwiomocz występujący u starszych osób może mieć charakter makro lub mikroskopowy. Krwiomocz makroskopowy, tzn. widoczny gołym okiem, kiedy oddawana porcja moczu, zazwyczaj niespodziewanie i nieoczekiwanie, jest mętna, czerwono-brunatna, ma wygląd popłuczyn mię-

snych lub ciemnego piwa. Świadczy on o obecności znacznej liczby erytrocytów w moczu, powodujących zmianę jego zabarwienia. Krwiomocz mikroskopowy można stwierdzić dopiero przy użyciu mikroskopu; podczas badania osadu moczu widoczne są dość liczne erytrocyty, tzn. powyżej 1-2 krwinek czerwonych w polu widzenia mikroskopu. Krwiomocz, chociażby jednorazowy, należy zawsze traktować jako bardzo ważny i niepokojący objaw, który często może być pierwszym i jedynym objawem poważnego zagrożenia. Dlatego też w każdym przypadku należy ustalić jego przyczynę, nawet wtedy, gdy pojawił się jeden raz lub samoistnie ustąpił po krótkim czasie. Krew obserwowana w moczu może pochodzić zarówno z nerki, jak i z dróg moczowych. Przyczyną krwiomoczu makroskopowego są niekiedy także czynniki spoza układu moczowego, np. uogólniona skaza krwotoczna lub niektóre z zażywanych leków, zwłaszcza zmniejszające krzepliwość krwi (po ich przedawkowaniu), itp.

Leczenie krwiomoczu zależy od jego nasilenia. W postępowaniu wystarczające jest uspokojenie chorego, wykluczenie krwotocznej skazy polekowej oraz podawanie leków przeciwkrwotocznych. Należy pamiętać, że zmiana zabarwienia moczu na kolor czerwony może być także spowodowana dietą lub stosowanymi lekami.

Zatrzymanie oddawania moczu jest to całkowitą niemożność opróżnienia pęcherza moczowego mimo jego przepełnienia, najczęściej spowodowana przeszkodą podpęcherzową. Rozróżnia się zatrzymanie moczu częściowe i całkowite. Częściowe zatrzymanie oddawania moczu najczęściej poprzedza zatrzymanie całkowite. Stany, w których zalegający mocz po mikcji, może osiągnąć objętość kilku litrów, nazywane są rozstrzenią pęcherza moczowego. Pęcherz moczowy wyczuwalny jest wówczas jako gładki guz nad spojeniem łonowym. Przy częściowym zatrzymaniu moczu często dochodzi do bezwiednego ulewania moczu co określa się jako moczenie paradoksalne.

Bardzo często całkowite zatrzymanie oddawania moczu to niemożność opróżnienia pęcherza moczowego, mimo jego przepełnienia, najczęściej spowodowana przeszkodą podpęcherzową, objawia się parciem na mocz, bólem w podbrzuszu. Przepełniony pęcherz moczowy wyczuwalny jest w badaniu fizykalnym. Zatrzymanie oddawania moczu występuje najczęściej u mężczyzn w wieku podeszłym, jest zazwyczaj poprzedzone przerywanym oddawaniem moczu małymi porcjami co kilkadziesiąt minut lub oddawaniem go słabym strumieniem. Zazwyczaj wynika z ucisku na cewkę moczową przez otaczający ją powiększony gruczoł krokowy. Na ogół towarzyszy mu uczucie potrzeby oddawania moczu przy równoczesnej niemożności jego oddania lub oddawania w małych ilościach. W postępowaniu doraźnym należy wprowadzić do pęcherza moczowego cewnik moczowy, a jeśli nie jest to możliwe, wykonać przetokę nadłonową.

### **Nietrzymanie moczu.**

Nietrzymanie moczu jest to niekontrolowane oddawanie moczu w wyniku urazu lub chorób dróg moczowych. Utrata kontroli nad pęcherzem może być ogromnie uciążliwa i kłopotliwa w stopniu na tyle ciężkim, iż powoduje to problemy społeczne i zdrowotne. Najczęściej przytrafia się kobietom i jest u nich zazwyczaj wywołana osłabieniem zwieracza cewki moczowej, który zamyka pęcherz lub mięsień dna miednicy, które podpierają pęcherz i macicę oraz pomagają w zamykaniu pęcherza. Osłabienie mięśni może być wynikiem starzenia, chorób nerwów, które unerwiają te mięśnie, udaru mózgu albo uszkodzenia mięśni i nerwów. Inne przyczyny to podrażnienie śluzówki pęcherza i nadwrażliwość mięśniówki pęcherza moczowego, która niespodziewanie się kurczy.



Czynnikami predysponującymi do nietrzymania moczu są liczne i częste porody oraz poronienia, porody płodów powyżej 4000 g, źle gojące się rany kroczka, praca fizyczna we wczesnym połogu. Również zmiana naturalnego przebiegu porodu przez stosowanie oksytocyny do indukcji lub przyspieszenia porodu ma wpływ na rozwój w przyszłości nietrzymania moczu. Największy wzrost ryzyka występuje po trzecim porodzie.

Na wystąpienie omawianego schorzenia mają również wpływ zaburzenia statyki narządów moczopłciowych. Położenie macicy względem płaszczyzny wchodu miednicy od dzieciństwa poprzez wiek młodzieńczy, po odbyciu porodów aż do menopauzy stopniowo obniża się a nawet wypada. Proces ten może przebiegać niezauważalnie i powoli, aż w końcu powoduje bóle i nietrzymanie moczu. Nietrzymanie moczu jest jednym z podstawowych zespołów geriatry. Często jest ono spowodowane takimi przyczynami, jak zapalenie płuc czy przyjmowaniem leków. Aż 15-30 % mieszkańców we własnych domach osób w starszym wieku cierpi z powodu nietrzymania moczu o różnym stopniu nasilenia – częstość występowania jest zawsze większa wśród kobiet. Odsetek ten jest większy u pacjentów przebywających w domach opieki i wynosi 50 %. W rzeczywistości, nietrzymanie moczu jest częstym problemem będącym czynnikiem warunkującym umieszczenie pacjenta w domu opieki. Rodziny mogą akceptować majaczenie, służyć pomocą w karmieniu oraz ubieraniu, ale oddawanie moczu w łóżku nie może być aż tak dobrze tolerowane.

Prawidłowo przebiegające starzenie się nigdy nie jest przyczyną nietrzymania moczu. Innymi słowy, nietrzymanie moczu ma zawsze charakter patologiczny wymaga diagnostyki. Duży wpływ na rozwój choroby ma styl życia. Nieprzestrzeganie zdrowego trybu życia, doprowadzenie do otyłości może być powodem nietrzymania. Zwiększona ilość tkanki tłuszczowej uciska pęcherz moczowy i dno miednicy, powodując wzrost ciśnienia śródpecherzowego i odpowiada za redukcję gradientu ciśnień między cewką i pęcherzem moczowym. Wzrost masy ciała wytwarza nadmierny ucisk na narząd płciowy i pęcherz moczowy prowadząc do ich obniżenia.

Stosowanie takich używek jak papierosy wiąże się z występowaniem nietrzymania moczu. Na skutek palenia papierosów może wystąpić stan zapalny oskrzeli powodujący uporczywy kaszel. Związki zawarte w dymie tytoniowym mogą zaburzać biosyntezę kolagenu oraz powodować efekt antyestrogenowy.

Często przyczyną nietrzymania moczu są: długotrwałe alkoholizm, przyjmowanie narkotyków i niektórych leków, zwłaszcza moczopędnych ale też antydepresyjnych, uspokajających, nasennych, gdyż tłumią one odbieranie bodźców, upośledzają kurczliwość pęcherza. Innym powodem mogą być choroby współistniejące, niewydolność serca, niewyrównana cukrzyca, choroba Parkinsona, zaburzenia psychiczne.

Do nietrzymania moczu mogą prowadzić zakażenia dróg moczowych, zanikowe zapalenie cewki i pochwy u starszych osób. Zdarza się, że usunięcie macicy drogą brzuszną narusza statykę narządu rodnicę i uszkadza nerwy, co może spowodować wiele postaci nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu należy traktować jako jeden z objawów choroby organicznej lub psychosomatycznej. Jest to stan charakteryzujący się mimowolną utratą moczu. Dolegliwość ta występuje przy tym często w połączeniu z innymi problemami zdrowotnymi. Nietrzymanie moczu może wystąpić w każdym wieku. Manifestuje się ono jako zaburzenie funkcji dolnych dróg moczowych, które wymaga postawienia dokładnej diagnozy oraz podjęcia odpowiedniego leczenia. Dotyczy to

także nietrzymania moczu u osób w podeszłym wieku, które jest często traktowane jako dolegliwość oporna na leczenie. W tych przypadkach przyczyny wyzwalające są często identyczne, jak u osób młodszych, jeśli nawet pewne okoliczności charakterystyczne dla wieku utrudniają diagnozę i leczenie. Jednakże kilka aspektów normalnego starzenia się układu moczowo-płciowego powoduje, iż u podatnych predysponowanych ludzi w starszym wieku rozwija się nietrzymanie moczu poprzez niezahamowane skurcze pęcherza moczowego, które z wiekiem stają się coraz częstsze. Kolejny aspekt normalnego starzenia się układu moczowo-płciowego to wydalanie płynu przez nerki. Jest ono największe w ciągu nocy podczas przyjmowania pozycji leżącej. Pęcherz moczowy zostaje wypełniony i zachodzi potrzeba oddania moczu (nykturia). Konieczność oddania moczu wraz z wiekiem ulega stopniowemu pogorszeniu.

U mężczyzn wzrost gruczołu krokowego wywołujący objawy zwężenia drogi odpływu moczu z pęcherza moczowego jest przyczyną nietrzymania moczu, nie jest to jednak objaw starzenia się. Jest to łagodny przerost gruczołu krokowego, rak tego narządu lub inne zmiany patologiczne.

Złożona etiopatogeneza skłania do traktowania nietrzymania moczu jako objawu, nie jako jednorodnej jednostki chorobowej. Nietrzymanie moczu to stan, w którym niezależna od woli i wykazana w sposób obiektywny utrata moczu przez cewkę stanowi problem socjalny bądź higieniczny (definicja Międzynarodowej Organizacji Zdrowia).

Nietrzymanie moczu oznacza dla osoby dotkniętej tą dolegliwością przede wszystkim znaczne pogorszenie samopoczucia, zarówno pod względem fizycznym jak i psychospołecznym. Najważniejszym powikłaniem nietrzymania moczu jest izolacja społeczna. Na przykład, osoba w starszym wieku może przestać uczęszczać do kościoła i miejskich klubów z powodu oddania moczu w miejscu publicznym. Łatwo jest przeoczyć nietrzymanie moczu, szczególnie u starszych osób z wieloma problemami zdrowotnymi. W ramach każdej dokładnej oceny geriatrycznej należy zapytać o nietrzymanie moczu. Dobrym pytaniem jest: „Czy zdarza się Panu/Pani oddać mocz w sposób niekontrolowany lub zdarza się Panu/Pani oddawać mocz wąskim strumieniem?”

Osoby z nietrzymaniem moczu wymagają stosowania nowoczesnych produktów jednorazowego użytku zapewniających niezawodne i dyskretne wchłanianie moczu zapobiegając powstaniu przykrych zapachów, pomagają one osobie nietrzymanej mocz w utrzymaniu tzw. kontynencji społecznej w określonych przedziałach czasowych. Możliwe jest wówczas ponowne podjęcie dotychczasowego trybu życia bez lęku przed kłopotliwymi sytuacjami.

Aspekt kontynencji społecznej ma przy tym istotne znaczenie w praktyce opieki nad osobami w podeszłym wieku i przy pielęgnacji chorych. Jest on warunkiem utrzymania lub odzyskiwania ruchliwości częściowej. Ponieważ właśnie starsze osoby wykazują skłonności do całkowitego unikania kontaktów międzyludzkich na skutek niepewności związanej z problemem nietrzymania moczu, zaprzeczony zostaje stymulujący wpływ aktywnego trybu życia na ogólny stan pacjenta. Z tego względu konieczne jest, na drodze rozmów wyjaśniających, dążenie do wzmocnienia wiary pacjentka we własne siły i przekonanie seniora, że wykorzystanie środków higienicznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb umożliwi, pomimo nietrzymania moczu, prowadzenie niemal normalnego życia. Zawsze, gdy jest to możliwe należy zalecenie stosowania i przepisania produktu wchłaniającego mocz jednorazowego użytku powiązać, poza podejmowanym leczeniem, także z ogólnymi działaniami terapeutycznymi zmierzającymi do

złagodzenia dolegliwości, takimi jak ćwiczenia w korzystaniu z toalety, tak aby pacjent odzyskał poczucie wiary w celowość podejmowanych działań.

Opieka nad pacjentem w podeszłym wieku z nietrzymaniem moczu powinna być skierowana przede wszystkim na:

- a) systematycznej ocenie stanu osoby uwzględniającej okoliczności towarzyszące NTM (kichanie, wysięk, kaszel, leki, dieta)
- b) pomocy w motywowaniu do aktywnego udziału w odzyskiwaniu kontroli nad NTM, okazywanie życzliwości i optymizmu
- c) pomocy w utrzymaniu higieny ciała, utrzymaniu czystości i dostępności do materiałów higienicznych, dostosowanie toalety do potrzeb osoby w starszym wieku
- d) promowaniu prawidłowych wzorców stylu życia ułatwiających kontrolę wydalania moczu
- e) prowadzeniu dzienniczka samokontroli
- f) pomocy w oddawaniu moczu osobom z zaburzeniami lokomocji, równowagi czy wzroku, depresją
- g) zachęcaniu osoby starszej do samoopieki
- h) umożliwieniu przebywania w warunkach środowiska domowego (ograniczenie opieki instytucjonalnej)
- i) rozpoznawaniu potrzeb socjalnych osób starszych i ich rodzin (świadczenia i usługi opiekuńcze).

## Zakażenia układu moczowego.

W wyniku postępującego starzenia się społeczeństw, zarówno w Polsce, jak i w krajach wysoko rozwiniętych, dochodzi również do zmian w układzie moczowym, co wiąże się ze wzrostem ryzyka infekcji dróg moczowych. Czynniki predysponującymi do zakażenia układu moczowego (ZUM) są wiek powyżej 65 roku życia i związane z tym zmiany wsteczne w układzie moczowym, płeć żeńska (bliskość ujścia cewki moczowej i odbytu, cewka moczowa krótka i szeroka, obniżona produkcja estrogenów z wiekiem, zmiany zanikowe błony śluzowej), utrudniony odpływ moczu (przerost gruczołu krokowego, wady anatomiczne cewki moczowej, kamica układu moczowego, zaburzenia czynnościowe, np. pęcherz neurogeny).

Upośledzenie czynności układu nerwowego oraz kostno-mięśniowego rozwijające się z wiekiem w istotny sposób wpływa na funkcje układu moczowego, zwłaszcza dolnych dróg moczowych. Starzenie się układu odpornościowego odgrywa także istotną rolę w patofizjologii zakażeń układu moczowego oraz rozwoju niektórych chorób immunologicznych u osób starszych. Stanowi to poważny problem ze względów klinicznych, epidemiologicznych i społecznych. Klasycznie wyróżnia się w przebiegu zakażenia układu moczowego osób starszych, podobnie jak w innych grupach wiekowych, zakażenia dolnego odcinka układu moczowego, zapalenia cewki moczowej i pęcherza moczowego oraz prostaty a także zakażenia górnego odcinka układu, równoznaczne z ostrym odmiedniczkowym zapaleniem nerek. Podział ten jest oparty głównie na objawach klinicznych, które u osób w podeszłym wieku mogą być bardzo nietypowe. Dodatkowo zakażenia powikłane przy współistnieniu zaburzeń odpływu moczu, cukrzycy, kamicy moczowej, przewlekłych chorób nerek występują znacznie częściej w tej grupie wiekowej niż zakażenia niepowikłane.

Na zakażenie układu moczowego częściej narażone są kobiety. Powodem zakażenia nie są wyłącznie bakterie wnikające z zewnątrz. Ma na to wpływ zaleganie moczu w pęcherzu w wyniku jego niecałkowitego opróżniania, stany zapalne cewki moczowej, wrodzony defekt błony śluzowej pęcherza upośledzający jego działanie ochronne, odpływy

wsteczne moczu wywołane wadami wrodzonymi. Uzupełnieniem leczenia zakażeń układu moczowego u kobiet będących po menopauzie jest miejscowe zastosowanie leków estrogenowych zmniejszających ilość nawrotów zakażeń układu moczowego.

Leczenie jest uzależnione od stopnia zakażenia, jego umiejscowienia oraz bakterii, które go wywołały i wielu innych czynników, które lekarz musi brać pod uwagę. Leczenie zakażeń układu moczowego jest długotrwałe. W tym czasie mocz bada się kilkakrotnie, aby nabrać pewności, że zagrożenie minęło. Przerwanie leczenia grozi nawrotem choroby. Poza lekami zaleca się w trakcie kuracji umiarkowanie aktywny tryb życia i ochronę przed oziębieniem.

Badania wykazały szczególną zależność między rytmem wypróżnień a zwiększonym występowaniem objawów zakażeń układu moczowego. Dlatego istotną rolę w leczeniu zakażenia układu moczowego odgrywa walka z zaparciami. U osób starszych ZUM często wiąże się z cewnikowaniem. Cewnik jako ciało obce może, w wyniku drażnienia, doprowadzić do zapalenia błony śluzowej cewki i pęcherza moczowego. Stanowi też drogę wnikania bakterii. Zakażenia układu moczowego (ZUM) są jednym z najczęstszych chorób infekcyjnych u pacjentów w wieku podeszłym oraz częstą przyczyną hospitalizacji. W tej grupie wiekowej zmienia się także istotnie przebieg kliniczny zakażenia, co powoduje, że rozpoznanie ZUM w podeszłym wieku może stanowić problem kliniczny, a błędy diagnostyczne prowadzą do częstego nadużywania leczenia przeciwbakteryjnego.

Narażeni w sposób szczególny na powtarzające się zakażenia są chorzy na cukrzycę. Cukier, obecny w moczu, stanowi doskonałą pożywkę dla bakterii. Ponadto u chorych z cukrzycą dużą rolę odgrywają osłabienie ogólnej odporności organizmu, a także powikłania neurologiczne, prowadzące do zaburzeń opróżniania pęcherza i rozwoju nefropatii cukrzycowej.

Jako zapalenie cewki moczowej określa się stany zapalne umiejscowione dystalnie od zwieracza wewnętrznego cewki. Cewka moczowa, która jest ważnym ogniwem układu, jest zagrożona przede wszystkim dwoma infekcjami: bakteryjnym zakażeniem układu moczowego oraz nierzęzączkowym zapaleniem cewki. Autoinfekcja cewki moczowej może zostać wywołana na drodze zstępującej z górnych dróg moczowych, z pochwy, jelita grubego lub na drodze krwiopochodnej. Przyczynami zakażenia mogą być także zwężenie cewki moczowej, szczególnie ujścia zewnętrznego, uchyłek cewki lub ciało obce. Najczęściej, jednak oprócz kontaktu seksualnego, przyczynami zakażenia są cewnikowanie pęcherza moczowego lub wżernikowanie dolnych dróg moczowych. Na zapalenie cewki moczowej wskazuje wyciek z cewki moczowej treści ropnej lub śluzowej. Poza tym pojawia się dysuria, częstomocz, parcie na mocz naglące, gorączka.

Tak jak w przypadku wszystkich chorób, tak i przy zapaleniu cewki moczowej najważniejsza jest profilaktyka. Dzięki zapobieganiu można uniknąć nie tylko dyskomfortu związanego z chorobą, ale także wielu groźnych powikłań.

Zapalenie pęcherza moczowego rzadko występuje u mężczyzn, natomiast choroba ta częściej spotykana jest u kobiet ze względu na krótszą cewkę moczową oraz bliskość ujścia pochwy i odbytu. Niemalże we wszystkich przypadkach zachorowań bakterie dostają się do układu moczowego drogą wstępującą z cewki moczowej do pęcherza. W nielicznych przypadkach patogeny mogą być przeniesione do układu moczowego z innych narządów, z krwią lub limfą.

U płci męskiej zapalenie pęcherza moczowego wynika zazwyczaj z zaburzeń układu moczowego na skutek przerostu gruczołu krokowego. Takie zmiany są przyczyną





zalegania moczu po mikcji, w ten sposób wywołują rozwój bakterii w pęcherzu moczowym.

O zapaleniu pęcherza moczowego świadczy wystąpienie wzmoczonej potrzeby fizjologicznego oddawania moczu, czasem może pojawić się krew. Uczucie pieczenia przy oddawaniu moczu, bóle w okolicy nadłonowej, gorączka, nudności oraz czucie dyskomfortu. Zdarza się, że zakażenie pęcherza moczowego może przebiegać jako bezobjawowy bakteriomocz. Charakteryzuje się on obecnością bakterii w drogach moczowych, wykrywaną w badaniu ogólnym i bakteriologicznym moczu, która nie powoduje jednak żadnych dolegliwości u chorego.

U osób w wieku podeszłym czynnikami sprzyjającymi powstawaniu zakażeń i w konsekwencji stanu zapalnego pęcherza są najczęściej: trudności w utrzymaniu higieny osobistej, zaburzenia w opróżnianiu pęcherza przez powiększony gruczoł krokowy u mężczyzn czy opadanie macicy u kobiet. Również zmniejszona odporność wydaje się mieć duże znaczenie. U osób starszych dodatkowym czynnikiem jest często nadużywanie środków przeciwbólowych i przeciwzapalnych, które osłabiają mechanizmy obronne organizmu oraz uszkodzają nerki.

Warto również wspomnieć, że czynnikiem paradoksalnie sprzyjającym zakażeniu jest zacewnikowanie pacjenta, które stosuje się z powodu zastój moczowy. Inne zabiegi przeprowadzane na drogach moczowych również sprzyjają zakażeniu poprzez mechaniczne wprowadzenie bakterii do dróg moczowych.

#### **Łagodny rozrost prostaty**

Gruczoł krokowy jest nieparzystym narządem, należącym do układu męskich narządów płciowych. Znajduje się w bezpośredniej okolicy dna pęcherza moczowego, otaczając jednocześnie tylny odcinek cewki moczowej.

U prawie wszystkich mężczyzn w wieku powyżej 40 lat zdrowy gruczoł krokowy rozpoczyna swoje nieuniknione powiększanie się hiperplastyczne. Powiększający się gruczoł krokowy uciska cewkę moczową oraz pęcherz, co powoduje utrudnienie w oddawaniu moczu.

Częstość występowania łagodnego rozrostu gruczołu krokowego jest duża i dotyczy właściwie wszystkich starzejących się mężczyzn. Szacuje, iż histologicznie łagodny rozrost prostaty BPH stwierdza się u 50% mężczyzn w wieku 60 lat i u nawet 90 % mężczyzn powyżej 85 roku życia. Według licznych badań, nasilenie dolegliwości z oddawaniem moczu zwiększa się wraz z wiekiem. Większość tych osób jest leczona przez lekarzy podstawowej opieki medycznej. Tylko u 1% pacjentów z BPH dochodzi do rozwinięcia się zwężenia na tyle poważnego, że prowadzi ono do zastój moczowy w pęcherzu i górnych drogach moczowych, co sprzyja zakażeniu układu moczowego. Oba te czynniki mogą być powodem komici nerkowej, a w końcowej fazie nawet niewydolności nerek.

Najczęstszymi objawami łagodnego rozrostu gruczołu krokowego są uciążliwe objawy z dolnego odcinka dróg moczowych: częstomocz dzienny i nocny, zwężenie strumienia moczu i wydłużenie czasu oddawania moczu. Nierzadko występuje parcie na moczu. Do całkowitego zatrzymania moczu może dojść w każdym okresie choroby. Należy podkreślić, że zespół objawów składający się na kliniczny obraz łagodnego rozrostu gruczołu krokowego jest efektem współistnienia trzech całkowicie odmiennych procesów patologicznych:

- 1) powiększenia gruczołu krokowego,
- 2) przeszkody podpęcherzowej, czyli wzmoczonego napięcia mięśni gruczołaka, cewki moczowej oraz szyi pęcherza,
- 3) dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych.

Rozwój niekorzystnych następstw łagodnego rozrostu gruczołu krokowego jest powolny. Czasem choroba przebiega bez wyraźnych dolegliwości i jest rozpoznawana dopiero wówczas, gdy zmiany w układzie moczowym u seniorów są znacznie zaawansowane.

Po przeprowadzeniu wszystkich niezbędnych badań, ustaleniu rozpoznania oraz stopnia zaawansowania choroby w rozmowie z pacjentem w wieku starszym należy zwrócić uwagę na to, że podstawowym celem leczenia łagodnego rozrostu gruczołu krokowego jest wybór takiej metody, która zapewni zmniejszenie dolegliwości związanych z oddawaniem moczu oraz zmniejszenie stopnia przeszkody podpęcherzowej. Wybór metody powinien być oparty na ciężkości objawów i zapewnić poprawę jakości życia oraz zapobiec uszkodzeniu dróg moczowych seniora. Przebieg łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u większości mężczyzn w starszych wieku objawia się łagodnie, nie ulegając nasileniu.

Niektórzy starsi mężczyźni objawiają się przede wszystkim możliwością raka gruczołu krokowego. Kolejnym ważnym zagadnieniem w przypadku mężczyzn w starszych wieku to ogólna sprawność pacjenta warunkująca kwalifikację do operacji. Rozwój farmakoterapii, nieoperacyjnych, zabiegowych metod leczenia, a także ogólny rozwój chirurgii i anestezjologii doprowadził do tego, że coraz mniej niebezpieczne i bardziej uzasadnione jest leczenie chorych w celu poprawienia ich jakości życia, tzn. leczone są nie tylko skutki, ale i objawy spowodowane łagodnym rozrostem gruczołu krokowego. Lekarz powinien wraz z pacjentem w podeszłym wieku dokonać przeglądu możliwości terapeutycznych, włącznie z czujnym wyczekiwaniem, farmakoterapią, minimalnie inwazyjną chirurgią oraz standardową przezcewkową terapią cieplną z wykorzystaniem mikrofal (TURP).

mgr Barbara Płaza

#### **Informacje**



KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA  
PEDIATRYCZNEGO WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY  
SZPITAL DZIECIĘCY

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089. 5393455, fax  
533-77-01

e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

#### **Opinia**

**w sprawie cewnikowania pęcherza moczowego  
u dzieci przez pielęgniarki środowiska nauczania  
i wychowania z dnia 12.04.2013 r.**

Zakres świadczeń, który powinien być realizowany przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, określa Załącznik nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.X.2010 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawowe zadania mieszczą się w obszarze profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej. Jednakże pkt 4 ust 2 Części I załącznika nr 4 do w/w rozporządzenia określa świadczenia w odniesieniu do dzieci z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w sposób następujący:

„... sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem POZ, na której liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur

lecniczych, koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole...".

Co to oznacza?

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania nie tylko może, ale powinna wykonać zabieg/procedurę związaną z cewnikowaniem pęcherza moczowego u ucznia, jeśli uczeń ma stwierdzoną chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność, a wykonanie tego zabiegu np. odbarczenie moczu, jest konieczne do wykonania w trakcie pobytu ucznia w szkole. Taki zabieg może być wykonany tylko na zlecenie lekarza POZ, na liście którego znajduje się uczeń i w porozumieniu z tym lekarzem, a nie na zlecenie poradni specjalistycznej. Oczywiście niezależnie od zlecenia lekarskiego, powinna być zgłoszona prośba rodziców i ich zgoda oraz zgoda ucznia, jeśli skończył 16 lat.

Nie istnieje akt prawny, który ograniczałby kompetencje pielęgniarek do cewnikowania tylko dziewczynek i wyłączałby z tych kompetencji cewnikowanie chłopców. Pielęgniarki wykonujące zabiegi/procedury cewnikowania pęcherza u uczniów, powinny posiadać wiedzę i umiejętności w stosowaniu zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego dzieci obojga płci.

Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, które nie wykonywały tych procedur, bądź ich umiejętności się zdezaktualizowały (co jest rzeczą oczywistą, jeśli zabiegów nie wykonuje się na co dzień), wówczas powinny nabyć wiedzę i umiejętności w toku kształcenia podyplomowego. Może to być krótki kurs doskonalący, który zostanie zorganizowany na bazie najbliższego ośrodka pediatrycznego przez podmiot prowadzący kształcenie. ■

Krajowy Konsultant  
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego  
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

## WYJAŚNIENIE

### w sprawie wpisu do Rejestru Polskich Podmiotów Gospodarczych

W ostatnim okresie do Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych napływały kolejne sygnały i pytania dotyczące działalności Rejestru Polskich Podmiotów Gospodarczych. Wynika z nich, iż mimo ostrzeżenia zamieszczonego na stronie internetowej Izby a także mimo nagłośnienia sprawy w mediach elektronicznych, pielęgniarki i położne prowadzące działalność gospodarczą nadal traktują wpis do Rejestru jako obowiązkowy i wnoszą żądane przez organizatora opłaty.

W związku z tym zachodzi potrzeba aby wyjaśnić i przypomnieć co następuje:

- Jedynymi rejestrami do których jest obowiązana wpisać się pielęgniarka, położna zamierzająca wykonywać zawód w zakresie działalności leczniczej, są: Centralna Ewidencja Informacji o Działalności Gospodarczej, prowadzona przez Ministra Gospodarki oraz rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą - prowadzony przez właściwą okręgową izbę pielęgniarek i położnych. Obowiązki te wynikają z ustawy o działalności leczniczej a konkretnie z art. 5 ust 1 i ust 2 pkt 2, art 100, 102 i 106

ust 1 pkt 3 ustawy. Obowiązek wpisu do innych rejestrów nie istnieje.

- Rejestr Polskich Podmiotów Gospodarczych nie jest urzędową formą ewidencjonowania działalności gospodarczej, w tym także działalności leczniczej prowadzonej przez pielęgniarki, położne.
- Żadna z obowiązujących ustaw nie przewiduje istnienia Rejestru Polskich Podmiotów Gospodarczych i nie nakłada obowiązku wpisu na osobę prowadzącą działalność gospodarczą.
- Przeprowadzona na zlecenie Izby ocena prawna pism wysyłanych w imieniu Rejestru do pielęgniarek, położnych wykazała, iż zawierają one informacje całkowicie nieprawdziwe, mające na celu wprowadzenie w błąd adresatów. Dotyczy to zarówno wskazania rzekomych podstaw prawnych jak i użytej formuły redakcyjnej, sugerujących adresatowi istnienie obowiązku wpisu do Rejestru oraz uiszczenia opłat.

Wskazywana w pismach siedziba Rejestru (Warszawa ul Chałubińskiego 8) w rzeczywistości okazuje się adresem spółki z ograniczoną odpowiedzialnością pod firmą „GALOR” sp z o.o. (wpis do KRS 0000 433133) Założycielem i jedynym wspólnikiem jest p. Małgorzata Gałkiewicz. Kapitał zakładowy wynosi 5000 zł a przedmiot działalności obejmuje 63 pozycje w tym np. chów zwierząt, handel hurtowy, usługi detektywistyczne, sprzątanie budynków, gospodarkę odpadami, opiekę zdrowotną, usługi ogrodnicze, produkcję chemikaliów.

Z uwagi na wielkość ewentualnie wpłaconej kwoty - jej odzyskanie może okazać się skomplikowane. Stąd też ponownie rekomendujemy nie dokonywanie wpłat i kierowanie pism otrzymanych z Rejestru do miejskiego (powiatowego) Rzecznika Ochrony Konkurencji i Praw Konsumentów - z wnioskiem o wszczęcie postępowania przeciwko spółce „GALOR”. ■

## UWAGA!

### PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PROWADZONYM PRZES OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE

#### Koleżanki i Koledzy!

Przypominamy wszystkim Członkom Samorządu o obowiązku aktualizacji w rejestrze swoich danych osobowych, tj. :

- zmiany nazwiska celem wpisania do dokumentu (do biura okręgowej izby należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu wraz z odpisem skróconego aktu małżeństwa),
- zmiany adresu zamieszkania celem uzupełnienia zmian w rejestrze,
- zmiany miejsca pracy celem uzupełnienia zmian w rejestrze,
- podjęcia dodatkowej pracy u innego pracodawcy celem naliczenia składki z jednego źródła, tego z którego wysokość składki jest wyższa,
- ukończenia kształcenia podyplomowego: szkolenia, kursy, specjalizacje, studia, itp. (do biura okręgowej izby należy dostarczyć dyplom ukończenia ww form kształcenia, uzyskania stopni i tytułów naukowych, a w przy-



padku specjalizacji dostarczyć dyplom specjalisty i oryginał prawa wykonywania zawodu).

Ponadto aktualizacji danych wymagają:

- zniszczenie lub zagubienie prawa wykonywania zawodu
- zaprzestanie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
- przebywanie na bezrobociu,
- przejście na emeryturę lub rentę.

Z uwagi na zapis art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej- pielęgniarki i położne wpisane do rejestru, o których mowa w art. 43 ust.1 są zobowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście w siedzibie izby w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu /IV piętro, pokój 405 /

lub poprzez wypełnienie Arkusza aktualizacyjnego danych osobowych (do pobrania na stronie [www.oipip.czest.pl](http://www.oipip.czest.pl)) i przesłaniu go na adres:

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE,

UL. PUŁASKIEGO 25, 42-200 CZĘSTOCHOWA

W razie wątpliwości prosimy o kontakt z biurem OIPIP w Częstochowie pod numerem telefonu 34 324 51 12 lub 503 008 946

### **INFORMACJA DLA OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA LUB O POMOC FINASOWĄ W TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ.**

Aktualizacja danych w Rejestrze oraz regularne opłacanie składek członkowskich jest warunkiem rozpatrzenia wniosków.

Prosimy aktualizować swoje dane w Rejestrze prowadzonym przez ORPIP w Częstochowie!!! ■

**Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju  
(UNDP) w Polsce  
Ministerstwo Spraw Zagranicznych RP  
[www.onz.org.pl/rozwoj](http://www.onz.org.pl/rozwoj)**

### **Milenijne Cele Rozwoju (Millennium Development Goals - MDG)**

Milenijne Cele Rozwoju zostały przyjęte w Deklaracji Milenijnej przez przywódców 189 państw na szczycie Organizacji Narodów Zjednoczonych w 2000 roku. Osiem Milenijnych Celów stanowi wymierne zobowiązanie społeczności międzynarodowej, w tym Polski, do redukcji ubóstwa i głodu, zapewnienia równego statusu kobiet i mężczyzn, poprawy stanu zdrowia, poprawy stanu edukacji, walki z AIDS, ochrony środowiska naturalnego a także zbudowania globalnego partnerstwa między narodami na rzecz rozwoju. Zobowiązania dotyczą spełnienia wyznaczonych celów do 2015 roku zarówno przez kraje rozwijające się, kraje w okresie transformacji, jak i państwa wysoko rozwinięte.

Deklaracja Milenijna: [www.un.org/millennium](http://www.un.org/millennium)

Postęp w realizacji Milenijnych Celów Rozwoju:

[www.development.org](http://www.development.org)

Więcej nt. Milenijnych Celów Rozwoju: [www.onz.org.pl/rozwoj](http://www.onz.org.pl/rozwoj)

#### **Cel 1: Wyeliminować skrajne ubóstwo i głód**

Pierwszy Milenijny Cel Rozwoju jest jednocześnie celem priorytetowym dla społeczności międzynarodowej. W samej Azji w latach 1990-1999 liczba ludzi żyjących za mniej niż 1 USD dziennie spadła o 226 mln ludzi. Jednak w niektórych regionach świata zanotowano wzrost ubóstwa. W krajach Afryki Subsaharyjskiej połowa mieszkańców żyje w skrajnej nędzy. Podobnie w ostatnich latach notowany jest wzrost ubóstwa w b. republikach ZSRR. Najważniejsze zobowiązanie: zmniejszyć do 2015 roku o połowę liczbę ludzi, których dochód nie przekracza 1 dolara dziennie.

Fakty: Czy wiesz, że obecnie 1,2 miliarda ludzi żyje za mniej niż 1 dolara dziennie? Czy wiesz, że na całym świecie jest 800 mln niedożywionych ludzi? Czy wiesz, że połowa mieszkańców Afryki Subsaharyjskiej żyje w skrajnej nędzy?

#### **Cel 2: Zapewnić powszechne nauczanie na poziomie podstawowym**

Zgodnie z Deklaracją Milenijną powszechna edukacja jest podstawowym prawem człowieka i jest kluczowym czynnikiem ograniczającym skrajne ubóstwo. Jednak w najsłabiej rozwiniętych państwach, tylko 60-80 % dzieci w wieku szkolnym uczęszcza do szkół podstawowych. Większość państw, oprócz krajów Afryki Subsaharyjskiej, jest na dobrej drodze do realizacji tego celu. Najważniejsze zobowiązanie: zapewnić do 2015 roku wszystkim chłopcom i dziewczętom możliwość ukończenia pełnego cyklu nauki na poziomie podstawowym.

Fakty: Czy wiesz, że w najbiedniejszych krajach co piąte dziecko nie chodzi do szkoły? Czy wiesz, że 114 milionów dzieci w wieku szkolnym nie chodzi do szkoły?

#### **Cel 3: Promować równość płci i awans społeczny kobiet**

Pomimo postępu w rozwoju edukacji dziewcząt, w co czwartym państwie świata nie jest zachowana równość płci w dostępie do edukacji. W 18 państwach Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej mniej niż 80 dziewcząt przypada na 100 chłopców chodzących do szkoły. W skali globalnej kobiety zajmują niecałe 15 proc. miejsc w parlamentach krajowych. Większość wskaźników równości płci poprawia się, jednak w niektórych notuje się negatywne tendencje, np. w zrównaniu zatrudnienia w sektorach pozarolniczych na Bliskim Wschodzie czy w Ameryce Północnej. Najważniejsze zobowiązanie: wyeliminować nierówny dostęp płci do pierwszego i drugiego szczebla edukacyjnego do 2005 roku, a na wszystkich szczeblach do 2015 roku.

Fakty: Czy wiesz, że ponad 63 mln dziewczynek nie chodzi do szkoły podstawowej? Czy wiesz, że średnio kobiety zarabiają o 1/3 mniej niż mężczyźni? Czy wiesz, że na całym świecie jest 575 mln kobiet nieumiejących czytać i pisać?

#### **Cel 4: Ograniczyć umieralność dzieci**

W latach 1990-tych zanotowano niewielki postęp w skali globalnej w ograniczaniu śmiertelności dzieci mimo obniżenia tego wskaźnika od 1980 roku o 4 mln zgonów rocznie. W 14 państwach zanotowano wzrost umieralności dzieci. Dotyczy to 9 krajów Afryki Subsaharyjskiej, gdzie rocznie umiera ok. 4,5 mln dzieci w wieku do 5 lat. Znaczącej większości zgonów dzieci można łatwo uniknąć przy niewielkich nakładach finansowych i odpowiednich procedurach. Najważniejsze zobowiązanie: zmniejszyć o 2/3 wskaźnik umieralności dzieci w wieku do lat 5 w latach 1990-2015.



**Fakty:** Czy wiesz, że co roku prawie 11 milionów dzieci umiera na uleczalne choroby? Czy wiesz, że wydłużenie procesu edukacji matek o jeden rok zmniejsza śmiertelność dzieci o 5-10 proc.?

### **Cel 5: Poprawić opiekę zdrowotną nad matkami**

99 proc. zgonów kobiet w ciąży notuje się w krajach rozwijających się. W regionie Afryki Subsaharyjskiej ryzyko śmierci matek w całym ich życiu jest jak 1 do 16 wobec proporcji 1 do 2800 w krajach wysoko rozwiniętych. Zgony kobiet w ciąży i podczas porodu mają miejsce przede wszystkim z powodu nieodpowiedniego systemu opieki zdrowotnej, głównie na terenach wiejskich. Brakuje wyposażenia szpitali i wyszkolonego personelu. Większość tych zgonów można by uniknąć stosując podstawową opiekę lekarską, niestety postęp w tej dziedzinie jest niewielki. W regionie Afryki Subsaharyjskiej nie notuje się spadku zgonów kobiet w ciąży. Najważniejsze zobowiązanie: zmniejszyć o 3/4 wskaźnik umieralności matek w latach 1990-2015.

**Fakty:** Czy wiesz, że w krajach rozwijających się co roku umiera pół miliona kobiet w ciąży, czyli jedna kobieta co minutę? Czy wiesz, że w krajach rozwijających się tylko co druga kobieta w ciąży ma profesjonalną opiekę lekarską?

### **Cel 6: Ograniczyć rozprzestrzenianie się HIV/AIDS, malarii i innych chorób zakaźnych**

Ok. milion ludzi umiera rocznie na malarię i 1,6 miliona na gruźlicę. Największym wyzwaniem w zakresie zdrowia jest jednak HIV/AIDS, który zbiera największe żniwo w mieszkańcach Afryki Subsaharyjskiej i zagraża innym regionom świata. Realizacja tego celu będzie miała kluczowe znaczenie w osiągnięciu pozostałych Milenijnych Celów Rozwoju. W skali globalnej wiele krajów rozwijających się skutecznie przeciwdziała rozprzestrzenianiu się wirusa HIV (pozytywne przykłady polityki Brazylii, Senegalu, Tajlandii czy Ugandy), jednak ciągle jest zbyt wiele państw, w których te działania nie przynoszą pożądanego rezultatu. Znikoma grupa ludzi zakażonych HIV w krajach rozwijających się otrzymuje leki. Realizacja tego celu będzie zależała w dużym stopniu od zaangażowania rządów, organizacji międzynarodowych i biznesu w ciągu najbliższych lat. 95 proc. osób z HIV pochodzi z krajów rozwijających się. W samym 2003 roku przybyło 5 mln nowych zakażeń. Obecnie największy wzrost zakażeń HIV notowany jest w regionie Europy Wschodniej i b. republik ZSRR. Najważniejsze zobowiązanie: powstrzymać do 2015 roku rozprzestrzenianie się HIV/AIDS i ograniczyć liczbę nowych zakażeń.

**Fakty:** Czy wiesz, że na całym świecie ponad 40 mln ludzi żyje z HIV/AIDS? Czy wiesz, że codziennie 14 tys. osób zakaża się na całym świecie wirusem HIV? Czy wiesz, że w niektórych krajach afrykańskich ponad 30 proc. społeczeństwa jest nosicielem wirusa HIV? Czy wiesz, że epidemia HIV obniżyła średnią wieku w wielu krajach Afryki do 40 lat?

### **Cel 7: Zapewnić ochronę środowiska naturalnego**

Zmiany klimatu i zmniejszanie się różnorodności biologicznej nie uznają granic. 7 Milenijny Cel Rozwoju najlepiej pokazuje zależność między rozwojem państw biednych i bogatych. Stan środowiska naturalnego ma kolosalne znaczenie dla zmniejszania skali ubóstwa, rozwoju rolnictwa, poprawy jakości żywienia i jakości wody. Ten Cel ma zapewnić zrównoważone wykorzystanie zasobów naturalnych. Na razie notuje się stałe ograniczanie zasobów naturalnych, zwiększone zanieczyszczanie powietrza i wody a także wzrost liczby gatunków zagrożonych wyginięciem. Najważniejsze

zobowiązanie: do 2015 roku zmniejszyć o połowę liczbę ludzi pozbawionych stałego dostępu do czystej pitnej wody.

**Fakty:** Czy wiesz, że ponad miliard ludzi nie ma stałego dostępu do wody pitnej? Czy wiesz, że na całym świecie 2,4 miliarda ludzi nie ma dostępu do środków czystości? Czy wiesz, że powierzchnia lasów na całym świecie zmalała w ostatnich dziesięciu latach o prawie 100 milionów hektarów?

### **Cel 8: Stworzyć globalne partnerskie porozumienie na rzecz rozwoju**

8 Milenijny Cel Rozwoju jest zaadresowany przede wszystkim do państw wysoko rozwiniętych i jest środkiem do realizacji pozostałych siedmiu Celów. Jego treścią jest zawiązanie globalnego porozumienia między krajami biednymi i bogatymi na rzecz rozwoju. W obowiązkach krajów biednych leży przede wszystkim poprawa demokratycznego zarządzania i gospodarowania środkami pomocowymi. Z kolei państwadonorzy są zobowiązani do zwiększenia tej pomocy i ukierunkowania jej na realizację Milenijnych Celów Rozwoju. Państwa te powinny także rozwiązać problem nadmiernego zadłużenia krajów rozwijających się i stworzyć warunki do ich rozwoju, np. poprzez ułatwienie dostępu do nowoczesnych technologii. Bariery handlowe i subsydiowanie rodzimego rolnictwa w krajach wysoko rozwiniętych zostały w znacznym stopniu ograniczone w ostatnich latach, jednak są one nadal poważną przeszkodą w rozwoju wymiany handlowej z krajami rozwijającymi się. Najważniejsze zobowiązanie: dopracować dostępny dla wszystkich, oparty na jasnych przepisach, przewidywalny i nikogo nie dyskryminujący system handlowo-finansowy, zwiększyć skalę redukcji zadłużenia krajów rozwijających się.

**Fakty:** Czy wiesz, że wysoko rozwinięte państwa przeznaczają na rozwój biedniejszych krajów 68 miliardów dolarów rocznie? Czy wiesz, że kraje wysoko rozwinięte przeznaczają ok. 300 miliardów dolarów rocznie na dotacje dla rolnictwa?

## Przemoc w rodzinie

### **Polskie prawo ściga sprawców przestępstw przeciwko osobom bliskim za:**

- znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny ( art.207 KK ),
- zmuszanie, tj. stosowanie przemocy wobec osoby lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia (art.191 KK),
- zgwałcenie, czyli przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadzanie innej osoby do obcowania płciowego (art.197 KK)

### **Uwaga! Przestępstwo to popełnia każdy, kto przemocą zmusza inną osobę do stosunku płciowego. Także wtedy, gdy robi to mąż gwałcąc własną żonę.**

- kradzież na rzecz osoby najbliższej, tj. wtedy, gdy partner zabiera twoje lub wasze wspólne rzeczy (art.278 i 279 KK),
- uchylanie się od obowiązku alimentacyjnego, czyli uporczywe uchylanie się od obowiązku opieki i narażanie przez to osoby najbliższej lub innej osoby na niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (art.209 KK),
- rozpijanie małoletniego przez dostarczanie mu napojów



- alkoholowych, ułatwianie ich spożywania lub nakłanianie do spożywania takich napojów (art. 208 KK),
- porzucenie osoby poniżej 15 lat, a także osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, wbrew obowiązkom troszczenia się o nich (art. 210 KK),
- uprowadzenie lub zatrzymanie, wbrew woli osoby powołanej do opieki, małoletniego albo osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny (art. 211 KK),
- groźenie innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona (art. 190 KK),
- dopuszczenie się obcowania płciowego z krewnym w linii prostej, bratem siostrą albo z osobą pozostającą w stosunku przysposobienia (art. 201 KK),
- dopuszczenie się czynu lubieżnego względem osoby poniżej 15 lat (art. 200 KK),

**Uwaga! Wg zapisów KK karana jest osoba, która doprowadza małoletniego poniżej lat 15 do obcowania płciowego lub poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, a także kto utrwalia treści pornograficzne z udziałem takiej osoby,**

- uderzenie człowieka lub naruszenie w inny sposób nietykalności cielesnej (art. 217 KK).

Przemoc w rodzinie to zamierzone i wykorzystujące przewagę siły działanie skierowane przeciwko członkowi rodziny, naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody (psychiczne, fizyczne lub materialne).

### **Przemoc w rodzinie jest przestępstwem ściganym przez prawo!**

Policjant jest zazwyczaj pierwszym przedstawicielem organów ścigania wzywany w sytuacji przemocy w rodzinie. Do podstawowych zadań Policji, zgodnie z Ustawą o Policji, należy ochrona życia, zdrowia i mienia przed bezprawnymi zamachami naruszającymi te dobra. Oznacza to obowiązek ochrony osób słabszych i krzywdzonych.

### **Każda osoba wzywająca Policję ma prawo do:**

- zapewnienia jej przez interweniujących policjantów doraźnego bezpieczeństwa,
- uzyskania informacji, kto przyjechał na wezwanie – dlatego można i należy zapytać o numery identyfikacyjne policjantów, a także o nazwę i siedzibę jednostki, w której pracują policjanci podejmujący interwencje,
- wykorzystania dokumentacji interwencji policyjnych (notatek urzędowych) jako dowodów w sprawie przeciw sprawcy przemocy,
- zgłoszenia interweniujących policjantów na świadków w sprawie karnej przeciw sprawcy przemocy.

Ponadto masz prawo:

- żądać chronienia swoich praw także od Policji.
- złożyć na Policji lub w prokuraturze wniosek o wszczęcie postępowania karnego wobec osoby, która krzywdzi Ciebie i Twoją rodzinę.

**Zgodnie z art. 234 Kodeksu Karnego – podlega karze osoba, która przed organem powołanym do ścigania lub orzekania w sprawie o przestępstwo bądź wykroczenie, fałszywie oskarża inną osobę o popełnienie przestępstwa lub wykroczenia.**

Sprawca przemocy wobec osób bliskich, gdy czuje się bezkarny, będzie dalej stosował przemoc, bez względu na składane obietnice – następnym razem może być znacznie gorzej!

Institucje i organizacje zobowiązanych do udzielenia wsparcia i pomocy /m.in./:

- Ośrodki Pomocy Społecznej,
- Punkty Konsultacyjno-Informacyjne dla Ofiar Przemocy,
- Prokuratura,
- Sądy Rodzinne i Nieletnich,
- Kuratorzy sądowi,
- Pedagodzy szkolni,
- Lekarze,
- Komitet Ochrony Praw Dziecka,
- Centra i Punkty Pomocy Rodzinie,
- Ośrodki Interwencji Kryzysowej,
- Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne.

Jeśli przemoc w rodzinie jest związana z nadużywaniem alkoholu, zgłoś się do Gminnej/Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Poradni Odwykowej.

### **Możesz zadzwonić też na numery telefonów:**

- Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” tel. 0-801-120-002 (płatny pierwszy impuls, czynny od poniedziałku do soboty w godz. 8.00 – 22.00, w niedzielę i święta w godz. 8.00 – 16.00),
- Policyjnego Telefonu Zaufania tel. 0-800-120-226 (linia bezpłatna, czynna codziennie w godz. 8.00 – 22.00). ■

## **Niebieska karta**

... po to, by ci pomóc

### **Co to jest?**

Niebieska karta to procedura interwencji, której celem jest wzbogacenie oferty pomocy dla ofiar przemocy\*. Jest ona podjęta w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie, że w danej rodzinie pojawia się przemoc. To dokument, w którym zawarte są informacje dotyczące osoby pokrzywdzonej, jej rodziny, sprawcy oraz działań, jakie są proponowane! podejmowane, by pomóc.

### **Kto może założyć Niebieską Kartę?**

Niebieska Karta może zostać założona przez policję, pomoc społeczną, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, jednostki oświaty i ochrony zdrowia. Przekazywana jest do przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego z wnioskiem o powołanie grupy roboczej.

### **Czym jest Zespół Interdyscyplinarny?**

Zespół Interdyscyplinarny to grupa ludzi, która reprezentuje poszczególne instytucje oraz organizacje, a której zadaniem jest przeciwdziałanie przemocy.

### **Czym są grupy robocze?**

Grupy robocze zwoływane są przez przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego w celu opracowania indywidualnego planu pomocy.

### **Niebieskie Karty:**

**Formularz A** - dotyczy osoby, która jest ofiarą przemocy w rodzinie. Pozwala na udokumentowanie zgłoszonej sytuacji, tego co osoba interweniująca zastała na miejscu zdarzenia oraz tego, jakie działania zostały podjęte.



**Formularz B** - skierowany jest do osoby, która jest ofiarą przemocy. Odpowiada na pytanie, czym jest przemoc, jakie są jej formy oraz wskazuje na najważniejsze przestępstwa związane z przemocą domową. Zawiera ponadto informacje, gdzie szukać pomocy.

**Formularz C** - wypełniany jest podczas posiedzenia grupy roboczej. Dotyczy on osoby doznającej przemocy oraz jej rodziny.

**Formularz D** - wypełniany jest podczas posiedzenia grupy roboczej na którą wezwana jest osoba stosująca przemoc. Dotyczy jej osoby.

### Przebieg procedury Niebieskiej Karty

1. Wypełnienie formularza Niebieska Karta A - w sytuacji podejrzenia występowania przemocy.
2. Przekazanie osobie doznającej przemocy formularza Niebieska Karta B.
3. Przekazanie Niebieskiej Karty A (w ciągu 7 dni) do siedziby Zespołu Interdyscyplinarnego z wnioskiem o powołanie tzw. grupy roboczej.
4. Przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego powołuje w ciągu 3 dni grupę roboczą dotyczącą danej rodziny.
5. Podczas posiedzenia grupy roboczej następuje wypełnienie formularzy C (dot. osoby dotkniętej przemocą i jej rodziny) i D (dot. sprawcy przemocy). Spotkania te organizowane są w taki sposób by osoba doznająca przemocy nie miała kontaktu ze sprawcą jej cierpienia. Podczas posiedzenia opracowany zostaje indywidualny plan pomocy dla osoby poszkodowanej i jej rodziny\* Zawiera propozycje konkretnych działań.
6. Zakończenie procedury następuje po zrealizowaniu indywidualnego planu pomocy oraz ustaniu przemocy bądź w sytuacji, gdy istnieje brak zasadności co do podejmowanych działań

### Twoje zachowanie krzywdzi najbliższych? Niebieska Karta D dotyczy właśnie Ciebie!!! Zespół Interdyscyplinarny zwołuje spotkanie grupy roboczej także wobec Twojej osoby. Po co?

- by zdiagnozować problem i sytuację dotyczącą twojej rodziny.
- w celu poinformowania o konsekwencjach, jakie mogą Cię spotkać.
- dostarczą Ci odpowiednich informacji, co powinieneś zrobić,
- by zmienić swoje zachowanie.
- by zachęcić Cię do udziału w zajęciach korekcyjno edukacyjnych
- by zorientować się, czy Twoje zachowanie nie jest także

spowodowane nadużywaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub/i leków.

- by motywować Cię do udziału w terapii.
- po to, aby pomóc Twojej rodzinie.

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

#### SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatriczne

#### KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatriczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe

#### KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07- kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07- dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07

**BiRaKo®**  
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:  
tel. 34 365 16 86  
**DOSTAWA GRATIS**

Częstochowa  
ul. Kościuszki 13 p.28  
pn-pt, godz. 8<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup>

**DRUKI MEDYCZNE**  
**ARTYKUŁY BIUROWE**  
**KUPONY REKUS**



10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10

### SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiokardografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego

### SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarstwa w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żyłnej i obrzęku limfatycznym

**Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest uczestnictwo min. 20 osób.**

**UWAGA! Zgodnie z § 2 pkt.4 Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ponoszonych przez członków OIPIP w Częstochowie w przypadku ukończenia kursu podnoszącego kwalifikacje zorganizowanego przez inną jednostkę, a znajdującego się w ofercie ośrodka szkoleniowego OIPIP w Częstochowie, dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje.** ■

## Kącik edukacyjny!

### Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedna odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

#### Zadanie 1.

Jakie jest najczęstsze umiejscowienie raka jelita grubego:

- A. odbytnica i esica,
- B. kątnica,
- C. okrężnica poprzeczna,
- D. okrężnica wstępująca.

#### Zadanie 2.

Standardy opieki pielęgniarstwa odnoszą się do szczególnych standardów praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych, które służą do:

- A. opracowania zasad i norm opisujących sposób postępowania pielęgniarstwa podczas wykonywania złożonych zabiegów medycznych,

- B. określenia zasad i sposobu postępowania w opiece nad poszczególnymi grupami pacjentów, wyodrębnionymi na podstawie przyjętego kryterium,
- C. opracowania i wdrożenia w konkretnych warunkach zakładu opieki zdrowotnej,
- D. prowadzenia badań naukowych.

#### Zadanie 3.

Jakie informacje dotyczące rodziny powinna zgromadzić pielęgniarka w swojej diagnozie:

- A. strukturę rodziny i więzi emocjonalne w niej występujące,
- B. strukturę społeczności lokalnej,
- C. zanieczyszczenie środowiska,
- D. aktywność rodziny.

#### Zadanie 4.

Które z poniższych sformułowań określa pojęcie „skrining”?:

- A. działania wśród osób bez objawów choroby w celu wykrycia choroby w okresie bezobjawowym lub przedklinicznym,
- B. profilaktyka w zakresie koszt-efekt; pomiar częstotliwości występowania choroby nowotworowej w wybranej części kraju,
- C. profilaktyka trzeciej fazy,
- D. wszystkie odpowiedzi są poprawne.

#### Zadanie 5.

Co jest głównym celem prowadzenia akredytacji placówek ochrony zdrowia?:

- A. ewaluacja kosztów,
- B. analiza wydatków związanych z realizacją opieki zdrowotnej,
- C. poprawa jakości świadczeń zdrowotnych,
- D. uzyskanie wysokich kredytów w systemie „akonto” na realizację świadczeń zdrowotnych.

#### Zadanie 6.

Jaką diagnozę może sugerować pozytywny wynik na krew utajoną?:

- A. białaczkę,
- B. raka okrężnicy i odbytnicy,
- C. raka przełyku,
- D. raka krtani.

#### Zadanie 7.

Co oznacza metoda diagnostyczna BAC?:

- A. badanie laryngologiczne,
- B. badanie tomograficzne,
- C. biopsję cienkoigłową,
- D. badanie rezonansem magnetycznym.

#### Zadanie 8.

U chorych zagrożonych występowaniem zespołu DIC, obserwację pielęgniarstwa kierunkujemy szczególnie na:

- A. występowanie krwawień, wybroczyn, siniaków,
- B. nagły, duży skok temperatury ciała,
- C. pojawienie się uczucia zmęczenia, senności,
- D. przyrost masy ciała.

#### Zadanie 9.

Do zadań poradni diabetologicznych działających na obszarze Polski możemy zaliczyć:

- A. realizowanie szkoleń w zakresie samokontroli i prawidłowego stylu życia,
- B. podejmowanie działań zmierzających do rozwoju opieki środowiskowej, społecznej oraz prawnej, uwzględniającej potrzeby chorego na cukrzycę,



- C. współpracowanie ze stowarzyszeniami i organizacjami działającymi na rzecz osób chorych na cukrzycę,  
D. wszystkie powyżej.

### Zadanie 10.

Które z wymienionych rodzajów kształcenia nadaje pielę-

gniarcie prawo do wykonywania badania fizykalnego ?:

- A. kurs specjalistyczny,  
B. szkolenie specjalizacyjne,  
C. kurs dokształcający,  
D. kurs kwalifikacyjny.

*„Ci którzy nas opuścili, nie odeszli  
są nadal z nami są wciąż obecni, choć niewidzialni.”*

Koleżance Basi Sieradzkiej  
Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

**Taty**

składają  
Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego w Częstochowie



Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z  
powodu śmierci

**Taty**

Pani Basi Sieradzkiej

składa  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w  
Częstochowie.

*Człowiek żyje tak długo, aż nie zginie po nim pamięć.*

Drogiej Koleżance  
Małgorzacie Ostrowskiej  
wyrazy współczucia z powodu śmierci

**OJCA**

składają Pielęgniarki  
Szpitala Rejonowego w Krzepicach



Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z  
powodu śmierci

**Taty**

Pani Małgorzaty Ostrowskiej  
składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w  
Częstochowie.

## 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	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 410
Biblioteka		
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	Środa 11 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup> , Piątek 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
Księgowość	pn-pt 7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	p. 406
Radca Prawny	pn 8 <sup>30</sup> -9 <sup>30</sup> i śr 14 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	p. 404

*Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.*

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



**Egzamin końcowy kursu specjalistycznego. Leczenie ran Nr 11/07 dla pielęgniarek**  
**Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, dnia 13 maja 2013 roku.**



**Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek**  
**Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, dnia 14 maja 2013 roku.**





**Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych**  
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, dnia 15 maja 2013 roku.



**Konferencja szkoleniowa. „Odpowiedzialność w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej.”**  
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, dnia 16 maja 2013 roku.

