PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Krakowie

ISSN 2300-2093

Kraków, nr 10, lipiec-sierpień 2014

MAŁOPOLSKIE

Szanowni Państwo!

Z przyjemnością oddaję w Wasze ręce kolejny numer naszego pisma. Pomimo okresu urlopowego wydarzenia mające wpływ na nasze zawody są znaczące. Decyzje dotyczące zmian w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw powodują nasz niepokój. Te zmiany związane z tzw. „pakietem kolejkowym" wzbudzają wielkie kontrowersje i każą nam z olbrzymią ostrożnością podchodzić do tego zagadnienia. Wiemy, ile zagrożeń może przynieść wprowadzenie nowych kompetencji dla pielęgniarek i położnych, związanych z ordynowaniem terapii. Niepokoi nas fakt nie przyjmowania do wiadomości przez Ministra Zdrowia, naszych uwag i sugestii dotyczących prawidłowego dopracowania i wprowadzenia w sposób bezpieczny dla naszych zawodów pewnych uprawnień. Przede wszystkim zależy nam na bezpieczeństwie pacjentów. Totalna ignorancja samorządów zawodowych przez Ministra Zdrowia doprowadziła do radykalnych działań związanych ze złożeniem wotum nieufności przeciwko niemu.

Braki pielęgniarek na rynku pracy stają się coraz bardziej dotkliwe. Pracodawcy starają się radzić sobie z tym zjawiskiem poprzez ogłaszanie kontraktów na świadczenia pielęgniarskie. Nie zawsze jednak odpowiednio wyceniając te usługi. Zwracam uwagę na odpowiednią wycenę tych świadczeń i nie podejmowanie pracy „za wszelką cenę...".

Szczególnie polecam kontynuowany artykuł dotyczący wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka rozwoju czerniaka skóry oraz artykuł w dziale hisoria pielęgniarstwa dotyczący działalności Seweryny Mikuckiej.

Niezwykle miłym akcentem jest fakt przyznania medalu *Cracovia Merenti* dla Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych przez Radę Miasta Krakowa. Na posiedzeniu w dniu 9 lipca 2014 r. w uznaniu szczególnych zasług dla mieszkańców Krakowa, Rada podjęła uchwałę zaopiniowaną wcześniej przez Kapitułę medalu. Wręczenie medalu nastąpi na uroczystej sesji Rady Miasta Krakowa. O terminie i miejscu wręczenia zdecyduje Rada Miasta. To wielki honor dla naszego samorządu i wielkie wyróżnienie. Zauważenie naszej działalności przez włodarzy miasta utwierdza nas w przekonaniu o słuszności działań, jakie podejmujemy i daje siłę do jeszcze większego zaangażowania.

Witamy w naszych szeregach absolwentów wydziałów pielęgniarskich i położniczych. Mam wrażenie, że po raz pierwszy od wielu lat jesteście oczekiwani na rynku pracy. Życzę, abyście znaleźli dla siebie wymarzone miejsca pracy, które będą dla Was satysfakcjonujące.

Pragnę przekazać wszystkim serdeczne życzenia miłych urlopów i słonecznych wakacji :).

Stanisław Łukasik
Przewodniczący MORPiP

Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

MAŁOPOLSKIE
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Wydaje:
Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Redaguje zespół w składzie:
Tadeusz Wadas — koordynator,
Danuta Adamek, Izabela Ćwiertnia,
Urszula Kalemba, Maria Kaleta,
Agnieszka Kurbiel, Józef Luberda, Janina Łęgosz,
Stanisław Łukasik, Roman Orzechowski,
Andrzej Pilch, Kazimiera Zahradniczek

Skład i łamanie: Anna Pirożek

Druk: InsMedia Kraków

Adres redakcji:
Biuro Małopolskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
31-153 Kraków
ul. Szlak 61
tel./fax 12 422-88-54

e-mail:
biuro@moipip.org.pl

Biuro czynne:
w poniedziałek w godz. 8:00 – 18:00;
w pozostałe dni tygodnia
w godz. 8:00 – 16:00

Sprawy związane
Z PRAWEM WYKONYWANIA ZAWODU
załatwiane są w poniedziałek w godz. 9:00 – 18:00,
wtorek, środę i piątek w godz. 9:00 – 15:00
(czwartek – dzień wewnętrzny)

Porad prawnych
dla członków samorządu z zakresu:
■ PRAWA PRACY
■ PRAWA MEDYCZNEGO
udziela radca prawny
Zbigniew Cybulski
we wtorki w godz. 10:00 – 12:00,
w środy w godz. 14:00 – 16:00
Telefon: 12 422-88-54

Porad prawnych
dla członków samorządu z zakresu:
■ PRAWA CYWILNEGO
■ PRAWA RODZINNEGO
■ PRAWA KARNEGO
■ PRAWA PRACY
udziela adwokat
Monika Cała
w poniedziałki w godz. 16:00 – 18:00
Telefon: 12 422-88-54

Kasa czynna codziennie
w godz. 8:00 – 15:30

■ AKTUALNOŚCI

XII Kongres Pielęgniarek Polskich w Krakowie 2

Stanowisko Komisji Etyki Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie klauzuli sumienia z dnia 16 czerwca 2014r. 5

■ TEORIA I PRAKTYKA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Wiedza pacjentów na temat czynników ryzyka rozwoju czerniaka skóry 6

Cięcie cesarskie jako ucieczka przed bólem porodowym 10

Sumienie a klauzula sumienia 16

■ HISTORIA PIELĘGNIARSTWA

Działalność Seweryny Mikuckiej na rzecz kształcenia i doskonalenia pielęgniarek oraz Jej wkład w rozwój pielęgniarstwa zawodowego 20

■ RADCA PRAWNY WYJAŚNIA

Klauzula sumienia Pielęgniarki i Położnej 26

Leki i wyroby medyczne wydawane na zlecenie pielęgniarki czy położnej 31

■ DOSKONALENIE ZAWODOWE

Informacje Komisji Kształcenia 37

■ OGŁOSZENIA

Konkurs 39

■ Zdjęcia na okładce http://pl.fotolia.com/

■ Uprzejmie informujemy o zmianie konta bieżącego – aktualnie posiadamy konto bieżące w Krakowskim Banku Spółdzielczym, I Oddział w Krakowie, nr rachunku: 20 85910007 0020 0054 9815 0009
Wszystkie wpłaty składek prosimy kierować na ww. nr rachunku bankowego.

■ Marek Kucab
Skarbnik Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

■ Posiedzenia Komisji Socjalnej odbywają się w pierwszą środę miesiąca.

■ Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej pełni dyżur w każdy drugi i czwarty czwartek miesiąca w godz. 14:30 – 15:30.

XII KONGRES PIELĘGNIAREK POLSKICH W KRAKOWIE

Maria Szymaczek

W dniach 12-14 czerwca 2014 roku odbył się w Krakowie XII Kongres Pielęgniarek Polskich, nad którym patronat honorowy objęła Pani Anna Komorowska – Małżonka Prezydenta RP.

Organizacja XII Kongresu Pielęgniarek Polskich należała do krakowskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, który działa w kilku kołach na terenie całego województwa małopolskiego i zrzesza około 350 członków. Liczba ta może nie jest imponująca, ale proszę mi wierzyć, że wszyscy nasi członkowie to niepospolici, pełni pasji i zapału ludzie. Kongres został zorganizowany przy współpracy oraz pełnym wsparciu Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, przy współpracy Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego, a o jego powodzeniu zdecydowali ludzie, dla których środowisko pielęgniarskie stanowi podstawę zarówno zawodowej jak i społecznej działalności.

Na podkreślenie zasługuje fakt doskonałej współpracy najważniejszych środowisk pielęgniarskich przy organizacji kongresu, a więc pielęgniarek praktyków, całego samorządu i najważniejszych krakowskich uczelni, co z pewnością przyczynia się do prestiżu tego wydarzenia oraz zawodu pielęgniarki.

W kongresie wzięło udział ponad 500 osób z całego kraju, wielu znamienitych gości.

Fot 1. Dla naszego środowiska wydarzeniem szczególnym była obecność Pani prof. Jean Watson.

Niekwestionowaną Gwiazdą Gali otwarcia XII Kongresu Pielęgniarek Polskich była Pani Halina Frąckowiak, której 1,5 godzinny koncert wzruszył nas wszystkich, przy równoczesnym pozytywnym nastawieniu do czekających nas trzech dni ciężkiej, ale jakże twórczej i przyjemnej pracy.

Pani Jean Watson to jedna z najbardziej znanych w środowisku pielęgniarek, autorka teorii humanistycznej troskliwości, którą opisała w 1979 roku. Główną kwestią rozważań w jej teorii jest relacja pacjent-pielęgniarka. Profesor Watson przekonywała nas, że aktywność pacjentów w procesie pielęgnowania i powracania do zdrowia jest korzystna zarówno z punktu widzenia pacjenta jak i pielęgniarki, a budowanie relacji zaufania pomaga w szybszym powrocie do zdrowia.

Fot 2. Na kongresie gościliśmy także Panią profesor Laurę Serrant-Green.

System ochrony zdrowia w Polsce, a przede wszystkim system kształcenia zawodowego pielęgniarek sprzyja rozwojowi takiego modelu pielęgnowania, o czym donosiła autorka.

Laura Serrant-Green posiada ponad 30-letnie doświadczenie w praktyce pielęgniarskiej, prowadzeniu badań naukowych, rozwoju polityki, zarządzaniu i nauczaniu. Jej największym atrybutem jest umiejętność wspierania, inspirowania do rozwoju innych, w celu osiągnięcia ich największego potencjału – dla ich własnego dobra jako jednostek, dla dobra pracodawców i szerszych społeczności. Laura posiada bogate doświadczenie w rozwoju usług, profesjonalnym zarządzaniu i strategicznym przywództwie w opiece zdrowotnej oraz społecznej poprzez podejmowane działania zarówno w Wielkiej Brytanii jak i poza.

Wielki talent Pani Profesor do inspirowania, a także integrowania ludzi mieliśmy wszyscy okazję podziwiać w trakcie kongresu.

XII Kongres Pielęgniarek Polskich stanowił przede wszystkim płaszczyznę wymiany doświadczeń i wiedzy, pomiędzy praktykami i teoretykami pielęgniar-

stwa i wskazał na szczególną rolę łączenia teorii z praktyką na bazie badań naukowych, opartych na faktach.

W trakcie kilku równoczesnych sesji naukowych mieliśmy okazję wysłuchać około 160 doniesień o tematyce dotyczącej najważniejszych aspektów pielęgniarstwa, począwszy od genezy zawodu, etyki do najnowszych doniesień nauki i praktyki. Ogromnym zainteresowaniem cieszyły się sesje studenckie, w których młodzi ludzie w bardzo dojrzały sposób przyglądali się teraźniejszości zawodu i szukali rozwiązań na przyszły rozwój zarówno własny jak i rozwój pielęgniarstwa, jako dziedziny nauki i praktyki.

Sesjom tematycznym towarzyszyły także bardzo interesujące sesje posterowe, w których autorzy przedstawiali głównie własne badania i doniesienia naukowe.

Uczestnicy kongresu mieli także okazję brać udział w wielu warsztatach, prowadzonych przez zaproszone firmy medyczne.

Dla naszych gości – uczestników kongresu przygotowaliśmy także szereg atrakcji, związanych z tradycją i teraźniejszością naszego zawodu. Zwiedzaliśmy Salonik Historii Pielęgniarstwa przy Instytucie Pielęgniarstwa, przy ul. Kopernika 25 oraz Szpital Uniwersytecki w Krakowie, przy ul. Mikołaja Kopernika, a także przybliżyliśmy pracę małopolskich pielęgniarek poprzez zaprezentowanie wystawy Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, zatytułowanej: „Na straży zdrowia i życia".

XII Kongres Pielęgniarek Polskich w Krakowie to już historia, ale dla uczestników i organizatorów dobre, pełne pozytywnych uczuć wydarzenie, za udział w którym dziękujemy wszystkim uczestnikom.

Zapraszamy do oglądania wspomnień z kongresu
na naszą stronę internetową:
www.ptp-krakow.pl

W imieniu Komitetu Organizacyjnego
Maria Szymaczek
Przewodnicząca
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Krakowie

Galeria zdjęć:

Fot 3. Podziękowania dla Pani Haliny Frąckowiak

Fot 4. Pani Prof. Jean Watson odbiera kwiaty z rąk studentki pielęgniarstwa w stroju historycznym

Fot 5. W 1- szym rzędzie – mgr Stanisław Łukasik, dr Grażyna Rogala-Pawelczyk, mgr Maria Szymaczek, dr Grażyna Wójcik

Fot 6. Prof. Laura Serrant-Green w trakcie wykładu

Fot 7. Dr Grażyna Wójcik składa podziękowania za współorganizację kongresu na ręce Pana Przewodniczącego Stanisława Łukasika

Fot 8. Mgr Beata Jurkiewicz – Laureatka Konkursu Pielęgniarka Roku 2013

Fot 9. Dr Grażyna Wójcik składa podziękowania Dr Grażynie Dębskiej – współorganizatorce kongresu ■

STANOWISKO KOMISJI ETYKI MAŁOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH **W SPRAWIE KLAUZULI SUMIENIA Z DNIA 16 CZERWCA 2014r.**

W związku z ostatnimi medialnymi doniesieniami i dyskusją w sprawie klauzuli sumienia, Komisja Etyki Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych przypomina, że pielęgniarka(rz), położna(y) wykonujący zawód, mają prawo korzystania z klauzuli sumienia.

Prawo do działania w zgodzie z sumieniem i przekonaniami zapewnia każdemu obywatelowi RP art. 53 ust. 1 Konstytucji. Klauzula sumienia w odniesieniu do zawodu pielęgniarki i położnej jest uregulowana zapisami Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003 roku i Ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 roku. Rozdział II Kodeksu Etyki, mówi: „pielęgniarka i położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi". Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej – art. 14.2 daje prawo odmowy udziału w eksperymencie, jeśli uzna, że ma uzasadnione wątpliwości co do celu, przebiegu i skutków takowego. Istotny jest art. 12 pkt. 2, który mówi, że „pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego, niezgodnego z sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej". W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych, pielęgniarka i położna mają obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. ■

Przewodniczący Komisji Etyki
MORPiP
Józef Luberda

WIEDZA PACJENTÓW NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA ROZWOJU CZERNIAKA SKÓRY CZĘŚĆ II

Ewa Kasza

Wykrycie czerniaka w początkowym stadium rozwoju daje szansę na jego trwałe wyleczenie, w przeciwieństwie do postaci zaawansowanej choroby, kiedy odpowiedź na obecnie stosowane metody terapeutyczne jest mało skuteczna. Znajomość czynników predysponujących do rozwoju czerniaka oraz podejmowanie właściwych działań profilaktycznych może przyczynić się do zminimalizowania ryzyka zachorowania, a wiedza na temat symptomów tego groźnego nowotworu, do jego wczesnego rozpoznania i podjęcia terapii.

Diagnostyka i leczenie

Diagnostyka zmian barwnikowych skóry rozpoczyna się od badania skóry pacjenta i wywiadu chorobowego oraz wykonania dermatoskopii podejrzanej zmiany skórnej.

Wywiad chorobowy powinien uwzględniać pytania o stan skóry i dostarczyć informacji o ewentualnych zmianach w miejscu już istniejących znamion lub o pojawieniu się nowych. Również, wiedzy o możliwych czynnikach zwiększających ryzyko rozwoju czerniaka, np. występowanie czerniaka w rodzinie, przebyte oparzenia słoneczne czy korzystanie z solarium.

Badanie skóry pacjenta to ocena skóry całego ciała, w dobrym oświetleniu z uwzględnieniem okolic trudno dostępnych, takich jak: przestrzenie międzypalcowe, okolica odbytu czy narządów płciowych [5].

Dermatoskopia (mikroskopia epiluminescensyjna) jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną, która polega na wykorzystaniu optycznych technik powiększania. Pozwala na ocenę koloru, elementów strukturalnych, symetrii oraz odgraniczenia zmiany skórnej, niewidocznych gołym okiem [7]. Badanie to umożliwia z dużą dokładnością stwierdzenie stopnia atypowości zmiany melanocytowej oraz przeprowadzenie właściwej diagnostyki różnicowej.

Dermatoskopia ma istotne znaczenie w kwalifikacji do biopsji wycinającej zmian skórnych, podejrzanych o czerniaka we wczesnym stadium rozwoju [7].

Biopsja wycinająca (tzw. mikrostopniowanie I), to usunięcie chirurgiczne całej, podejrzanej zmiany barwnikowej z marginesem bocznym 1-2 mm niezmienionej chorobowo skóry. Jest to metoda rozstrzygająca w postępowaniu diagnostycznym poprzez badanie histopatologiczne całej wyciętej zmiany. W zależności od wyniku i stopnia zaawansowania zmiany, wdraża się dalsze postępowanie.

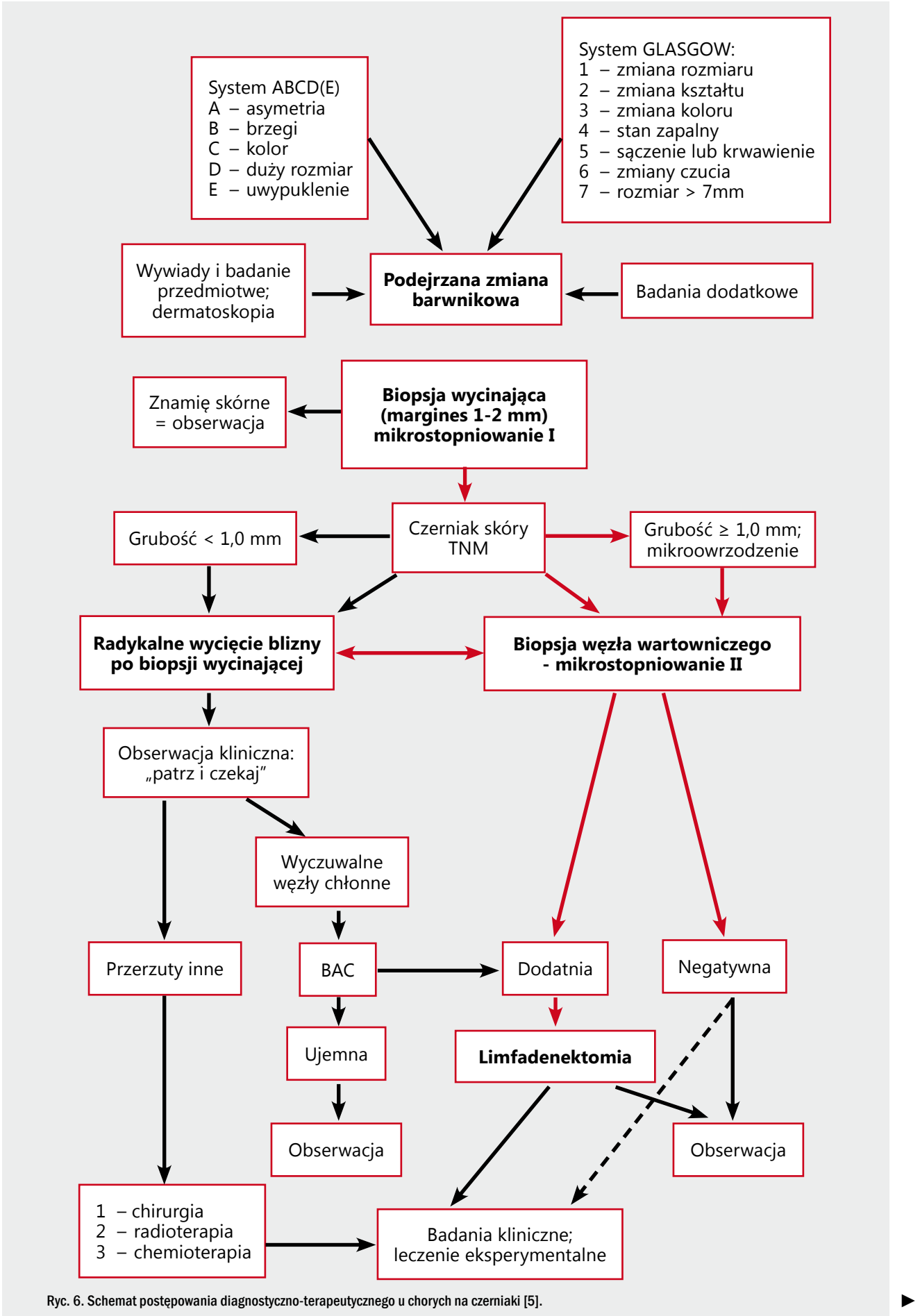
Badania dodatkowe wykonywane w procesie diagnostycznym obejmują podstawowe badania krwi (morfologię, próby wątrobowe, LDH-dehydrogenazę mleczanową), rentgenografię klatki piersiowej, ultrasonografię jamy brzusznej i ewentualnie regionalnych węzłów chłonnych.

Postępowaniem z wyboru u chorych na czerniaki jest leczenie chirurgiczne. Podstawą terapii jest chirurgiczne usunięcie całej zmiany nowotworowej oraz diagnostyka węzłów chłonnych, obejmująca w pierwszej kolejności węzeł wartowniczy. Pacjenci są kierowani do specjalistycznych ośrodków onkologicznych, gdzie obowiązują określone standardy postępowania.

W terapii czerniaka można wskazać na pewną kolejność postępowania, zależną od zaawansowania choroby. Schemat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaka przedstawiono na ryc. 6.

Po leczeniu czerniaka skóry, częstotliwość i rodzaj badań kontrolnych powinno ustalać się indywidualnie dla pacjenta. Nie ma opracowanych standardowych zaleceń prowadzenia obserwacji po zakończeniu terapii. Rutynowo w ośrodkach onkologicznych zaleca się przez pierwsze dwa lata po leczeniu, kontrolę blizny i jej otoczenia oraz regionalnych węzłów chłonnych co 3 miesiące, a RTG klatki piersiowej oraz wskaźniki wątrobowe co 6 miesięcy. Przez kolejne trzy lata, badania wykonuje się co pół roku, a przez następne pięć lat, co rok. Podczas badań kontrolnych należy badać całą skórę chorego w związku ze statystyczną szansą rozwoju drugiego, niezależnego ogniska czerniaka [5].

Osoby chore powinny pamiętać o dożywotnim wymogu samooceny skóry i obwodowych węzłów chłonnych oraz o konieczności unikania oparzeń słonecznych i stosowaniu środków ochronnych przed nadmiernym promieniowaniem UV. Muszą też mieć



Ryc. 6. Schemat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na czerniaki [5].

świadomość, że członkowie ich rodzin są w grupie ryzyka zachorowania na ten nowotwór [16]. Rokowanie w przypadku czerniaka zależy od wielu czynników. Szczególny wpływ w prognozowaniu ma odmiana kliniczna, głębokość naciekania skóry oraz grubość guza. Im większa jest grubość czerniaka tym bardziej wzrasta ryzyko przerzutów do węzłów chłonnych i rokowanie się pogarsza. Przerzuty odległe, do narządów wewnętrznych rokują zejściem śmiertelnym w ciągu kilkunastu miesięcy do kilku lat. Czerniaki u kobiet rokują lepiej niż u mężczyzn. Najgorzej rokujące postaci kliniczne czerniaka to guzkowy i bezbarwnikowy [3]. Ryzyko nawrotu czerniaka skóry wynosi od 3 do 15% [16].

Profilaktyka

Działania profilaktyczne są najskuteczniejszym sposobem obniżenia zachorowalności oraz śmiertelności spowodowanej nowotworami skóry, a szczególnie czerniaka.

Profilaktyka pierwszorzędowa ma na celu zapobieganie nowym zachorowaniom poprzez wyeliminowanie lub ograniczenie działania czynników ryzyka, zarówno środowiskowych, jak i związanych ze stylem życia, głównie poprzez edukację zdrowotną.

Na zmianę zachowań niewłaściwych można wpływać poprzez akcje informacyjne, skierowane do ogółu społeczeństwa przy pomocy środków masowego przekazu, a także prowadząc działania edukacyjne wśród dzieci i młodzieży. Biorąc pod uwagę patogenezę czerniaka, najbardziej odpowiednim okresem do podjęcia działań zapobiegawczych, jest dzieciństwo. Ryzyko rozwoju tego nowotworu jest powiązane z oparzeniami słonecznymi skóry w tym okresie, ich stopniem oraz ogólną ekspozycją na promienie ultrafioletowe. Dlatego programy edukacyjne należy kierować też do rodziców i opiekunów, aby mogli wpajać prawidłowe nawyki swoim dzieciom, skutkujące właściwą ochroną skóry w ciągu całego życia. Ograniczenie czynników ryzyka, poprzez minimalizowanie skutków ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe, to działania, takie jak: unikanie nadmiernego nasłonecznienia przez osoby zwłaszcza z jasnym fototypem skóry, stosowanie środków fizycznych ochrony skóry czyli właściwej odzieży, okularów przeciwsłonecznych, nakrycia głowy oraz unikanie słońca w czasie jego najsilniejszego działania czyli w godzinach południowych. Stosowanie filtrów przeciwsłonecznych nie należy do metod profilaktyki pierwotnej polecanej w pierwszej kolejności, ze względu na rozbieżne opinie co do ich skuteczności. Jednak sam nawyk ich używania może odzwierciedlać potrzebę ochrony przed działaniem promieniowania ultrafioletowego, a tym samym świadczy o poziomie świadomości na temat jego szkodliwego działania [17].

Kolejnym istotnym zagadnieniem w działaniach profilaktycznych, jest edukacja na temat ryzyka korzystania ze sztucznych źródeł promieniowania słonecznego, czyli solarium. Należy podkreślić, że korzystanie z tego typu zabiegów, to absolutnie modyfikowalny czynnik ryzyka, który można wyeliminować całkowicie z życia każdego człowieka. Za bezwzględną rezygnacją z korzystania z solarium, powinien przemawiać fakt, że promieniowanie ultrafioletowe tam stosowane jest nawet 10-15 razy silniejsze od promieniowania słonecznego. Dlatego niezwykle ważne jest propagowanie zasad profilaktyki wśród osób korzystających z łóżek opalających.

Badania wskazują, że zdecydowana większość klientów solarium to kobiety. Opalając się pod lampą częściej niż raz w miesiącu, ryzyko rozwoju czerniaka zwiększa się u nich o 55%, a u osób młodych, poniżej 30 roku życia ryzyko wynosi aż 75%. WHO wpisała promieniowanie ultrafioletowe na listę kancerogenów, czyli uznała je za czynnik sprawczy w rozwoju nowotworów skóry i zaleca, aby dzieci i młodzież do lat 18 nie korzystała z solarium [16]. Instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym powinny zabiegać o wdrożenie regulacji prawnych, ograniczających korzystanie z solarium, w tym o wprowadzenie świadomej zgody na naświetlania [19].

Bazując na międzynarodowych doświadczeniach, działania profilaktyczne w zakresie nowotworów w Polsce, oparto miedzy innymi o Europejski Kodeks Walki z Chorobami Nowotworowymi, dokument przyjęty przez Unię Europejską w 2003 roku jako strategia działania w walce z rakiem. W punkcie 6 wymienionego dokumentu jest zapis mówiący o zaleceniach dotyczących profilaktyki nowotworów złośliwych skóry: „Należy unikać nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne. Szczególnie należy chronić dzieci i młodzież. Osoby mające skłonność do oparzeń słonecznych powinny przez całe życie stosować środki chroniące przed słońcem" [19].

W Polsce głównym programem promocji zdrowia w świetle zagrożenia nowotworami, w tym również czerniakiem skóry, jest Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015. Celem jest zahamowanie wzrostu zachorowań poprzez zwiększenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa

na temat profilaktyki wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów. Program ten obejmuje między innymi działania dążące do wyeliminowania lub ograniczenia środowiskowych czynników ryzyka, związanych z ekspozycją słoneczną, głównie poprzez edukację różnych grup społecznych [20].

Jeżeli chodzi o profilaktykę wtórną, to istotnym jej elementem jest organizowanie populacyjnych badań przesiewowych, które polegają na badaniu klinicznym i dermatoskopowym skóry. Przyczyniają się one do zwiększenia wykrywalności czerniaka i innych nowotworów skóry we wczesnym stopniu zaawansowania, a przez to zwiększają szansę na ich wyleczenie. W naszym kraju są to najczęściej inicjatywy o zasięgu lokalnym, jak np. „Regionalny Program Wczesnego Wykrywania Nowotworów Skóry" realizowany na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2007-2011. Przebadano wówczas około 10 000 mieszkańców i w 70 przypadkach wysunięto podejrzenie czerniaka, a u 170 osób podejrzenie innych nowotworów skóry. Te wyniki powinny być inspiracją dla innych samorządów terytorialnych do podejmowania podobnych działań prozdrowotnych [22]. Polska jest wciąż jeszcze na etapie stwarzania i uruchamiania populacyjnego programu przesiewowego czerniaka skóry. Ważne jest aby pamiętać, że profilaktyka raka skóry jest nie tylko prostsza niż jego leczenie, ale przede wszystkim bardziej skuteczna [18].

Co pacjenci wiedzą na temat czerniaka?

Wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziale dermatologii, Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie przeprowadzono badanie poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka rozwoju tego nowotworu skóry. Wiek osób biorących udział w badaniu wynosił od 20 do 80 lat. W kwestionariuszu ankiety zawarto pytania na temat czynników ryzyka, objawów i profilaktyki czerniaka skóry. Pacjenci wykazali się zróżnicowaną wiedzą, źródłem której były przede wszystkim media.

Szkodliwy wpływ promieniowania ultrafioletowego na skórę to najbardziej znany dla badanej grupy, czynnik ryzyka rozwoju tego nowotworu. Tylko jedna trzecia ankietowanych właściwie wskazała na zagrażającą rozwojem czerniaka, formę korzystania ze słońca, czyli krótkie, intensywne ekspozycje. Większość badanych miała świadomość szkodliwego działania sztucznych promieni UV emitowanych w solarium. Pacjenci wiedzieli, że istnieje zależność reakcji na słońce od karnacji, a połowa badanej grupy potrafiła właściwie wskazać typy skóry predysponowane do rozwoju czerniaka. Mniej niż połowa badanej grupy wiedziała, że do rozwoju czerniaka predysponują liczne zmiany barwnikowe i znamiona na skórze. Również tylko połowa ankietowanych była świadoma, że dla rozwoju czerniaka mogą mieć znaczenie uwarunkowania genetyczne. Wiedzy na ten temat nie posiadało 40% badanych.

Mniej niż połowa badanych nie wiedziała, że istnieją jeszcze inne czynniki ryzyka rozwoju tego nowotworu. Nieliczna grupa wskazała na oparzenia skóry w dzieciństwie oraz mechaniczne i chemiczne drażnienie zmiany skórnej.

Prawie wszyscy ankietowani mieli świadomość, że chirurgiczne usunięcie podejrzanej o czerniaka zmiany, jest postępowaniem właściwym w terapii. Wiedza na temat wczesnych symptomów nowotworu była zróżnicowana. Ankietowani wskazywali głównie na powiększenie, sączenie lub krwawienie ze zmiany skórnej i w mniejszym stopniu na zmianę jej zabarwienia czy czucia.

Większość pacjentów wiedziała, że dla ochrony przed zachorowaniem ważne są działania profilaktyczne. Wskazywano przede wszystkim na unikanie nadmiernej ekspozycji na słońce, rezygnację z solarium, stosowanie kremów z filtrami ochronnymi i środków fizycznych chroniących skórę. Prawie połowa badanej grupy przyznała że systematycznie obserwuje i kontroluje swoją skórę, 10% badanych nie podejmowało żadnych działań celem ochrony skóry. W opinii ankietowanych **wiedza na temat czerniaka skóry jest niewystarczająca w społeczeństwie.**

Brak lub ograniczona kampania prozdrowotna skutkuje słabą znajomością czynników ryzyka czerniaka i jego wczesnych symptomów. Mimo świadomości znaczenia profilaktyki czerniaka, brakuje w działaniach zapobiegawczych systematycznej samoobserwacji, regularnych wizyt kontrolnych i badania skóry. Można zatem uznać, że **istnieje zapotrzebowanie na prowadzenie kampanii edukacyjnych, bardziej szczegółowo odnoszących się do określonych nowotworów, w tym przypadku czerniaka skóry.** Edukacja powinna być prowadzona nie tylko poprzez media jako powszechne źródło informacji dla społeczeństwa, ale np. przez placówki oświatowe oraz w dużo większym stopniu przez placówki ochrony zdrowia. ■

Literatura

1. Dąbrowski J.: *Czerniak złośliwy.* W: Błaszczyk-Kostanecka M., Wolska H.: *Dermatologia w praktyce.* Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005, 2009, s. 258-263.

►

2. Rykała J., Kołacińska A., Witmanowski H., Kruk-Jeromin J.: *Świadomość zdrowotna pacjentów lekarza rodzinnego i onkologa na temat zmian barwnikowych i czerniaka.* Post. Dermatol. Alergol. 2009; 26 (4): 190-193.
3. Kaszuba. A., Bartkowiak R., Kaszuba A.: Czerniak. W: Kaszuba A., Adamski Z. (red.): *Poradnik lekarza praktyka. Dermatologia.* Wyd. Czelej, Lublin 2012, s. 210-217.
4. Bieniek A., Cisło M., Matusiak Ł., Jankowska-Konsur A., Czarnecki R., Baran E.: *Czerniak złośliwy.* Lekarz 2011; 8/9: 22-30.
5. Ruka W., Krzakowski M., Placek W., Rutkowski P., Nowecki Z.I., Fijuth J., Nasierowska- Guttmejer A., Jeziorski A., Rudnicka L., Murawa P., Słuszniak G., Bajcar S., Biernat w., Towpik E.: *Czerniaki skóry- zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.* Nowotwory 2009; 59 (2): 114-125.
6. Kowalska- Olędzka E., Rudnicka L.: *Znamiona barwnikowe i czerniak u dzieci.* Pediatr. Dypl. 2011; 15 (3): 83-89.
7. Ruka W., Nowecki I.Z., Rutkowski P. (red.): *Czerniaki skóry u dorosłych.* Wyd. Medipage, Warszawa 2005.
8. Narbutt J.: *Promieniowanie ultrafioletowe a skóra- racjonalna ochrona przed działaniami niepożądanymi.* Terapia 2011; 19 (5): 88-90.
9. Imko-Walczuk B., Cegielska A., Jaśkiewicz J., Dębska- Ślizień A., Rutkowski B.: *Czerniak w populacji chorych po przeszczepieniu narządów.* Nowotwory 2012; 62 (2): 109-114.
10. Cichorek M.: *Czerniak amelanotyczny jako mało poznana forma czerniaka.* Dermatol. Estet. 2009; 11 (5): 361-368.
11. Bieniek A., Cisło M., Janowska-Konsur A. (red.): *Nowotwory skóry- klinika, patologia, leczenie.* Galaktyka 2008. 47.
12. Dummer R., Hauschild A., Guggenheim M., Keilholz U., Pentheroudakis G. on behalf of the ESMO Guidelines Working Group: *Czerniak skóry. Aktualne (2012) wytyczne European Society for Medical Oncology (ESMO).* Med. Prakt. Onkol. 2013; 1: 15-24.
13. Smith T. *Rak skóry- jak zapobiegać i leczyć.* Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2010.
14. *Czerniak akralny.* [Data cytowania 15.02.2013]. Dostępny pod adresem *http://www.your-doctor.net/dermatology_atlas/english/?id=184.*
15. Wysocka J., Komorowski A.L., Wysocki W.M., Rutkowski P. (red.): *Czerniak skóry. Nowa klasyfikacja TNM (2010 r.).* Med. Prakt. Chir. 2011 (1): 60-64.
16. *Czerniak i co dalej? Pytania do eksperta* (14.01.2011).[Data cytowania 31.01. 2013]. Dostępny pod adresem *http://ruchspoleczny.org.pl/web/214/czerniak-i-co-dalej_-pytania-do-eksperta.html.*
17. Drozdowski P., Matkowski R., Szynglarewicz B., Pietrzyk G.: *Ujarzmiając czerniaka- strategie w profilaktyce nowotworów złośliwych skóry.* Pol. Prz. Chir. 2009; 81 (7): 583-599.
18. Dana A., Makowiec-Dąbrowska T.: *Solarium- bezpieczeństwo czy ryzyko korzystania.* Pol. J. Cosmetol. 2011; 14 (2): 70-75.
19. *Kodeks Walki z Rakiem.* [Data cytowania 06.05.2013]. Dostępny pod adresem *http://www.kodekswalkizrakiem.pl/content/view/13/34/.*
20. Woźniak- Holecka J., Holecki T., Rokicka U.: *Sztuczne źródła promieniowania słonecznego jako czynnik ryzyka nowotworów skóry.* Ann. Acad. Med. Siles. 2009; 63 (6): 75-80.
21. Skowron M., Wielowieyska-Szybińska D., Wojas-Pelc A.: *Czerniak w stadium rozsiewu bez ogniska pierwotnego- opis przypadku.* Prz. Dermatol. 2012; 99 (4): 323-324.
22. Maciejewska J., Łuczak M., Marek L., Skrzeczko-Kwela E., Krause P., Cichewicz A., Placek W.: *Działania lokalne w zapobieganiu oraz wczesnym wykrywaniu czerniaka oraz raków skóry.* Prz. Dermatol. 2012; 99 (4): 422-423.

Ewa Kasza – licencjat pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UJ.
Pracuje w Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o. o.

CIĘCIE CESARSKIE JAKO UCIECZKA PRZED BÓLEM PORODOWYM

Monika Piwnica

Niniejszy artykuł powstał na podstawie pracy magisterskiej, napisanej w ramach studiów magisterskich na kierunku położnictwo na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach.

Celem pracy była ocena poziomu lęku przed bólem porodowym i źródeł tendencji rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie w środowisku kobiet, w wieku reprodukcyjnym. Inspiracją do napisania tej pracy były obserwacje podczas pracy w szpitalu. Wśród nich wyróżniłam grupę 30 kobiet, które nie rodziły (grupa badawcza) oraz grupę 30 kobiet, które rodziły (grupa kontrolna). W celu uzyskania potrzebnych informacji wybrałam metodę sondażu diagnostycznego. Badane dostały do wypełnienia kwestionariusz typu self-report inwentarz Stanu i Cechy lęku autorstwa Spilbergera, Gorsuchs i Luchenea (State-Trait Anxiety Inventory-STAI), w polskiej adaptacji Spielberbera, Strelaua, Tesarczyk i Wrześniewskiego oraz ankietę.

W ówczesnych czasach ludzie dążą do perfekcji, są zapracowani, w pogoni za dobrami finansowymi, działają schematycznie, według planu. Dzisiaj, tak samo jak planuje się ilość i czas ciąży, tak i dążymy do zaplanowania daty porodu dzieci. Nie uwzględniając biologicznego zegara ciąży, kobiety umawiają się na poród w danym dniu o danej godzinie, rozwiązując ciąże przez cięcie cesarskie. Operacyjne rozwiązanie ciąży na życzenie pacjentki, to powszechnie występu-

jący problem w ówczesnym położnictwie. Odbywa się wiele dyskusji o tym czy lekarz ginekolog może wykonać cięcie cesarskie wyłącznie na życzenie rodzącej, gdy nie ma medycznych wskazań. Obecnie decyzja o chirurgicznym zakończeniu ciąży należy wyłącznie do lekarza ginekologa-położnika, który opierając się na posiadanej wiedzy, doświadczeniu i wnikliwej analizie danego przypadku, wybiera adekwatne rozwiązanie zapewniając bezpieczeństwo zarówno matce jak i dziecku. Ale coraz częściej zdarza się, że pacjentki żądają operacyjnego porodu. Najczęstszą przyczyną takiej decyzji jest lęk przed porodem siłami natury i związany z nim ból lub ku wygodzie. Choć zjawisko to można zredukować poprzez edukację społeczną, uczestnictwo w szkole rodzenia oraz fachową pomoc psychologiczną jest to problem, z którym borykają się lekarze.

Z badań własnych, przeprowadzonych wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym wynika, że taki rodzaj porodu wybiera 44,8% kobiet, które nie doświadczyły narodzin dziecka i aż 43,3% kobiet już rodzących. Unaocznia to, że co druga kobieta preferuje taki rodzaj porodu. Wynikać może to z faktu pogoni za ogólnie panującą modą, wzorem celebrytek, które mają już za sobą trzecie cięcie cesarskie. Albo być może z ogólnie panującego przekonania, że cięcie cesarskie jest pod każdym względem bezpieczniejsze od porodu naturalnego, zarówno dla matki jak i dla noworodka.

Wśród kobiet, które w przyszłości chcą rodzić przez cięcie cesarskie było 61,5% kobiet między 18 a 25 rokiem życia, 57% kobiet posiadających wyższe wykształcenie. Najprawdopodobniej jest tak dlatego, że kobiety wykształcone, mają większą wiedzę i dostęp do informacji na temat ciąży i porodu, dzięki czemu wiedzą, czego mogą się spodziewać podczas porodu. Wiek wskazuje na istnienie ogólnoświatowego trendu i błędnego przekonania, że cięcie cesarskie jest bezpieczniejsze. Miejsce zamieszkania kobiet nie ma wpływu na ich decyzję o sposobie porodu. Zarówno mieszkanki wsi i miast deklarowały odpowiednio chęć porodu przez cesarskie cięcie w 44,2% i 47%. Także doświadczenie związane z porodem lub jego brak nie wpływa na wybór sposobu porodu przez kobiety. Za operacyjnym rozwiązaniem ciąży opowiedziało się ok. 44% respondentek, bez względu na to czy przeżyły negatywne doznania związane z poprzednim porodem czy też nie.

Przeprowadzając badania chciałam określić źródła tendencji rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie. Na pytanie, który ze sposobów porodu jest bardziej inwazyjny, 85% ankietowanych wskazało cięcie cesarskie. Mimo tej wiedzy kobiety decydują się na operacyjne rozwiązanie ciąży. Jeśli chodzi o bezpieczeństwo rodzącej to 88,3% badanych twierdzi, że poród siłami natury jest dla nich bardziej bezpieczny. W tym, kobiety po przebytym porodzie deklarują to w 90%. Mają świadomość powikłań pooperacyjnych, jakie mogą wystąpić. Jednym i niewątpliwie najcięższym jest śmierć rodzącej. Liczne badania pokazują, że ryzyko zgonu jest 2-4 krotnie wyższe po cięciu cesarskim niż po porodzie naturalnym. Ponadto istnieją powikłania ściśle związane z cesarskim cięciem, do których zaliczamy: większą utratę krwi i konieczność jej przetaczania, zapalenie błony śluzowej macicy czy urazy narządów sąsied-nich. Dlaczego więc kobiety decydują się na operacyjne rozwiązanie ciąży? Być może główną rolę odgrywa tu bezpieczeństwo noworodka. Przekonanie, że cięcie cesarskie jest bardziej korzystne dla dziecka posiada 45% respondentek. Z czego 44% badanych, to kobiety, które nie rodziły. Wynikać może to z braku dostatecznej wiedzy oraz doświadczenia. Kobiety nie wiedzą, że u noworodków urodzonych operacyjnie częściej mogą wystąpić zaburzenia oddechowe, z powodu gorszego opróżniania dróg oddechowych z wód płodowych. Częściej dochodzi do zranienia skóry dziecka, a w późniejszym wieku noworodki te częściej posiadają alergie pokarmowe [1]. Pomimo przebytego porodu aż 37% badanych nadal twierdzi, że lepszym rozwiązaniem ciąży jest cięcie cesarskie.

Sprawdzono również, jakie obawy towarzyszą kobietom przed porodem naturalnym i operacyjnym. Z badań wynika, że głównym czynnikiem niepokoju jest ból porodowy. Deklaruje tak 70% badanych. W grupie kobiet dotąd nie rodzących jest to 63,3%, a wśród kobiet będących matkami 73%. Obserwuje się tu bardzo negatywny obraz porodu. W społeczeństwie postrzegany jest on jako sytuacja związana z negatywnymi doznaniami, takimi jak ból czy lęk. A przecież pacjenci coraz powszechniej są zapewniani, że nie mają czuć bólu, bo medycyna zna sposoby jego niwelowania. Ponadto ból porodowy w kulturze zachodniej jest postrzegany jako zjawisko patologiczne, a warunkiem spełnienia i satysfakcji jest jego brak [2]. Dlatego też kobiety częściej chcą rodzić drogą cięcia cesarskiego, gdzie zastosowane będzie zarówno znieczulenie do operacji jak i podaż leków przeciwbólowych po niej. Spośród ankietowanych, które zaznaczyły odpowiedź ból porodowy, 58% kobiet nie rodzących i 54% po przebytym porodzie, deklaruje chęć porodu przez ce- ▶

sarskie cięcie. Oprócz doznań bólowych, poród siłami natury jest przyczyną obaw związanych z obrażeniami krocza. 23% kobiet nie rodzących i 26% kobiet po przebytym porodzie opowiedziało się za tym czynnikiem. Odpowiednio 20% i 16% nie ma żadnych obaw z tą drogą porodu i wszystkie z nich chciałyby rodzić naturalnie.

Jeśli przeanalizujemy odpowiedzi odnośnie obaw związanych z cięciem cesarskim, to ból pooperacyjny budzi niepokój wśród 53% kobiet. Jest to o 20% mniej niż ból porodowy. W obydwóch grupach kobiet rodzących i nie rodzących 56% wybrało ten wariant odpowiedzi. Mimo to ankietowane deklarowały chęć porodu tą metodą, 35% w pierwszej i 54% w drugiej grupie. Ogólnie ujmując kobiety wolą odczuwać ból pooperacyjny niż ból skurczów porodowych, bez względu na to czy jest on im znany czy też nie. Myślę, że dużą rolę w tym względzie ma przekaz społeczny, tzn. emitowanie wielu filmów, pokazujących rodzące w bólach i cierpieniu kobiety, słuchanie opowieści matek i koleżanek o ich przebiegu porodu. Dlatego też szczególnie kobiety młode wolą poddać się operacji, czasami nie wiedząc, że w pierwszych dniach i tygodniach po porodzie dziecka, matki które urodziły przez cięcie cesarskie, zgłaszają dłużej trwający i bardziej intensywny ból, niż matki które urodziły siłami natury. Większość kobiet zażywa w tym czasie środki przeciwbólowe, a ból uważa za istotny poporodowy problem. Analgezja stosowana podczas porodu zabiegowego nie wzbudza niepokoju wśród ankietowanych. Obawę taką deklaruje tylko 20% osób pierwszej i 33% osób drugiej grupy. Choć znieczulenie stosowane w operacji cięcia cesarskiego jest najczęstszym powodem powikłań anestezjologicznych. Brak obaw związanych z operacją deklaruje w obydwu grupach 23%, z czego co druga ankietowana opowiada się za porodem drogą brzuszną. Pacjentki wybierają ze zdrowotnego punktu widzenia rozwiązanie w pewnym stopniu bardziej niebezpieczne, ale też bardziej komfortowe, bo bez bólu.

Kolejnym czynnikiem, sprzyjającym podjęciu decyzji kobiety, o rozwiązaniu ciąży przez cięcie cesarskie, jest towarzyszący jej lęk. Lęk przed tą częścią fizjologii, z którą mamy do czynienia przy porodzie. W celu jego pomiaru badane wypełniły kwestionariusz samooceny STAI. Nasilenie lęku-stan w dwóch grupach kobiet było na wysokim poziomie. Z badań wynika, że poziom stanu lęku wpływa na wybór sposobu porodu wśród ankietowanych, które nie są matkami, w większości deklarowały one chęć porodu operacyjnego. W grupie kobiet po przebytym porodzie wyższy stopień lęku obserwuje się wśród tych ankietowanych, które preferują poród siłami natury. Tego rodzaju lęk może wynikać z poziomu wiedzy o porodzie i z doświadczenia.

Poziom lęku-cechy był wyższy wśród kobiet nie rodzących z czego większość w przyszłości chciałaby rodzić przez cesarskie cięcie. Brak wiedzy i negatywna postawa wobec porodu może powodować wzrost natężenia lęku-stanu, który sprzyja większemu objawianiu się lęku-cechy. Kobiety będące już matkami posiadały zbliżony poziom lęku, bez względu na to czy preferowały poród naturalny czy operacyjny.

Wysokie nasilenie lęku może prowadzić do mocniejszego odczuwania impulsów z otoczenia, zarówno w czasie planowania ciąży, okresu okołoporodowego jak i porodu.

Mechanizm zależności lęk - napięcie - ból poznano i opisano w latach 30 dwudziestego wieku. Dokonał tego lekarz Grantly Dick-Read [2]. Doznania te doprowadzają do zwątpienia we własne możliwości i trudności w radzeniu sobie z sytuacją porodu. A to z kolei przyczynia się do podjęcia przez kobietę decyzji o rozwiązaniu ciąży, w szybszy i łatwiejszy sposób, drogą cięcia cesarskiego. „Z badań Melender wynika, iż nasilenie lęku przed porodem może doprowadzić do niespodziewanych problemów położniczych i do konieczności wykonania z tego powodu nieplanowanego cięcia cesarskiego" [3].

Tokofobia nie należy do pozapołożniczych wskazań, dlatego też stanowi zasadniczy dylemat położniczy. Kalkuluje się, że 80% ciężarnych kobiet boryka się z obawami przed porodem w łagodnej postaci, duże nasilenie lęku czyli tokofobia ma miejsce u 6-10%, a skrajnie wysoki poziom strachu zmonitorowano u ponad 2% kobiet zamieszkujących Szwecję [4]. Billetr w swojej pracy podaje, że odsetek cięć za życzenie (z powodu tokofobii), może stanowić 4-18% ogółu cięć cesarskich [5].

W prezentowanym materiale, uzyskane wyniki wykazują, że lęk, jaki towarzyszy kobietom jest nasilony szczególnie w grupie kobiet nie rodzących. 45% tej grupy deklarowało chęć porodu drogą operacyjną. Kobiety, które są już matkami, bardziej świadome pomimo nasilonego lęku, wolą rodzić naturalnie. Podolska i Majewska z przeprowadzonych badań odnośnie lęku u kobiet po przebytym porodzie operacyjnym wnioskują, że poziom lęku-stanu u kobiet po porodzie ma związek z posiadaną wiedzą odnośnie porodu i przeszłością położniczą. Wraz ze wzrostem

rozeznania położnicy na temat porodu i pozytywnymi przeżyciami z przeszłości, nasilenie lęku maleje. I na odwrót, deficyt wiedzy i złe wcześniejsze doznania wpływają na wzrost nasilenia lęku-stanu [3]. Intensywny lęk-cecha może w niektórych przypadkach prowadzić do natężenia lęku-stanu. Lęk występujący u kobiet jest wzmożony, zarówno stan jak i cecha, co widoczne jest w grupie kobiet nie rodzących i preferujących cięcie cesarskie.

Spowodowany jest on najczęściej strachem przed skurczami mięśnia macicy i wynikającym z tego bólem. Według Reronia i Gołąbka do grupy kobiet z objawami tokofobii należą w większości pacjentki pierwszy raz rodzące, w wieku od 27-46 lat z wyższym wykształceniem, zawodowo aktywne z niepowikłanym przebiegiem ciąży [6]. Niektóre pacjentki są nawet tak radykalnego zdania, że w ówczesnych czasach poród drogą pochwową to archaizm i w zupełności go nie akceptują. Dla innych z kolei poród to unikalne przeżycie także w odniesieniu do percepcji bólowych. Jak podaje Mayzner-Zawadzka: „niewielka grupa kobiet uznaje za wystarczające dla opanowania bólu techniki relaksacyjne i naukę oddychania w szkołach rodzenia. Inne z całą świadomością rezygnują z jakichkolwiek środków w pełni przekładając poród naturalny nad „interwencyjnym" [7]. W prezentowanym materiale przedstawiono źródła niepokoju związanego z porodem naturalnym. Najwięcej ankietowanych (70%) obawiało się bólu porodowego i w związku z tym większość (56%) chciała rodzić przez cięcie cesarskie. Dla porównania w operacyjnym ukończeniu ciąży, bólu pooperacyjnego boi się 53%, ale mimo to, aż 40% z tej grupy i tak chciałoby rodzić tym sposobem. Nasuwa się tu myśl, że w społeczeństwie istnieje przekonanie o ogromnie bolesnym odczuciu przy porodzie. Operacja natomiast jest bolesna, ale uczucie to można zniwelować poprzez znieczulenie i leki przeciwbólowe. Uświadamiają o tym przedstawiciele medycyny, najbliższe otoczenie, a także reklamy przeróżnych środków farmaceutycznych, które są dostępne bez recepty.

Wśród respondentek istnieje przekonanie, że kobiety powinny mieć prawo wyboru sposób rozwiązania ciąży. Uważa tak aż 76,6%, tylko 23,3% jest odmiennego zdania. Kobiety chcą w pełni decydować o swoim zdrowiu i jest to zrozumiałe. Tylko że dobrowolny wybór sposobu porodu na pewno doprowadziłby do ogromnego wzrostu liczby porodu operacyjnego. Odsetek cięć cały czas wzrasta, już w roku 2009 w Polsce wynosił blisko 30%, a gdzieniegdzie nawet ponad 40%, podczas gdy według WHO powinien wynosić około 10-15%. Choć istnieje pełen dostęp do informacji na temat ciąży i porodu, nie zawsze pacjentki mają dostateczną wiedzę w tym zakresie. Co zauważyć można w przeprowadzonych badaniach. Na pewno nie są tak kompetentnymi osobami, jak personel medyczny. Jednym lekiem w tym względzie jest edukacja. Wychowanie seksualne w polskich szkołach i domach powinno lepiej funkcjonować. Seksualność w Polsce jest tematem tabu, dotyczy również to porodu. Powinniśmy brać przykład od krajów zachodnich, gdzie świadomość seksualną i rodzenia dzieci formuje się od najmłodszych lat. W Polsce brak edukacji jest ogromnym błędem, ponieważ społeczeństwo emocjonalnie nie jest przygotowane do rodzenia. Doświadczenie urodzenia dziecka wpływa na zdanie kobiet odnośnie samodzielnego decydowania o rodzaju rozwiązania ciąży. Wśród osób, które nie rodziły przeważa przekonanie, że kobieta powinna mieć wybór sposobu porodu. Uważa tak 86,6%, a 13,3% jest innego zdania. W grupie kobiet po przebytym porodzie ten stosunek jest nieco mniejszy i wynosi odpowiednio 66,6% do 33,3%.

Hibard w swojej pracy przedstawił dane dotyczące zdania personelu medycznego w tym temacie. Wykazują że 7-30% położników i 4% położnych woli poród drogą cięcia cesarskiego u siebie lub swoich żon, natomiast 62-81% lekarzy zaproponowałoby swoim pacjentkom cesarskie cięcie bez wskazań medycznych. Stwierdzono również, że w grupie brytyjskich lekarzy prawie połowa uważa, że pacjentki powinny mieć wybór drogi porodu. Za taką opcją w większości opowiedzieli się mężczyźni, wśród położnych 33% było tego zdania [8]. Większość lekarzy wykonujących elektywne cięcie cesarskie, usprawiedliwia się obawą przed uszkodzeniami krocza i dalszymi konsekwencjami związanymi z nietrzymaniem stolca i moczu lub dysfunkcjami seksualnymi. Innymi czynnikami skłaniającymi lekarzy do wykonania operacyjnego porodu na życzenie kobiety jest także nieprawidłowe przekonanie, że cięcie jest łatwiejsze, szybsze obarczone mniejszym ryzykiem powikłań niż poród naturalny. Istnienie obaw związanych z sądowymi procesami w przypadku niefortunnego przebiegu porodu oraz unikanie jego długiego obserwowania i monitorowania [1]. Lekarze brytyjscy są zobligowani do omówienia z pacjentką wszystkich za i przeciw cięciu cesarskiemu na życzenie, jeśli zostanie o nie zapytany. Ma obowiązek pomóc kobiecie podjąć decyzję, a w razie gdy nie jest przekonany o korzyści cięcia na żądanie, ▶

powinien skierować pacjentkę do innego specjalisty by zasięgnąć drugiej opinii [8].

W ankiecie postawiłam również pytanie otwarte, dotyczące uzasadnienia wyboru sposobu porodu. Wśród kobiet nierodzą-cych i preferujących cięcie cesarskie pojawiały się opinie: „Boję się, że poród siłami natury jest bardzo męczący, obawiam się bólu krocza", „cięcie cesarskie wydaje mi się mniej bolesne", „moim zdaniem bardziej bezpieczne dla dziecka jest cięcie cesarskie, a poza tym poród naturalny jest traumą dla kobiety, wszystko może się zdarzyć, a ból jest prawdopodobnie nie do zniesienia", „bo jest szybki", „ponieważ boję się bólu porodowego", „ze względu na bezpieczeństwo". Niektóre kobiety po przebytym porodzie odwoływały się do swoich doświadczeń: „ponieważ boję się kolejny raz przeżywać tak wielki ból i w trakcie porodu spadała dziecku akcja serca – strach o dziecko", „z uwagi na ból porodowy". Opinie kobiet wyrażających chęć porodu naturalnego, to między innymi: „ze względu na szybszy powrót do sprawności", „cięcie cesarskie to zabieg operacyjny, a poród siłami natury towarzyszy kobietom od milionów lat, więc jest do przeżycia", „ponieważ jest bezpieczny dla dziecka", „chcę podjąć próbę sprostania temu zadaniu".

Ukończenie ciąży i porodu zabiegowo przez cięcie cesarskie jest niewątpliwie dużym postępem w położnictwie. Pierwotnie wykonywane po to, by ratować życie matki i dziecka, nabrało rangi w celu uniknięcia bólu porodowego. Obserwowana na całym świecie, w tym także w Polsce wzrostowa tendencja do zabiegowego rozwiązania ciąży, prowadzi do rozszerzenia listy wskazań do jego przeprowadzenia. A także powstania nowego zagadnienia cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych, na życzenie pacjentki. Suchocki i wsp. Twierdzą, że: „Głównym powodem pojawienia się kwestii cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych jest presja ze strony pacjentek. Kobiety chcą cięcie cesarskie głównie z powodu lęku przed porodem i związanym z nim bólem oraz w trosce o dobro dziecka – pokutuje przekonanie o tym, że cięcie cesarskie jest w każdej sytuacji bezpieczniejsze od porodu pochwowego za-równo dla rodzącej, jak i dla noworodka" [9]. W badaniach własnych, aż 45% respondentek twierdzi, że cięcie cesarskie jest bardziej korzystne dla dziecka. Przekonanie to jest jednym z czynników skłaniających ciężarne do żądania wykonania zabiegu. Wśród nich wymienia się także negatywne przeżycia w związku z poprzednim porodem, uniknięcie komplikacji oraz strach przed porodem [8].

Wykonanie cesarskiego cięcia w celu uniknięcia uciążliwości porodu ze względu na bolesną akcję skurczową, powoduje nowy problem ostatnich lat.

W Stanach Zjednoczonych przewiduje się, że operacyjne rozwiązanie ciąży z powodu obawy przed bólem porodowym wy-nosi 4% do 18% wszystkich cięć cesarskich. Wartości te są mało precyzyjne ze względu na to, że rozpoznanie takie nie jest przedsta-wiane w danych statystycznych. Kwestią tą zajęła się etyczna komisja Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG). W dokumencie „Surgery and Patient Choise" eksperci w sprawie zgody na chirurgiczne leczenie uważają za usprawiedliwione cięcie cesarskie na życzenie pacjentki, gdy lekarz położnik uważa tę drogę porodu za korzystniejszą dla zdrowia matki i dziecka. Cięcie cesarskie na życzenie nie jest dopuszczalne, gdy położnik nie stwierdza korzyści w porównaniu z porodem naturalnym [9]. Może odmówić wykonania operacji, a dalsze prowadzenie pacjentki powinien przekazać innemu lekarzowi. Z kolei Kanadyjskie Kolegium Położników i Ginekologów (SOGC), poród naturalny uznaje za preferowany i najbezpieczniejszy dla kobiet, gdyż istnieje mniejsze ryzyko powikłań w obecnej i kolejnych ciążach [8].

W 2001 roku w Wielkiej Brytanii 5,7%-8,4% ogółu cięć cesarskich była wykonana ze względu na prośbę pacjentek. W związku z tym niezależna organizacja NICE (National Institute for Clinical Excellence) opracowała standardy, które opisywały postępowanie z ciężarną żądającą ukończenie ciąży przez cięcie cesarskie, gdzie jedynym wskazaniem była obawa przed bólem porodowym. Stwierdzono, że „Prośba pacjentki nie jest wystarczającym wskazaniem do cięcia cesarskiego" [8]. Nie wiadomo, na ile brytyjscy lekarze wdrażają wytyczne w swoją praktykę, skoro 79% z nich deklaruje skłonność do przeprowadzenia zabiegu u pacjentek, gdzie jedynym wskazaniem jest życzenie ciężarnej.

Narastająca liczba wykonywanych porodów operacyjnych w Niemczech, których powodem był lęk przed porodem naturalnym, skłoniła tamtejszych specjalistów do zajęcia stanowiska w tej kwestii. Sprawą tą zajęła się grupa robocza do spraw problemów prawnych medycyny Niemieckiego Towarzystwa Ginekologiczno-Położniczego. Według wytycznych uważa się za etyczne wykona-nie operacyjnego porodu wyłącznie na żądanie pacjentki. Tłumaczone jest to prawem obywatela do samo decydowania o sobie jak i równoległość przeprowadzania operacji z dziedziny chirurgii plastycznej, które także nie wymagają wskazań medycznych. Oczywiście pacjentka musi być

szczegółowo poinformowana o wszystkich aspektach operacji, możliwościach wystąpienia powikłań oraz musi wyrazić pisemną zgodę udokumentowaną odpowiednimi formularzami. Położnik może odmówić wykonania zabiegu, jeśli jest to wbrew jego przekonaniom i podobnie jak w Anglii musi wskazać kobiecie możliwość z opieki innego lekarza [9].

Międzynarodowa Federacja Ginekologii i Położnictwa (FIGO) podaje, że nie ma uzasadnień wskazujących na korzyść operacyjnego ukończenia ciąży na żądanie. I postępowanie takie nie jest etycznie usprawiedliwione [8].

Organizacja NIH State-of-the-Science Conference nakłania do przeprowadzania większej liczby badań w celu wypracowania taktyki przewidywania i przeprowadzania pomyślnego porodu drogami natury. Sugerują wykonanie badań z długim okresem obserwacji wśród kobiet i noworodków oraz porównanie porodu drogą brzuszną na życzenie i porodu pochwowego z uwzględnieniem monitorowania okresu reprodukcyjnego kobiety [8]. Brak jednoznacznych odpowiedzi odnośnie śmiertelności matek, powikłań podczas następnych operacji, uszkodzeń przepony miednicy i ekonomicznych skutków cesarskiego cięcia, powoduje, że nie ma wystarczających dowodów, które pozwoliłyby na rekomendacje któregoś modelu porodu. Tymczasem decyzja o chirurgicznym ukończeniu ciąży bez wskazań medycznych powinna być indywidualna, według zasad etycznych. Lekarze nie powinni ulegać presji ze strony kobiet, opinii innych czy tworzonym prze media trendom.

W Polsce dotąd nie opublikowano żadnych danych dotyczących zjawiska. Szacuje się, że cięcie cesarskie przeprowadzone z powodu niepokoju przed porodem stanowi od 6 do 50% wszystkich operacji, szczególnie w niepublicznych szpitalach. Wśród polskich lekarzy są zarówno przeciwnicy jak i zwolennicy cięcia cesarskiego na żądanie. „Stanowisko Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie rekomenduje wykonania cięć cesarskich na życzenie, bez wskazań medycznych" [10]. Zawarte jest to w Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, dotyczących cięć cesarskich, które opracowano i zaakceptowano 16 maja 2008 roku w Poznaniu przez zespół ekspertów z całego kraju.

Jak twierdzi Suchocki i wsp. w aspekcie etycznym cięcia cesarskiego istnieje antagonizm prawa do decydowania o sobie i obowiązek poprowadzenia porodu w korzystny sposób dla matki i dziecka. Kodeks Etyki Lekarskiej daje prawo położnikowi do wolnego postępowania zgodnie z wiedzą medyczną i sumieniem, a zarazem określa przestrzeganie prawa pacjenta do udziału w podejmowanym leczeniu i decyzji. Lekarz może wybrać metodę postępowania, którą uzna za najbezpieczniejszą [9]. Przepisy te nie dają możliwości przyjęcia jednoznacznego stanowiska odnośnie cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych.

Nie ma ona charakteru absolutnego, to znaczy nie upoważnia położnika do wszelkich operacji, a jedynie do tych, które są uzasadnione stanem pacjenta i zasadami lekarskiej sztuki. Sformułowanie postulatów przez towarzystwa medyczne odnoszące się do traktowania pacjenta jako partnera w podejmowaniu decyzji, powodować może wzrost liczby cięć cesarskich na życzenie. Stawia to lekarzy położników w bardzo trudnej sytuacji, bo muszą rozważyć wykonanie zabiegu u pacjentki bez adekwatnych wskazań medycznych, biorąc pod uwagę jedynie jej życzenie. Poza tym ponosi on konsekwencje prawne z razie komplikacji, napotyka trudności ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, który może odmówić refundacji przeprowadzonej operacji z powodu braku zasadności jej przeprowadzenia i zakwalifikowania ze strony prawnej. Priorytetem jest zasada prawa pacjenta do informacji i uzyskanie pisemnej zgody na medyczną interwencję. Kobieta musi być rzetelnie poinformowana o swoim stanie zdrowia, technikach diagnostycznych i leczniczych, możliwych powikłaniach i wynikach leczenia. Ryzyko powinno być oszacowane indywidualnie dla danej pacjentki. Bardzo istotna jest zgoda pacjentki, jako zabiegu plastycznego [11].

Znaczącą kwestią ukazującą przez Hibbard'a są koszty, jakie ponosi państwo. Kilka dostępnych badań wykazuje, że cesar-skie cięcie na żądanie jest droższe niż poród siłami natury. Dotyczy to zarówno operacji nagłych jak i elektywnych. W Wielkiej Brytanii, w prognozach kosztów dokonano oceny ekonomicznych skutków wykonywania zabiegowego porodu wyłącznie na żądanie pacjentki. Wyniki pokazały wzrost nakładów pieniężnych o ponad 2500 dolarów za cięcie cesarskie lub około 20 milionów dolarów w sytuacji wykonywania wszystkich operacji na życzenie [8]. Przyczyną tak wysokiej ceny jest potrzeba dyspozycji sali operacyjnej, sterylnych narzędzi, większej ilości materiałów szewnych oraz praca lekarzy położników, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicz-nej, instrumentariuszki i położnej. Przy porodzie naturalnym obecni są położna i lekarz położnik, który zszywa nacięte krocze, gdy jest taka potrzeba. Uboższe państwa ►

zdecydowanie nie stać na refundacje porodu drogą brzuszną, dlatego też istnieją różne zdania i opinie w tym temacie. W wielu krajach profesjonalne organizacje podejmują szerokie dyskusje i opracowują rekomendacje dotyczące zagadnienia cesarskiego cięcia i próby ograniczenia wzrostu liczby tych zabiegów.

Wardak i Iwanowicz-Palus w swojej pracy poruszają także aspekt neonatologiczny. Dobro dziecka jest nadrzędne. W ostat-nich latach wzrasta liczba kobiet z obciążonym niepowodzeniami wywiadem położniczym. Więcej jest też kobiet w ciąży po leczeniu niepłodności, w takich przypadkach podejmuje się decyzję rozwiązania ciąży drogą brzuszną. Planowe cięcie cesarskie pozwala na uniknięcie sytuacji, które zwiększyć mogą ryzyko zachorowalności i śmiertelności. Redukuje także lęk o mechaniczne uszkodzenie noworodka podczas porodu pochwowego, tzn. uszkodzenie tkanek miękkich, złamanie kości obojczyka i wystąpienie ryzyka infekcji. Pacjentki po przebytych niepowodzeniach położniczych częściej podejmują ryzyko wystąpienia pooperacyjnych powikłań w celu zwiększenia prawdopodobieństwa lepszej pourodzeniowej kondycji dziecka [12].

Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie konieczności wprowadzenia działań zapobiegawczych, których celem będzie zmniejszenie poziomu lęku przed bólem porodowym. Edukację należy wdrożyć od najmłodszych lat, by każdy człowiek miał świa-domość porodu. Wśród kobiet należy obniżyć natężenie lęku przed porodem poprzez uczęszczanie do szkół rodzenia oraz zwielokrotnić stosowanie regionalnego znieczulenia. Poręba twierdzi, że należy także częściej prowadzić porody siłami natury po przebytym cięciu cesarskim, w czasie ciąży ocenić poziom lęku przed porodem i umożliwić pacjentkom spotkania z psychologiem, neonatologiem i anestezjologiem w celu poinformowania o możliwości wyłączenia bólu porodowego [1]. Innym sposobem zmniejszenia liczby operacyjnego porodu jest promowanie porodu naturalnego w społeczeństwie, a także umożliwienie kobiecie ciężarnej poznania sali porodowej i technik łagodzenia bólu porodowego. ■

Literatura

1. Poręba R., *Cięcie cesarskie - korzyści i zagrożenia;* Ginekologia i Położnictwo 2007; 1(3).
2. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., Pietrusiewicz J. *O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia;* Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2006.
3. Podolska M, Majewska A., *Lęk jako stan i jako cecha w grupie kobiet, u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego;* Kliniczna Perinatologia i Ginekologia 2007: 43 (4).
4. Wasilewska-Pordes M., *Depresja porodowa;* Wyd. Radomsa, Kraków 2000.
5. Billert H., *Tokofobia - problem multidyscyplinarny;* Ginekologia Polska 2007;78.
6. Reroń A., Gołąbek D., *Kontrowersje wokół cięcia cesarskiego na żądanie;* Przegląd Położniczo-Ginekologiczny 2003;3(4).
7. Mayzner-Zawadzka E., *Ból w okresie porodu;* Ból 2002, tom 3 nr 4.
8. Hibbard JU, Della Torre M., *Co w sytuacji, kiedy pacjentka życzy sobie rozwiązania ciąży cięciem cesarskim?* Ginekologia po Dyplomie 2007, tom 9, nr 3(48).
9. Suchocki S., Piec P., Łuszczyńska A., *Cięcie cesarskie na życzenie – trudny problem medyczny, etyczny i prawny;* Ginekologia i Położnictwo 1 (3) 2007.
10. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. *Cięcie cesarskie;* Ginekologia i położnictwo 2(8) 2008.
11. Haberko J., *Zabieg cięcia cesarskiego na wyłączne życzenie rodzącej;* Ginekologia i Położnictwo, 1 (3) 2007.
12. Wardak K., Iwanowicz-Palus G., *Wokół cięcia cesarskiego- wskazania subiektywne do ukończenia ciąży/porodu drogą brzuszną;* Ginekologia Praktyczna 2008;4.

Mgr Monika Piwnica – Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

"MEA MIHI CONSCIENTIA PLURIS EST QUAM OMNIUM SERMO - MOJE SUMIENIE ZNACZY DLA MNIE WIĘCEJ NIŻ CAŁA MOWA". CYCERON

SUMIENIE A KLAUZULA SUMIENIA

‣ Józef Luberda

Klauzula sumienia w ostatnim czasie jest jednym z bardziej aktualnych tematów dotyczących pracowników służby zdrowia. Niedawno media obiegła wiadomość, że położne

z rzeszowskiego szpitala „Pro Familia" odmówiły asystowania przy zabiegach aborcji, które zgodnie z podpisanym w grudniu ub. roku kontraktem z NFZ mogą być wykonywane w tej placówce. Czy miały one prawo odmówić asystowania, gdy aborcja jest zgodna z prawem, czyli ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 7 stycznia 1993 roku i czy mogły przy odmowie powołać się na klauzulę sumienia?

Nie sposób mówić o klauzuli sumienia nie zastanowiwszy się czym jest owo sumienie. Często słyszy się sformułowania typu: mam spokojne sumienie, mówi się o wsłuchiwaniu się w głos własnego sumienia, albo, o ludziach, którzy zdają się być jego pozbawieni, miewamy też niejednokrotnie wyrzuty sumienia. To tylko kilka przykładów, które pokazują jak często powołujemy się na pojęcie sumienia, jednak ilu z nas potrafi jasno powiedzieć, czym ono właściwie jest.

Sumienie jest pojęciem, które zrodziła i przekazała nam kultura grecka. Pamiętamy słowa Sokratesa zapisane w Dialogach platońskich, które mówią o Dajmonionie, czyli tym boskim głosie, który słyszy się w sobie i który stawia pewne wymagania, zaleca określone postępowanie, ocenia czyny itd. Sumienie pochodzi z greki, *syneīdēsis* – ten, który wie o samym sobie, ten który jest czujny świadomy. Grecki rzeczownik *syneīdēsis* przyjmował znaczenie współwiedzy, współodczuwania, świadomości towarzyszącej, świadomości moralnej.

W tradycji biblijnej w Starym Testamencie sumienie, to „serce", jak w modlitwie Salomona, który prosi o mądrość serca do rozróżnienia dobra i zła w życiu swojego ludu (Krl3,9). Izraelici mieli świadomość tego, że serce może zbłądzić, może być złe lub źle osądzić ludzkie czyny. Serce przyjmuje postać oskarżyciela, wtedy gdy czyni wyrzuty, jak to miało miejsce w historii Dawida, który potajemnie uciął kawałek płaszcza należącego do Saula (1Sm24,6), a potem nie jest pewny, czy postępuje słusznie. Księga Psalmów, która jest świadectwem myśli Dawida wyrazi tę prośbę słowami: „stwórz o Boże we mnie serce czyste i odnów we mnie moc ducha" (Ps51,12).

W Nowym Testamencie oprócz pojęcia „serce" pojawia się termin „sumienie" *(syneīdēsis).* Święty Paweł na określenie sumienia posługuje się terminami: sumienie, serce, ale i wiedza. „Prawdę mówię w Chrystusie, nie kłamię, potwierdza mi to moje sumienie w Duchu Świętym, że w sercu swoim odczuwam wielki smutek i nieprzerwany ból" (Rz.9.1).

Sobór Watykański II w konstytucji *Gaudium et spes,* a za nim Jan Paweł II w Encyklice *Veritatis splendor* stwierdza, że „sumienie jest najtajniejszym ośrodkiem i sanktuarium człowieka, gdzie przebywa on sam z Bogiem, którego głos w jego wnętrzu rozbrzmiewa" (KKK 1795).

Co to jest to sumienie? Sumienie jest funkcją praktycznego rozumu, to głos rozumu, własny osąd, który wskazuje mi, co w danej chwili powinienem czynić. Sumienie pozwala każdemu człowiekowi (wierzącemu i niewierzącemu), dążyć do prawdziwego dobra (prawdziwe dobro różne jest od dobra fałszywego), kierując się zawsze prawdą o dobru.

Sumienie pozwala odróżnić trzy rodzaje dobra. Dobro odnoszące się do relacji „ja i inne osoby" (bonum honestum), dobro odnoszące się do bytów poza osobowych – do zwierząt, roślin, bytów nieożywionych (bonum utile) oraz do dobra bardzo specyficznego, jakim jest „piękno" (bonum delectabile). Filozofia mówi, że to, co dobre jest jednocześnie piękne. Trzeba więc szukać dobra a wyniknie z tego piękno „..bo piękno na to jest by zachwycało do pracy – praca by się zmartwychwstało"(C.Norwid).

W życiu moralnym prawda rozumu broni przed zrelatywizowaniem dobra, zwłaszcza dobra moralnego. Prawda broni też przed sprowadzeniem dobra do uczuć (jak chciał D. Hume), do emocji (jak uczył M. Scheler), czy też do czystej formy apriorycznego rozumu praktycznego (jak widział to I. Kant).

Sumienie odnosi się do wolności człowieka, wolności jako cechy szczególnie istotnej dla pełni naszego człowieczeństwa. Jako istota rozumna i wolna człowiek kieruje się wolnymi wyborami. Tym właśnie różni się od innych istot żyjących w świecie. Sumienie jest sądem, który określa wartość moralną czynu, dobro lub zło w nim zawarte. Stanowi o godności człowieka, bo świadczy ono najmocniej o tym, że człowiek jest osobą: kimś osobnym od otaczającego go świata. Jan Paweł II mówił, że sumienie nie tylko świadczy o godności człowieka, ale wręcz jest miarą człowieka. Podczas przemówienia do młodzieży akademickiej zgromadzonej przed kościołem św. Anny, dnia 3 czerwca 1979 roku, pytał: „jaką miarą mierzyć człowieka? Czy mierzyć go miarą sił fizycznych, którymi dysponuje? Czy mierzyć go miarą zmysłów, które umożliwiają mu kontakt z zewnętrznym światem? Czy mierzyć go miarą inteligencji, która sprawdza się poprzez wielorakie testy czy egzaminy"? Odpowiadając na te pytania Papież stwierdził, że „człowieka trzeba mierzyć miarą «serca». Sercem! Sercem, które ▶

w języku biblijnym oznacza ludzkie duchowe wnętrze, oznacza w szczególności sumienie. Człowieka trzeba więc mierzyć miarą sumienia, miarą ducha, który jest otwarty ku Bogu".

Sumienie jest własnością każdego człowieka, z racji tego, że posiada rozum. Rezygnacja z życia według rozumu, czy życie wprost w opozycji do niego jest wielką klęską człowieczeństwa poszczególnej osoby. Nie wolno postępować wbrew prawemu sumieniu. Zawsze należy być posłusznym swemu sumieniu. Dla ludzi wierzących sumienie nie jest tylko funkcją praktycznego rozumu, ale jest przede wszystkim „miejscem" spotkania Boga z człowiekiem, najbardziej intymną przestrzenią, w której osoba może usłyszeć głos swojego Stwórcy. Tak opisuje sposób funkcjonowania sumienia Katechizm Kościoła Katolickiego (KKK 1776): „W głębi sumienia człowiek odkrywa prawo, którego sam sobie nie nakłada, lecz któremu winien być posłuszny(...)". Jak się jednak to dzieje, że sumienie „wie", co jest dobre, a co złe. Otóż osąd sumienia polega na tym, iż przed dokonaniem czynu sumienie konfrontuje wartość moralną tego czynu z prawem moralnym, a po dokonaniu, ocenia czy ten czyn był z tymże prawem zgodny. Jeśli tak nie było, rodzą się wówczas tzw. „wyrzuty sumienia".

Sumienie jest więc subiektywną normą moralności – tzn. zależną od naszego myślenia, sumienie to mój własny osąd. Dlatego nie należy zbyt łatwo zasłaniać się autorytetem sumienia. Trzeba zawsze zapytać siebie: czy moje sumienie mówi prawdę czy fałsz. Trzeba dążyć do poznania obiektywnej prawdy i norm moralnych. Sumienie nie jest prawodawcą, nie tworzy samo norm, ale raczej znajduje je gotowe w obiektywnym porządku moralności, bądź prawa, „(…) poznacie prawdę a prawda was wyzwoli"(J 8,32).

Sumienie każdego człowieka (a każdy je ma!), domaga się informacji ze względu na to, że nie stanowi nieomylnej instancji dobra i zła, i jako osąd czynu nie jest wolne od niebezpieczeństwa błędu. Sumienie nie jest obiektywną normą moralności, nie tworzy zasad moralnych, lecz je odczytuje. Roman Kuligowski z UKSW, teolog moralista, porównuje sumienie do oka. Otóż oko nie tworzy rzeczywistości, ale ją tylko rejestruje, odczytuje. Oko odbiera obraz w konkretnych barwach, ale tego obrazu nie „maluje". Podobnie rzecz ma się z sumieniem: ono też nie kreuje rzeczywistości moralnej, nie określa, co jest dobre, a co złe, ale odczytuje obiektywne prawo moralne, odbiera co jest dobre, a co złe. Sumienie buduje się na szacunku dla godności osoby; jej praw wolnościowych, społecznych i solidarnościowych; na respekcie dla norm moralnych i Dekalogu oraz na realizacji wartości ważnych i znaczących. Obecne życie niestety jest coraz bardziej skierowane na wartości materialne i sprawiające przyjemność. Dużym problemem jest także brak zgodności między wartościami deklarowanymi a rzeczywiście realizowanymi w naszym życiu, a także przekazywanymi. Związane jest to jak się wydaje z zanikiem przejrzystej hierarchii wartości i upadkiem autorytetów, które weryfikowałyby wyznawane wartości oraz ich hierarchię. Tak więc istnieje potrzeba wychowania sumienia. Wychowanie sumienia jest zadaniem całego życia i jest nieodzowne w życiu każdego człowieka. „Im bardziej więc decydującą rolę odgrywa prawe sumienie tym więcej osoby i społeczności powinny unikać ślepej samowoli i starać się dostosować do obiektywnych norm moralności" (por. konst. Gaudium et spes).

Po tak ogólnym odniesieniu się do kwestii sumienia możemy przejść do omówienia klauzuli sumienia. Prawo do powołania się na klauzulę sumienia w zawodach medycznych mają lekarze, pielęgniarki i położne. Klauzula sumienia, to szczególna regulacja prawna, zgodnie z którą lekarz, pielęgniarka, położna może powstrzymać się od wykonania świadczeń medycznych niezgodnych z ich własnym sumieniem a wolność sumienia jest zagwarantowana we wszystkich państwach Unii Europejskiej. Wolność myśli sumienia i wyznania została zapisana w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka z 1950r. (art.9ust.1). Aktem prawa europejskiego obejmującym problematykę klauzuli sumienia, w tym klauzuli sumienia lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek i położnych jest Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej przyjęta 7 grudnia 2000 r., podczas posiedzenia Rady Europejskiej w Nicei przez Parlament Europejski, Radę i Komisję Europejską. Zgodnie z art. 10 Karty, „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i religii. Prawo to obejmuje wolność zmiany religii lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania, indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań poprzez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i uczestniczenie w obrzędach (ust. 1). Uznaje się prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa (ust. 2). Cały artykuł nosi tytuł: „Wolność myśli, sumienia i religii". Klauzula sumienia była także przedmiotem Rezolucji Rady Europy w 2010 roku. Zgromadzenie Parlamentarne 7 października 2010 r. przyjęło rezolucję nr 1763 pt. „Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej". W rezolucji podkreślono prawo

pracowników służby zdrowia i placówek służby zdrowia do odmowy wykonania lub udzielenia pomocy w przeprowadzeniu aborcji, poronienia, eutanazji lub jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować śmierć zarodka lub płodu ludzkiego. Choć rezolucje Zgromadzenia Parlamentarnego RE nie są stosowane bezpośrednio w prawie krajowym poszczególnych państw członkowskich, to jednak powinny być szanowane, zwłaszcza, że dokumenty RE często ukierunkowują aktywność legislacyjną tych państw. Generalną podstawę normatywną klauzuli sumienia w polskim prawodawstwie zawiera art. 53 ust. 1 Konstytucji RP z 1997 r. „Wolność sumienia należy do podstawowych praw człowieka, a to oznacza, iż nikt nie może być zmuszany do czynienia czegoś, co sprzeciwia się jego przekonaniom". Zatem wolność sumienia jest zasadą konstytucyjną i na tej podstawie istnieje możliwość wstrzymania się od działań niezgodnych z sumieniem. Klauzula sumienia w odniesieniu do zawodu pielęgniarki i położnej jest uregulowana zapisami Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003 roku i Ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 roku. Rozdział II Kodeksu Etyki, mówi: „pielęgniarka i położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi". Z kolei Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej – art.14.2 daje prawo odmowy udziału w eksperymencie, jeśli uzna, że ma uzasadnione wątpliwości co do celu, przebiegu i skutków takowego.

Istotny jest art. 12 pkt.2, który mówi, że „pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej". Rozwinięcie tej kwestii następuje w kolejnych pkt. 3 i 4, które mówią, że „pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych, pielęgniarka i położna mają obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej". Niezwykle istotne jest niezwłoczne dopełnienie tych formalności. Ważne jest także to, że pielęgniarka jak i położna przy odmowie pewnych świadczeń nie może pominąć faktu ewentualnego nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mówi art. 12 pkt. 1 ustawy. Natomiast zapis w ustawie mówiący o wskazaniu realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym budzi wątpliwości i zastrzeżenia, bowiem istotnie ogranicza klauzulę sumienia. Sprawa jest trudna. Podobnych sytuacji w życiu, kiedy przekonania religijne i moralne są nie do pogodzenia z prawem jest wiele i nie dotyczą wyłącznie pracowników służby zdrowia. Niestety nie unikniemy konfliktu pomiędzy sumieniem a prawem stanowionym przez państwo. Albert Einstein mówił: „nigdy nie postępuj jednak wbrew swojemu sumieniu, nawet jeśli zażąda tego państwo". Warto pamiętać, że prawo do wolności sumienia jest prawem podstawowym i wynika z godności osoby ludzkiej, z natury człowieka.

Podsumowując, każdy lekarz, pielęgniarka, położna, ma w swojej pracy i działalności, prawo do powołania się na klauzulę sumienia i podejmowania decyzji moralnych, zgodnie z sumieniem. Zawsze też przy tym należy pamiętać o zasadzie wyrażonej w etyce klasycznej „dobro należy czynić a zła unikać" oraz „złotej zasadzie": wszystko co byście chcieli, żeby wam ludzie czynili, i wy im czyńcie" (Mt7,12) (por.Łk6,31) oraz podstawie etyki zawodów medycznych w szczególności z jej główną zasadą: „Primum non nocere – po pierwsze nie szkodzić". ■

Literatura

1. *Biblia Tysiąclecia.* Poznań 1980.
2. *Katechizm Kościoła Katolickiego.* Poznań 1994.
3. *List pasterski Episkopatu Polski 2013.*
4. *Materiały biura analiz sejmowych.*
5. Sarnowski S., Frykowski E. *Problemy etyki-wybór tekstów.* Bydgoszcz 1993.
6. Szostek A. *Pogadanki z etyki.* Częstochowa 1993.
7. Ślipko T. *Zarys etyki ogólnej.* Kraków 2004.

Józef Luberda – Członek Rady Okręgowej i Prezydium MOIPiP, Przewodniczący Komisji Etyki MORPiP. Ekspert Komisji Etyki NRPiP. Członek KofC. Współpracownik WDR Archidiecezji Krakowskiej – doradca i katecheta. Autor książki pt. „Ojcowski dom – obyczaj i tradycja". Regionalista. Publicysta, autor licznych esejów i artykułów. Pielęgniarz ze Szpitala Miejskiego w Rabce-Zdroju.

Z DZIEJÓW PIELĘGNIARSTWA W KRAKOWIE

DZIAŁALNOŚĆ SEWERYNY MIKUCKIEJ NA RZECZ KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA PIELĘGNIAREK ORAZ JEJ WKŁAD W ROZWÓJ PIELĘGNIARSTWA ZAWODOWEGO

► Iwona Kruszka

Prekursorkami powstania i rozwoju pielęgniarstwa zawodowego w Polsce były pochodzące z inteligenckich rodzin, wszechstronnie wykształcone, działaczki Stowarzyszenia Pań Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo. Poświęcały zarówno czas jak i majątek na niesienie pomocy potrzebującym. Posiadały świadomość tego, że rozwój zawodu leży w interesie społecznym. Lista zasłużonych nestorek pielęgniarstwa związanych z Krakowem jest długa. Znajdują się na niej znane nazwiska, takie jak: Maria Epstein, Anna Rydlówna, Maria Wiszniewska, Teresa Kulczyńska, Elżbieta Borkowska, Hanna Chrzanowska, aczkolwiek na rozwój oraz prestiż zawodu pracowały pokolenia pielęgniarek, często bezimiennych bohaterek. Ich dzieło kontynuowane było z wielkim poświęceniem przez pielęgniarki, którym zawdzięczamy obecną pozycję w społeczeństwie. Naszą powinnością jest zachować pamięć o Ich dokonaniach. Znaczącą rolę w rozwoju pielęgniarstwa odegrały także współczesne pielęgniarki. Stąd celem niniejszego opracowania jest przedstawienie wszechstronnej działalności mgr Seweryny Mikuckiej na rzecz kształcenia i doskonalenia pielęgniarek oraz Jej wkładu w rozwój pielęgniarstwa. Aby móc ocenić przedstawiane osiągnięcia zawodowe S. Mikuckiej, warto prześledzić Jej drogę dojścia do uzyskania dyplomu pielęgniarki.

Fot. 1. Seweryna Mikucka. Archiwum prywatne S. Mikuckiej.

Urodziła się 10 października 1929 roku w Stanisławowie. Jej dziadek ze strony ojca Władysław – był lekarzem położnikiem-ginekologiem, prowadzącym własny gabinet lekarski, w którym odbierał także porody. Babcia (matka ojca), prowadziła działalność filantropijną, założyła sierociniec, dom dla tzw. podrzutków – dziś nazwano by go „Domem Małego Dziecka". Rodzice ojca w latach 1920-1929 mieszkali w Stanisławowie. Ojciec Ksawery w latach studenckich często przebywał za granicą, we Francji i Belgii, gdzie w Wyższym Instytucie Technicznym uzyskał dyplom inżyniera konstrukcji samochodowych. Po powrocie do Lwowa założył przedsiębiorstwo samochodowe niemieckiej firmy Steyr Puch. Równocześnie rozpoczął karierę zawodnika w Małopolskim Klubie Automobilowym, zdobywając pierwsze miejsca w różnych rajdach Polski na Fiacie Torino 501. Matka Zofia, z domu Chmielewska, swoją młodość spędziła we Lwowie, gdzie mieszkała Jej rodzina. S. Mikucka była jedynaczką. Jej wychowaniem zajmowała się matka, która ze względu na dobrą sytuację materialną rodziny, nie musiała podejmować pracy zawodowej. Do 1939 roku wraz z rodzicami mieszkała we Lwowie.

Uczęszczała do elitarnej szkoły prowadzonej przez siostry Sacre Coeur. W szkole tej panował rygor, sio-

stry zakonne kładły szczególny nacisk na wychowanie religijne. Za dobre sprawowanie uczennice otrzymywały jako nagrodę szarfę różnego koloru w zależności od tego, w której były klasie. Szarfę tę zakładały na mundurek na różne uroczystości szkolne. Na co dzień nosiły mundurek z niebieskim kołnierzykiem, a od święta z białym. Wakacje letnie, okresy Bożego Narodzenia i Wielkanocy spędzała z matką i opiekunką w Urzejowicach, miejscowości położonej na południe od Przeworska, w majątku wujostwa. Był to zespół pałacowo-parkowy z 1887 roku. Dziś, sięgając pamięcią do tego okresu sprzed kilkudziesięcioleci i korzystając z Internetu, odnalazła miejscowość Urzejowice, znajdującą się obecnie w województwie podkarpackim i zniszczone fragmenty pałacu z Jej dzieciństwa. Beztroski okres szczęśliwego dzieciństwa zakończył wybuch II wojny światowej. Zaczął się bardzo trudny i niebezpieczny czas okupacji rosyjsko-niemieckiej.

W obawie przed aresztowaniem i wywiezieniem na Sybir wraz z rodzicami uciekali ze Lwowa i wielokrotnie zmieniali miejsce pobytu. Przemyśl, Jarosław, Kraków, Warszawa, to kolejne miasta. W Warszawie, wraz z matką, przeżyły wybuch Powstania Warszawskiego. Po trzech tygodniach życia w ciemności i głodzie, słysząc odgłosy strzelaniny wokół, kiedy traciły już nadzieję, nieoczekiwanie dotarł do nich ojciec. Przybył z Krakowa, narażając życie, szedł przez całą płonącą Warszawę podczas walk ulicznych powstańców z Niemcami, legitymując się przynależnością do Rady Głównej Opiekuńczej, której celem było udzielanie wszelkiej pomocy społecznej Polakom w ciężkiej sytuacji, postanowił wyprowadzić rodzinę z Warszawy. Zabierając tylko osobiste rzeczy, korzystając z rożnych środków transportu, rodzina Mikuckich przedostała się do Krakowa, ale i tu nie było łatwo warszawiakom znaleźć mieszkanie. Zatrzymali się więc u gospodarzy małego domku w Ojcowie. Po oswobodzeniu Krakowa, ojciec znalazł mieszkanie w Krakowie na Rynku Kleparskim 12. Początkowo było to trzypokojowe mieszkanie na trzecim piętrze, a od 1960 roku pokój z kuchnią na parterze. Obecnie pani Seweryna mieszka na nowopowstałym osiedlu „Tarasy Wiślane", gdzie zamieszkuje w wygodnym, funkcjonalnie urządzonym mieszkaniu z dwoma balkonami, na których lubi odpoczywać wśród pięknych kwiatów.

W 1945 roku rozpoczęła naukę w szkole stopnia licealnego PP. Prezentek w Krakowie. Podczas wakacji letnich i zimowych wyjeżdżała na różne kursy wychowania fizycznego, obozy i zjazdy młodzieżowe. Ukończyła kurs instruktora nauki pływania dla dzieci i młodzieży. Pracowała także w szkolnym kole PCK, była jego prezeską (fot. 2).

Fot. 2. Zdjęcie szkolnego Koła PCK, S. Mikucka stoi trzecia z prawej strony, 1948 rok. Archiwum prywatne S. Mikuckiej.

W 1950 roku ukończyła szkołę i zdała egzamin dojrzałości. Na tak zwany XXXVIII kurs w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Krakowie na ul. Kopernika 25, została przyjęta 1 września 1950 roku. Na decyzję o wyborze szkoły pielęgniarskiej miała wpływ działalność w szkolnym kole PCK i pełnione w nim funkcje oraz rada opiekunki koła, a zarazem nauczycielki wychowania fizycznego, którą obdarzała przyjaźnią i zaufaniem.

Została uczennicą Szkoły będącej kontynuatorką kształcenia pielęgniarek w Krakowie od 1911 roku. Program Szkoły obejmował dwuletni okres kształcenia teoretycznego i praktycznego. W tym czasie pracowały jako nauczycielki, doświadczone, znakomite pielęgniarki, absolwentki Szkoły, takie jak między innymi Wanda Marszałek, Apolonia Piątek, Elżbieta Borkowska, Hanna Chrzanowska, które stanowiły wzór dla przygotowujących się do zawodu uczennic. Już podczas nauki w pierwszym roku, kiedy zgłosiła się jako tzw. ochotniczka do pomocy w szpitalu zakaźnym, w czasie epidemii Heine-Medina, doświadczyła jak trudna i niebezpieczna jest praca pielęgniarki z chorymi dziećmi. W wolnym od zajęć czasie, wykonywała różne zabiegi pielęgnacyjne u osób potrzebujących. Jako, że jazda na rowerze była Jej ulubionym sportem, często w ten sposób docierała do pacjentów podczas zajęć praktycznych z pielęgniarstwa domowego.

Pani Seweryna, choć bardzo poważnie i odpowie- ▶

dzialnie traktowała obowiązki szkolne, to znajdowała także czas na przyjemności i rozwijanie swoich pasji. Rowerem udawała się na dalsze wycieczki poza miasto, nawet do Myślenic. Zawsze była entuzjastką aktywnego spędzania wolnego czasu i uprawiała różne dyscypliny sportowe. Będąc nauczycielką, w czasie wakacji organizowała dla uczniów obozy sportowe lub wędrowne, korzystając ze szkolnego sprzętu turystycznego. Obozy te były organizowane w atrakcyjnych miejscowościach nad morzem: w Gdańsku, Władysławowie, Jastrzębiej Górze, Szczecinku oraz w górach: w Zakopanem i Świeradowie.

Od wczesnych lat, zapewne po ojcu, miała zamiłowanie do sportu motocyklowego i samochodowego.

Od 1959 roku odbywała liczne wycieczki na motorze WSK 125P z matką i ukochanym jamnikiem, po całej Polsce. W tym też roku za liczbę przebytych kilometrów otrzymała Złotą Odznakę Polskiego Związku Motorowego. Od 1959 roku zaczęła podróżować samochodem, kolejno Fiatem 126p, Oplem Corsa i do dnia dzisiejszego Citroenem C3. Wielokrotnie wyjeżdżała do Francji. Najdłuższą wycieczkę odbyła wraz z matką w 1991 roku do Francji, do Lourde, pokonując 5700 km. Przyjaciele mówią, że „z samochodu nie wysiada" (fot. 3).

Fot. 3. Seweryna Mikucka w Citroenie C3, 2014 rok, archiwum prywatne S. Mikuckiej.

W działalności S. Mikuckiej na szczególną uwagę zasługuje praca społeczna. Podejmowała wiele działań na rzecz osób i instytucji. W latach 1970-1975 pełniła funkcję kuratora społecznego w sądzie dla nieletnich. Prowadziła liczne kursy, w tym w 1979 roku z zakresu pierwszej pomocy, a w 1982 roku dla organizacji „Społem" kurs *z Praktyczną Panią po zdrowie.* Dbała także o estetykę swojego miejsca zamieszkania. W 1988 roku została laureatką konkursu *Ogródek przed blokiem,* który został zorganizowany przez Wydział Ochrony Roślin Urzędu Miasta Krakowa. W latach 2005-2010 pracowała w Radzie Dzielnicy I Miasta Krakowa w komisji praworządności i porządku publicznego. W latach 2005-2010 była członkiem komisji rewizyjnej do spraw służby zdrowia w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie. W tym czasie uczestniczyła w kampanii *Pola Nadziei,* gdzie jako wolontariuszka udzielała pomocy pielęgniarskiej w przychodni dla bezdomnych, należącej do organizacji Lekarze Nadziei (fot. 4).

Fot. 4. Seweryna Mikucka w towarzystwie Lekarzy Świata, pierwsza z prawej strony w pierwszym rzędzie. Archiwum prywatne S. Mikuckiej.

Pracowała również w sekcji charytatywnej przy Bazylice św. Floriana, pomagając samotnym i chorym.

Mimo 85 lat, jest wciąż bardzo aktywna w kontaktach towarzyskich, otoczona dużym gronem przyjaciół i koleżanek z pracy, wychowankami jej Szkoły i przyjaciółmi z Francji.

Seweryna Mikucka ukończyła Państwową Szkołę Pielęgniarstwa w 1952 roku i po uzyskaniu dyplomu pielęgniarki z wynikiem bardzo dobrym, otrzymała propozycję zatrudnienia w Szkole. Z tą Szkołą, która przygotowała Ją do tak odpowiedzialnego zawodu, związała całą swoją działalność, pracując jako nauczycielka przez 42 lata. Kształcenie pielęgniarek w latach pięćdziesiątych XX wieku w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Krakowie podlegało ustawicznym zmianom. Zmieniały się warunki przyjęcia do Szkoły. Początkowo przyjmowano kandydatki po dziewięciu klasach szkoły ogólnokształcącej, w wieku od szesnastu do trzydziestu lat, od 1956 roku warunkiem przyjęcia stało się posiadanie świadectwa dojrzałości. Okres kształcenia – dwuletni wydłużono o pół roku,

a pod koniec funkcjonowania Szkoły do trzech lat. W planach i programach nauczania wprowadzano zmiany, które wynikały ze zmieniającego się okresu kształcenia i liczby godzin na ten plan przewidzianych. Zachowano podział czasu kształcenia na trzy okresy, w kolejnych latach wprowadzono podział na semestry (od 4 do 6). Zachowano także, już sprawdzoną kolejność realizowanych przedmiotów, zachowując między nimi korelację. Zmiany w programach nauczania nakładały na nauczycieli obowiązek doskonalenia metod prowadzenia zajęć. Poza tradycyjnym wykładem, wprowadzono dyskusję, pracę z podręcznikiem, filmem i samokształcenie. Stopień opanowania wiadomości kontrolowano nie tylko egzaminem ustnym, wprowadzono sprawdziany pisemne, testy wiadomości i pracę w zespołach. Zmiany dokonywały się także w metodach prowadzenia zajęć praktycznych. Opracowywano materiały pomocnicze, wzory obserwacji chorego i plany opieki nad chorym. Zmiany zachodzące w metodach diagnozowania i leczenia oraz pielęgnowania chorych wymagały od nauczycieli opracowywania nowych programów nauczania, natomiast zmiany w kształceniu pielęgniarek wymagały nabywania nowych kwalifikacji dydaktycznych.

W tej właśnie Szkole, dobrze zorganizowanej i ze znaczącymi osiągnięciami, w której dokonywano w sposób dynamiczny zmian w kształceniu pielęgniarek, 1 września 1952 roku rozpoczęła pracę Seweryna Mikucka. Podjęła bardzo trudne zadanie kształcenia i wychowywania przyszłych pielęgniarek. Była pielęgniarką dyplomowaną, ale jeszcze bez doświadczenia zawodowego i bez przygotowania pedagogicznego. W tym czasie dyrektorką Szkoły była Zofia Kurkowa, absolwentka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, kierowniczką szkolenia teoretycznego Felicja Kubiak, kierowniczką szkolenia praktycznego Maria Nieniewska. Kierowniczki szkolenia były absolwentkami Szkoły, doświadczonymi, znakomitymi pielęgniarkami. W Szkole, jako nauczycielki, pracowały także absolwentki, doświadczone i znakomite pielęgniarki, które stanowiły wzór i były wsparciem dla młodych nauczycielek (fot. 5).

S. Mikucka przez okres czterech lat prowadziła zajęcia w pracowni pielęgniarstwa, zwanej „salą demonstracyjną" (fot. 5), przygotowując uczennice do wykonywania podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych. Była to bardzo odpowiedzialna praca, polegająca na bezbłędnym pokazie dla uczennic czynności pielęgnacyjnych. Wymagało to perfekcyjnego przygotowania nauczyciela, bowiem błędy byłyby

Fot. 5. Seweryna Mikucka podczas zajęć w sali demonstracyjnej, 1955 rok. Archiwum prywatne S. Mikuckiej.

powielane przez uczennice i trudne do usunięcia. Początkujący nauczyciele musieli przeznaczać wiele godzin na przygotowanie pokazów dla uczennic. W tym czasie w sali ćwiczeń zajęcia prowadziły nauczycielki: Janina Grodzicka, Maria Bąkowska, Emilia Kutrzeba, wspólnie więc przygotowywały się do prowadzenia ćwiczeń.

Fot. 6. Seweryna Mikucka podczas zajęć praktycznych w oddziale niemowląt. Archiwum prywatne S. Mikuckiej.

W 1956 roku, jako nauczyciel zawodu, objęła prowadzenie zajęć z pielęgniarstwa pediatrycznego, teoretycznych i praktycznych. Zajęcia praktyczne prowadziła w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym ▶

Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie, w oddziale dla niemowląt (fot. 6). W Szpitalu tym pracowały wysoko wykwalifikowane absolwentki Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek, a współpraca ze Szkołą stawała się jego tradycją. Zorganizowano w nim tzw. szkolne oddziały niemowląt i dzieci starszych, w których uczennice po zaliczeniu przedmiotu pielęgniarstwo pediatryczne odbywały zajęcia praktyczne, które w zależności od obowiązującego programu, trwały od 4 do 6 tygodni. Zajęcia odbywały się w godzinach 7-14, 14-21, 21-7. Początkowo uczennice pełniły po siedem dyżurów nocnych, później zmniejszono ich liczbę do trzech. Uczennice obejmowały całodobową opieką chore niemowlęta, niezależnie od pracy zatrudnionych tam pielęgniarek. Każda uczennica sprawowała opiekę pielęgnacyjną nad dwoma lub trzema niemowlętami, w zależności od ich stanu zdrowia. Opieka ta była prowadzona pod kierunkiem nauczyciela, zależała od okresu pobytu uczennicy w oddziale i była dokumentowana w odniesieniu do każdego dziecka. Tę indywidualną dokumentację pielęgnowanego dziecka, Seweryna Mikucka wprowadziła jako metodę szkolenia praktycznego w 1977 roku. Została ona przyjęta przez zespół lekarzy z dużym uznaniem i wykorzystana w leczeniu dzieci. Zajęcia praktyczne w oddziale niemowlęcym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Dziecięcym im. św. Ludwika prowadziła do końca pracy zawodowej, a więc do 1994 roku.

Seweryna Mikucka początkowo pracowała jako nauczyciel zawodu, nie posiadając stosownego wykształcenia pedagogicznego. Uzupełniła więc wymagane wykształcenie i w 1957 roku zdała uproszczony, państwowy egzamin dla nauczycieli średnich szkół medycznych, który był równoznaczny z ukończeniem studiów wyższych i uprawniał do nauczania w zakresie pielęgniarstwa. Na tym jednak nie poprzestała i rozpoczęła studia na Wydziale Filologiczno-Historycznym w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Krakowie, uzyskując w 1969 roku, z wynikiem bardzo dobrym, tytuł magistra pedagogiki. Jako temat pracy magisterskiej podjęła problem samobójstw młodzieży w wieku dorastania, jego przyczyn psychologicznych, środowiskowych w kontekście profilaktyki pedagogicznej. Dokonała analizy zgromadzonego materiału obejmującego sto rodzin samobójców z terenu miasta Krakowa. Kolejne doskonalenie zawodowe podjęła w latach 1976-1977, ukończyła kurs intensywnej opieki medycznej oraz kurs dla kierowników szkolenia praktycznego, zorganizowany przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli Średnich Kadr Medycznych. W 1985 roku uzyskała II stopień specjalizacji zawodowej z zakresu nauczania pielęgniarstwa wieku rozwojowego. Z Centrum Doskonalenia Nauczycieli Średnich Kadr Medycznych w Warszawie związała się wieloletnią współpracą, początkowo jako uczestniczka szkolenia, później jako prowadząca.

Od lat sześćdziesiątych brała udział w szkoleniu nauczycieli średnich kadr medycznych w zakresie metodyki nauczania pielęgniarstwa pediatrycznego. Wiedza teoretyczna i doświadczenie praktyczne z zakresu pielęgnacji dziecka, stanowiły główny przedmiot Jej zainteresowań zawodowych i tematykę publikacji. W kilku krajach podejmowane były próby wyeliminowania fragmentaryczności w realizowaniu takiej opieki nad chorym, w zakresie której niewiele czasu przeznaczano na poznanie chorego i jego potrzeb. W dążeniu do zmiany tej sytuacji, podjęła próbę prowadzenia zajęć praktycznych w oddziale niemowląt, w oparciu o proces pielęgnowania, jako metody opieki nad dzieckiem.

Od 1967 roku ukazują się Jej artykuły (około czternastu), w czasopismach, takich jak: Biuletyn Metodyczny dla Nauczycieli Średnich Szkół Medycznych, Szkoła Medyczna, Pielęgniarka i Położna, Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych. Była także współautorką książki „Domowy Poradnik Medyczny", w którym m.in. znajdował się rozdział dotyczący pielęgnowania dziecka w warunkach domowych. Na zlecenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, w latach 1978-1984, opracowała materiały pomocnicze dotyczące metod nauczania zawodu pielęgniarskiego w studiach medycznych, w zakresie procesu pielęgnowania niemowlęcia i dokumentacji w oddziałach dziecięcych.

Jej aktywność zawodowa przypadła na okres intensywnej działalności innowacyjnej nauczycieli Szkoły, przejawiającej się w pracach powołanego Zespołu Metodycznego, w którym Jej rola była wiodąca. Opracowywano nowe programy nauczania, wprowadzono do treści kształcenia diagnozę pielęgniarską, proces pielęgnowania i jego dokumentowanie, a także kryteria oceny uczennic w przebiegu zajęć praktycznych. Prowadzono koleżeńskie lekcje otwarte, organizowano konferencje naukowe i szkoleniowe, co sprzyjało upowszechnianiu nowatorskich metod kształcenia pielęgniarek.

Była aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, w latach 1979-1983 pełniła funkcję członka Zarządu Głównego oraz członka plenum i przewodniczącej Komisji Szkoleniowej w Zarzą-

dzie Oddziału w Krakowie. Aktywnie uczestniczyła w przygotowaniu uczennic do udziału w Olimpiadach Pielęgniarstwa, organizowanych przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Za wybitne osiągnięcia w pracy dydaktyczno-wychowawczej i pracy społecznej w latach 1973-1978 została wyróżniona dwukrotnie nagrodą Ministra Oświaty i Wychowania II stopnia, a w 1984 roku Nagrodą Specjalną Ministra Oświaty i Wychowania. Otrzymała także liczne i znaczące odznaczenia i wyróżnienia, takie jak: Srebrna Odznaka Związkowa Pracowników Służby Zdrowia w 1964 roku, Złota Odznaka Związkowa Pracowników Służby Zdrowia w 1972 roku, Złoty Krzyż Zasługi w 1975 roku, Odznaka „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia" w 1976 roku, Złota Odznaka Krakowskiej Rady Związków Zawodowych w 1980 roku, Medal Komisji Edukacji Narodowej w 1982 roku (fot. 7), Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski w 1984 roku, Odznaka Honorowa „Za Zasługi dla Pielęgniarstwa" w 1984 roku. ■

Fot. 7. Seweryna Mikucka odznaczana Medalem Komisji Edukacji Narodowej, 1982 rok. Archiwum prywatne S. Mikuckiej.

Opracowano na podstawie pracy licencjackiej, przygotowanej pod kierunkiem dr n. med. Joanny Zalewskiej-Puchały, w Pracowni Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Iwona Kruszka – licencjat pielęgniarstwa, pracuje w Banku Krwi w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego w Krakowie.

DALSZA CZĘŚĆ ARTYKUŁU W KOLEJNYM NUMERZE MPiP

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

uprzejmie prosi o nadsyłanie streszczeń prac magisterskich i licencjackich mających zastosowanie w zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.

- Wybrane prace będą opublikowane w gazecie.
- Streszczenia prac prosimy przesyłać w formie papierowej i elektronicznej.
- Do zgłoszenia pracy magisterskiej lub licencjackiej do opublikowania należy dołączyć pisemną zgodę autora pracy.
- Wyróżnione prace zostaną nagrodzone na uroczystościach organizowanych przez Małopolską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, po wcześniejszym zawiadomieniu autora pracy.
- Po akceptacji zespołu redakcyjnego – wybrane streszczenia będą publikowane.

W imieniu
Zespołu Redakcyjnego pisma
Koordynator *Tadeusz Wadas*

INFORMACJA ZESPOŁU REDAKCYJNEGO

Szanowni Państwo!

Zachęcamy do przedstawiania nam tekstów (przesyłanych w formie elektronicznej), poruszających problemy naszego środowiska bądź też prezentujących ciekawe informacje, dotyczące praktyki pielęgniarek i położnych.

Informujemy, że każdy nadesłany tekst jest dokładnie czytany przez Zespół Redakcyjny i po dyskusji zatwierdzany lub też nie zatwierdzany do publikacji.

Decyzja o publikacji jest decyzją kolegialną Zespołu Redakcyjnego, odpowiadającego za merytoryczny poziom wydawnictwa. Autorzy tekstów nie będą informowani o niedopuszczeniu tekstu do druku.

Ponadto informujemy, że nie odsyłamy nadesłanych materiałów.

Pismo jest jedynym pismem środowiska pielęgniarskiego Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych – do jego współredagowania zachęcamy szczególnie członków Izby.

W imieniu
Zespołu Redakcyjnego pisma
Koordynator *Tadeusz Wadas*

KLAUZULA SUMIENIA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Przemysław Gogojewicz

Klauzula sumienia pielęgniarek i położnych jest sprawą sporną, mocno dyskusyjną, gdyż tak samo jak to ma miejsce względem lekarzy, co innego w tym temacie stanowi prawo polskie, a czym innym są wewnętrzne normy etyczne wpisane w sumienie każdej pielęgniarki czy położnej. Innymi słowy, jednostce gwarantuje się m.in. swobodę w zakresie wyboru systemu wartości, którym pragnie się kierować i przez pryzmat którego oceniać będzie otaczającą ją rzeczywistość. Jednostce pozostawia się w końcu możliwość autonomicznego określenia znaczenia takich terminów, jak „dobro" i „zło", ewentualnie dokonania w tym zakresie swobodnego wyboru. O ile sfera wolności duchowej – wewnętrznej – nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom o tyle jej uzewnętrznianie musi uwzględniać realia, a zwłaszcza całość systemu wartości, demokratycznego państwa prawa. W sferze zewnętrznej, wolność myśli, sumienia i wyznania może więc, a w niektórych wypadkach także musi podlegać ograniczeniom.

Konwencja o ochronie praw człowieka ograniczenia te wymienia w art. 9 ust. 2: Wolność uzewnętrzniania wyznania lub przekonań może podlegać jedynie takim ograniczeniom, które są przewidziane przez prawo i konieczne w społeczeństwie demokratycznym z uwagi na interesy bezpieczeństwa publicznego, ochronę porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób.

Klauzula sumienia - *to szczególna regulacja prawna, zgodnie z którą pielęgniarka czy położna może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych, niezgodnych z jej sumieniem. Zgodnie z art. 12 pkt. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego bądź innego świadczenia niezgodnego z ich sumieniem. W takiej sytuacji muszą niezwłocznie, na piśmie podać przyczynę odmowy przełożonemu lub osobie zlecającej. Wyjątek stanowi przypadek zagrożenia zdrowia. Pielęgniarka i położna mają też prawo do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz poznania planowanych metod diagnostycznych i zabiegowych.*

Pielęgniarka czy położna zgodnie z Kodeksem Etyki Pielęgniarki i Położnej może odmówić udziału z zabiegu medycznym i eksperymentalnym, jeżeli udział ten narusza jej wolę sumienia czy wyznania.

Powoływanie się na klauzulę sumienia jest niedopuszczalne w celu dyskryminacji jakiejś grupy pacjentów ze względu na rasę, narodowość, poglądy polityczne, przekonania religijne czy orientację seksualną. Rozwiązanie to wydaje się uzasadnione nie tylko obowiązkiem przestrzegania praw człowieka. W myśl przepisów obowiązującego prawa konflikt z sumieniem może dotyczyć jedynie danego świadczenia zdrowotnego, a nie osoby pacjenta.

Klauzula sumienia w polskim prawie

Dobra osobiste, to pewne wartości niematerialne, uznane powszechnie w społeczeństwie i łączące się ściśle z człowiekiem, decydujące o jego indywidualności i odrębności. Na wartości te ustawodawca wskazał przykładowo w art. 23 k.c. (kodeksu cywilnego). Wymieniona w tym przepisie swoboda sumienia jest niewątpliwie dobrem osobistym i to na tyle istotnym, że do jego ochrony państwo zobowiązało się w umowach międzynarodowych (przede wszystkim w art. 9 ust. 1 Konwencji z dnia 4 listopada 1950 r. o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, Dz. U. 1993 r. Nr 61, poz. 284) i w postanowieniach Konstytucji.

To, że w art. 53 ust. 1 Konstytucji ustawodawca zadeklarował, że każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii nie jest przesłanką dla wyróżnienia tego rodzaju dobra osobistego, jak to ujął Sąd Apelacyjny lecz raczej konsekwencją uznania jego szczególnego charakteru, wymagającego stworzenia gwarancji jego ochrony nie tylko w relacjach między jednostka-

mi lecz także w stosunku do państwa i jego organów. Dobra osobiste, w znaczeniu określonym wyżej, nie są bowiem tożsame z prawami i wolnościami człowieka i obywatela ani też z publicznymi prawami podmiotowymi.

Swoboda sumienia to wolne, wynikające z własnego przekonania wyrażanie określonego światopoglądu, w tym także wybór i praktykowanie określonej religii, wybór systemu wartości, według którego dokonuje się oceny swoich zachowań, czynów, myśli i uczuć. Chroniąc swobodę sumienia, chroni się tym samym sferę pojęć, wyobrażeń i przekonań jednostki w tym i takich, które wiążą się z odpowiedzią na podstawowe pytania egzystencjalne.

Precyzyjniejsze ustalenie zakresu użytego w art. 23 k.c. pojęcia „swoboda sumienia" jest możliwe przy uwzględnieniu treści aktów normatywnych, w których używa się tego pojęcia lub też pojęć o zbliżonym znaczeniu (wolność wyznania, wolność myśli i przekonań), nawet jeśli nie zostały one przyjęte lub uchwalone w celu zidentyfikowania dóbr osobistych człowieka lecz w celu wyznaczenia sfery gwarantowanych mu wolności osobistych. Odpowiedzi na pytanie o to, jakie bardziej szczegółowe treści składają się na „swobodę sumienia" można zatem poszukiwać w art. 9 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności i w art. 53 Konstytucji RP. Pierwszy z tych przepisów stanowi, że każda osoba ma prawo do wolności myśli, sumienia i religii, które to prawo obejmuje wolność zmiany religii lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania, indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań. Wolność uzewnętrzniania religii i przekonań realizowana jest przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne.

W art. 53 ust. 1 Konstytucji RP ustawodawca zadeklarował, że każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Wolność religii – według art. 53 ust. 2 Konstytucji RP - obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują. Z art. 53 ust. 6 i 7 Konstytucji RP wynika natomiast zakaz zmuszania kogokolwiek do uczestniczenia albo nieuczestniczenia w praktykach religijnych oraz zobowiązywania kogokolwiek przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania.

W art. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (Tekst jednolity: Dz. U. 2005 r. Nr 231, poz. 1965 ze zm.) ustawodawca przyjął, że Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu obywatelowi wolność sumienia i wyznania, która obejmuje swobodę wyboru religii lub przekonań oraz wyrażania ich indywidualnie i zbiorowo, prywatnie i publicznie, z zagwarantowaniem równych praw we wszystkich sferach życia społecznego osobom wierzącym i niewierzącym. Z art. 2 tej ustawy wynika, że korzystanie z wolności sumienia i wyznania pozwala zarówno na głoszenie swojej religii lub przekonania, jak i na zachowanie milczenia w sprawach swojej religii lub przekonań, a z art. 6 ust. 2, że nie wolno zmuszać obywateli zarówno do niebrania udziału w czynnościach lub obrzędach religijnych ani do udziału w nich.

Dobrem osobistym podlegającym ochronie jako „swoboda sumienia" jest zatem swoboda w zakresie przyjęcia określonego światopoglądu, w tym także przyjęcia określonego wyznania. Na swobodę sumienia osoby wyznającej określoną religię składa się wolność wyrażania swoich przekonań religijnych oraz wykonywania praktyk religijnych. Osoba, która deklaruje się jako niewierząca, nie może wprawdzie oczekiwać, że nie będzie miała kontaktu z osobami wierzącymi, ich praktykami i symbolami religijnymi, bo w życiu społecznym byłoby to równoznaczne z ograniczeniem swobody sumienia osób wierzących, ale może oczekiwać, że nie będzie poddawana praktykom religijnym wbrew swej woli, czy zmuszana do udziału w nich albo do posługiwania się symbolami religijnymi.

Naruszenie „swobody wyznania" jako dobra osobistego ma miejsce w razie uniemożliwienia lub utrudnienia komuś wyrażania jego przekonań religijnych oraz wykonywania praktyk religijnych, w razie podjęcia wobec niego działań będących formą szykany w różnych sferach życia społecznego lub zawodowego ze względu na przekonania religijne, ale także w razie narzucenia mu obowiązku przyjęcia określonej religii czy obowiązku wykonywania pewnych praktyk religijnych. Tak samo należy potraktować poddanie kogoś wbrew jego woli czynnościom, które stanowią formę praktyki religijnej.

W orzecznictwie wskazano na jeszcze jedną cechę działania zagrażającego lub godzącego w uczucia religijne jako element swobody sumienia i przyjęto, że musi być ono wymierzone bezpośrednio przeciwko ►

osobie ubiegającej się o udzielenie jej ochrony. Dla ustalenia naruszenia dobra osobistego jako dobra indywidualnego, nierozerwalnie związanego z konkretną osobą, konieczne jest bowiem stwierdzenie bezprawnego zachowania się podmiotu dobro to naruszającego, dającego się zindywidualizować przeciwko osobie ubiegającej się o udzielenie jej ochrony (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2002 r. III CKN 618/2000 OSNC 2003, nr 6, poz. 84 oraz wyroki Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2003 r. I ACa 1162/2002 i z dnia 30 listopada 2012 r. VI ACa 729/2012).

Stwierdzenie zagrożenia swobody sumienia lub naruszenia swobody sumienia nie zależy jednak od intencji sprawcy, ale od skutku, który jego działanie mogło spowodować lub spowodowało. Swobodzie sumienia zagrażają działania lub zaniechania mogące sprowadzić określone wyżej skutki, a działanie lub zaniechanie, które takie skutki spowodowało, jest już formą naruszenia swobody sumienia.

W myśl art. 24 § 1 k.c. przesłankami udzielenia ochrony dobru osobistemu są: jego zagrożenie lub naruszenie oraz bezprawność działania sprawcy. Na żądającym ochrony ciąży jedynie dowód, że jego dobro osobiste zostało zagrożone lub naruszone, natomiast egzoneracja działającego może polegać na wykazaniu, że jego działanie nie było bezprawne. Działanie nie jest bezprawne, chociażby zagrażało dobru osobistemu lub nawet je naruszało, przede wszystkim wówczas, gdy jest oparte na obowiązującym przepisie prawa albo stanowi wykonywanie prawa podmiotowego (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2000 r. III CKN 553/98).

Europejska Konwencja Praw Człowieka

Europejska Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. nr 61, poz. 284 ze zm.; dalej: Konwencja, EKPC) w art. 9 ust . 1 stanowi: Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje wolność zmiany wyznania lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne.

Klauzula sumienia, obowiązująca w prawodawstwie większości krajów świata jest jednym z najbardziej aktualnych tematów dotyczących zasad opieki zdrowotnej przede wszystkim sprawujących ją lekarzy, pielęgniarki i farmaceutów. Jej prawna konstrukcja różni się jednak między sobą. W niektórych krajach nie jest dookreślona prawem, w innych jej zakres, funkcjonowanie i związane z nią konsekwencje są jasno sprecyzowane. Poniżej prezentujemy podstawowe akty prawa międzynarodowego, Unii Europejskiej oraz praw niektórych krajów UE oraz USA regulujących kwestię klauzuli sumienia.

Klauzula sumienia, to szczególna regulacja prawna, zgodnie z którą pielęgniarka czy położna może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z ich własnym sumieniem, a wolność sumienia jest zagwarantowana we wszystkich państwach Unii Europejskiej. W większości państw UE jest ona wyrażona expressis verbis w konstytucji, a w pozostałych państwach wolność ta jest gwarantowana na podstawie: art. 9 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. zgodnie z którym „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje wolność zmiany wyznania lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne oraz art. 18 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r.

Odnosząc się do powyższych aktów prawnych, wolność sumienia nie oznacza jedynie prawa do reprezentowania określonego światopoglądu, tzw. forum internum, ale przede wszystkim prawo do postępowania zgodnie z własnym sumieniem, do wolności od przymusu postępowania wbrew własnemu sumieniu tzw. forum externum. W orzecznictwie konstytucyjnym podkreśla się zazwyczaj, iż: na straży tej wolności stoi prawo powołania się na klauzulę sumienia i odmowy wykonania czynności sprzecznej z własnym sumieniem. Nie można chronić w sposób rzeczywisty nienaruszalnych praw człowieka, bez ochrony jego sumienia. Wolność sumienia odzwierciedla bowiem godność człowieka. Jej ochrona jest niezbędna dla gwarantowania istotnej treści niektórych podstawowych praw, takich jak: wolność wyrażania własnych przekonań etycznych, filozoficznych lub religijnych.

Możliwość powołania się na klauzulę sumienia uznawana jest za prawo o charakterze fundamentalnym, którego ograniczenie nastąpić może zupełnie wyjątkowo". Stąd prawo jednostki do odwołania się do „klauzuli sumienia" stoi na straży nie tylko wolności sumienia, ale także ochrony godności osoby ludzkiej, która jest prawem przyrodzonym i niezbywalnym.

Mając na względzie powyższe argumenty należy

podkreślić, że prawo jednostki do odwołania się do klauzuli sumienia jest zakorzenione w wolności sumienia, a zatem nie ma podstaw do formułowania odrębnego prawa do „klauzuli sumienia", albowiem źródłem jego jest wolność sumienia.

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej

Aktem prawa europejskiego obejmującym problematykę klauzuli sumienia, w tym klauzuli sumienia pielęgniarek i położnych jest Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej przyjęta 7 grudnia 2000 r., podczas posiedzenia Rady Europejskiej w Nicei przez Parlament Europejski, Radę i Komisję Europejską. Zgodnie z art. 10 Karty, „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i religii. Prawo to obejmuje wolność zmiany religii lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania, indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań poprzez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i uczestniczenie w obrzędach (ust. 1). Uznaje się prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa (ust. 2). Cały artykuł nosi tytuł: „Wolność myśli, sumienia i religii".

Prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem – a do tego sprowadza się klauzula sumienia zawierana w aktach normatywnych – jest więc gwarantowane w Karcie wprost, stanowiąc element wolności sumienia. Natomiast klauzula sumienia nie jest uregulowana w prawie wtórnym Unii Europejskiej.

Należy zaznaczyć, że realizacja związanych z wolnością sumienia praw może być ograniczona przez państwo, gdy ze strony osób lub instytucji podjęto działania godzące w inne powszechnie uznawane w demokratycznym państwie prawa wartości, jak np.: bezpieczeństwo i porządek publiczny, zdrowie, moralność, prawa i wolności innych osób.

Warto też zwrócić uwagę, że problem spornego charakteru prawa do wolności sumienia oraz innych wartości zdaje się obecnie nabierać szczególnego znaczenia w związku z rozwojem biomedycyny i powiązaną z nim koniecznością podejmowania przez pracowników służby zdrowia działań, będących przedmiotem szczególnie głębokich kontrowersji moralnych.

Klauzula sumienia według Rady Europy

Ostatnio klauzula sumienia była przedmiotem Rezolucji Rady Europy w 2010 r., którą poprzedziła burzliwa debata. Zgromadzenie Parlamentarne 7 października 2010 r. przyjęło rezolucję nr 1763 pt. „Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej". W rezolucji podkreślono prawo pracowników służby zdrowia i placówek służby zdrowia do odmowy wykonania lub udzielenia pomocy w przeprowadzeniu aborcji, poronienia, eutanazji lub jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować śmierć zarodka lub płodu ludzkiego. Choć rezolucje Zgromadzenia Parlamentarnego RE nie są stosowane bezpośrednio w prawie krajowym poszczególnych państw członkowskich, to jednak członkowie powinni je szanować, a dokumenty RE często ukierunkowują aktywność legislacyjną prawodawców krajowych.

Klauzula sumienia w UE

FRANCJA

Kwestie związane z klauzulą sumienia regulują przepisy „Kodeksu zdrowia publicznego", w którym zebrane są w układzie rzeczowym przepisy ustawowe i wykonawcze dotyczące organizacji ochrony zdrowia, zawodów medycznych, bioetyki, profilaktyki, zdrowia publicznego, praw pacjentów itp. Prawo do powoływania się na klauzulę sumienia przysługuje w czterech obszarach: przerwania ciąży, przerwania ciąży ze względów medycznych, sterylizacji w celach antykoncepcyjnych (podwiązanie jajników i wazektomia), badań na zarodkach i zarodkowych komórkach macierzystych.

HISZPANIA

W ustawodawstwie Królestwa Hiszpanii brak jest przepisu, który w sposób ogólny regulowałby kwestie związane z tak zwaną klauzulą sumienia w przypadku przedstawicieli zawodów medycznych. Niemniej, prawo do niepodejmowania działań sprzecznych z własnymi przekonaniami w przypadku tych i innych zawodów można wywodzić z konstytucji.

W związku z wykonywaniem zawodów medycznych w szczególności o „sprzeciwie sumienia" wobec zabiegu przerywania ciąży mówi natomiast ustawa z 2010 roku o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym i o dobrowolnym przerywaniu ciąży. Zawiera ona w artykule 19 klauzulę sumienia oraz jej ograniczenia.

NIEMCY

Odnośnie funkcjonowania klauzuli sumienia niemiecki system prawny przewiduje prawo do odmowy uczestniczenia w przeprowadzaniu zabiegu przerwania ciąży. Prawo to przysługuje nie tylko lekarzom, ale innym osobom, które mogłyby być zaangażowane w zabieg przerwania ciąży, przede wszystkim pielę- ▶

gniarkom. Niemieckie prawo przewiduje także prawo do nieuczestniczenia w zabiegach na embrionach. Sprawę tę reguluje kilka odrębnych ustaw. Na przykład prawo dla personelu medycznego do odmowy uczestniczenia w przeprowadzaniu zabiegu przerwania ciąży przewiduje ustawa z dnia 27 lipca 1992 r. o unikaniu i pokonywaniu konfliktów związanych z ciążą. Podobne rozwiązanie prawne przewidziano w ustawie z dnia 13 grudnia 1990 r. o ochronie embrionów.

SŁOWACJA

W Republice Słowackiej istnieją powszechnie obowiązujące przepisy dotyczące klauzuli sumienia, które zezwalają pracownikom służby zdrowia na odmowę wykonania procedury medycznej, która jest sprzeczna z ich sumieniem. Zawiera je m.in. ustawa z 2004 r. o opiece zdrowotnej. Dalsze regulacje dotyczące stosowania klauzuli sumienia zawiera „Kodeks etyczny pracownika służby zdrowia". Zgodnie z kodeksem „od pracownika służby zdrowia nie można żądać przeprowadzenia lub udziału w takiej czynności, która jest niezgodna z jego sumieniem, z wyjątkiem przypadków bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia innych osób". Jeżeli pracownik służby zdrowia odwołuje się do klauzuli sumienia winien o tym fakcie poinformować swojego pracodawcę, a podczas stosowania klauzuli przy świadczeniu usług zdrowotnych – również swoich pacjentów.

W opinii wielu obserwatorów obecnie obowiązujące przepisy są nieprecyzyjne i nie regulują omawianej problematyki w sposób jednoznaczny i kompleksowy. W tym kontekście przywoływana jest kwestia uznania, czy na gruncie obowiązującej ustawy dopuszczalna jest odmowa wykonywania zabiegów aborcji przez całą placówkę służby zdrowia. Przypadki takiej odmowy miały ostatnio miejsce w kilku ośrodkach zdrowia w Bratysławie i innych miastach. Wprawdzie Ministerstwo Zdrowia wydało w tej sprawie oświadczenie, nie przerwało to jednak polemik i sporów, prowadzonych na różnych forach.

WIELKA BRYTANIA

W Wielkiej Brytanii klauzula sumienia znajduje wyraz w kilku regulacjach ustawowych. Nie są one związane z poszczególnymi zawodami medycznymi lecz dotyczą określonych procedur. Przepisy takie znajdują się w dwóch ustawach: ustawie z 1967 r. o aborcji oraz ustawie z 1990 r. o zapłodnieniu i embriologii. Artykuł 4 ustawy z 1967 r. o aborcji stanowi, że nikt nie może zostać zobowiązany, na podstawie umowy ani wymogu ustawowego lub innego, do uczestniczenia w procedurach dopuszczonych tą ustawą, które odrzuca z powodu własnych przekonań. Powyższy przepis nie ma wpływu na obowiązek udziału w procedurze medycznej, która jest niezbędna dla ratowania życia lub zapobieżenia poważnemu trwałemu uszczerbkowi na zdrowiu fizycznym lub psychicznym kobiety ciężarnej. Natomiast ustawa z 1990 r. o zapłodnieniu i embriologii, zapewnia osobom (zarejestrowanym), prowadzącym praktykę medyczną prawo do odmowy udziału w procedurach technicznych mających na celu zapłodnienie i ciążę.

W przypadku pielęgniarek, położnych z uwagi na brak ustawowej definicji odmowy ze względu na sumienie oraz brak prawnej interpretacji „udziału w leczeniu", zgodnie z obowiązującym stanem prawnym pielęgniarki i położne mają prawo do takiej odmowy jedynie w odniesieniu do dwóch zakresów opieki zdrowotnej, czyli zgodnie z ustawą z 1967 r. o aborcji (Szkocja, Anglia i Walia), która zapewnia osobom zarejestrowanym prawo do odmowy bezpośredniego udziału w procedurach aborcyjnych, Natomiast ustawa z 1990 r. o zapłodnieniu i embriologii, która zapewnia osobom (zarejestrowanym), prowadzącym praktykę medyczną prawo do odmowy udziału w procedurach technicznych mających na celu zapłodnienie i ciążę. Pielęgniarki i położne powołujące się na klauzulę sumienia na podstawie wymienionych wyżej ustaw są informowane o odpowiedzialności za podjętą decyzję i mogą zostać zgodnie z prawem wezwane do uzasadnienia powodów swojej odmowy.

WŁOCHY

We Włoszech klauzula sumienia ma źródło w wolności sumienia i wolności religii, które są prawami konstytucyjnie zagwarantowanymi, a także zawarta jest w kodeksach etyki lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów oraz dokumentach Narodowego Komitetu Bioetyki oraz wyrokach Sądu Konstytucyjnego Włoch. Na przykład klauzula sumienia jest uregulowana w ustawie z 1978 r. dotyczącej norm opieki nad macierzyństwem i dobrowolnego przerywania ciąży. Na jej podstawie pielęgniarka czy położna może powstrzymać się od udziału w procedurach zmierzających do przeprowadzenia zabiegu przerywania ciąży oraz od wykonywania takich zabiegów, jeżeli uprzednio złoży stosowne oświadczenie.

Konkluzja

Pielęgniarki czy położne są odpowiedzialne za cztery podstawowe rodzaje działań: pro¬mocja zdrowia, zapobieganie chorobom, przywracanie zdrowia

i przynoszenie ulgi w cierpieniu. Potrzeba opieki pielęgniarskiej jest uniwersalna. Nieodłącznym elementem w pielęgniarstwie jest poszanowanie praw człowieka, włączając w to prawa kulturowe, prawo do życia i wyboru, do godności i bycia traktowanym z szacunkiem. Opieka pielęgniarska czy położnicza jest pełna poszanowania i nie może być ograniczeń ze względu na: wiek, kolor skóry, wyznanie, kulturę, niepełnosprawność czy chorobę, płeć, orientację seksualną, narodowość, poglądy polityczne, rasę czy sytuację społeczną. Pielęgniarki udzielają opieki zdrowotnej jednostkom, rodzinom i społecznościom i koordynują swoją pracę z innymi odpowiednimi grupami.

Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego, niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej

W przypadku odmowy pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki i położnej lub w zakładzie opieki zdrowotnej. Pielęgniarka czy położna zgodnie z Kodeksem Etyki Pielęgniarki i Położnej może odmówić udziału z zabiegu medycznym i eksperymentalnym, jeżeli udział ten narusza jej wolę sumienia czy wyznania. ■

Podstawa prawna:

- Konstytucja RP
- Ustawa kodeks cywilny
- Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej
- Europejska konwencja o ochronie praw człowieka
- Biuro analiz sejmowych - materiały
- M. Granat, *Granice wolności religijnej w społeczeństwie pluralistycznym Kultura i prawo.* Materiały III Międzynarodowej Konferencji na temat „Religia i wolność religijna w Unii Europejskiej".

LEKI I WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE PIELĘGNIARKI CZY POŁOŻNEJ

► Przemysław Gogojewicz

Celem ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw jest rozszerzenie uprawnień pielęgniarek i położnych spełniających określone warunki o możliwość:

- *samodzielnego ordynowania leków i wypisywania recept,*
- *ordynowania wyrobów medycznych,*
- *oraz kierowana na wykonanie określonych badań diagnostycznych.*

Pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z nowych uprawnień dotyczących wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawania zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na badania diagnostyczne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

Okres od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy do dnia 1 stycznia 2016 r. powinien zostać przeznaczony na realizację odpowiednich kursów specjalistycznych.

Zmiany uprawnień obwarowane są spełnieniem przez pielęgniarki i położne dodatkowych wymagań dotyczących odbycia odpowiedniego kształcenia specjalizacyjnego, którego zakres nie został przedstawiony przez ustawodawcę. Tym samym projekt został negatywnie przyjęty przez organy samorządu lekarskiego oraz pielęgniarek i położnych. Nadanie nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym, które wchodzą w zakres uprawnień lekarzy, powinno ►

wiązać się z uregulowaniem zasad rozwiązywania sporów kompetencyjnych i odpowiedzialności zawodowej, a takich przepisów w ustawie nie ma.

Z ustawy

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty
– jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Uprawnienia, wynikające z ustawy obejmują również wystawianie recept i prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, które mają:

- **Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi**
- **Zasłużeni Dawcy Przeszczepu,**
- **inwalidzi wojenni i wojskowi,**
- **kombatanci,**
- **żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,**
- **weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.**

Jak wskazuje ustawodawca:

1) W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, pielęgniarka i położna są obowiązane do odnotowania na recepcie, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.
2) Pielęgniarka i położna wystawiając receptę są obowiązane do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji.
3) Pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.
4) Pielęgniarka i położna mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.
5) Pielęgniarka i położna na podstawie wyników badań lub dokumentacji medycznej i po uprzednim, osobistym wykonaniu badania fizykalnego będzie mogła ordynować leczenie.
6) Pielęgniarka i położna, będą mogły kontynuować leczenie oraz wydać receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeśli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

1) **osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przed-**

stawicielowi ustawowemu pacjenta;

2) **osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.**

Upoważnienie lub oświadczenie odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

W powyżej opisanym przypadku recepty lub zlecenia będą mogły być przekazane osobie bliskiej lub opiekunowi faktycznemu, jeżeli pacjent wyda na takie czynności upoważnienie tej osobie lub złoży oświadczenie podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Upoważnienie lub oświadczenie pacjenta powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta lub do niej dołączone. Ponadto w dokumentacji umieszcza się informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, które są przekazane osobie innej niż pacjent oraz informacje o tej osobie.

Co może pacjent?

Pacjent ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania pielęgniarki lub położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.

Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje pacjentom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, będącą pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zabezpieczenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.

Omówienie zmian

Regulacje nie nakładają na pielęgniarkę i położną obowiązku uzyskania uprawnień określonych w przepisach tej ustawy. To od decyzji pielęgniarek i położnych będzie zależało, czy będą chciały uzyskać przedmiotowe uprawnienia.

Rozszerzenie uprawnień będzie dotyczyło tylko pielęgniarek i położnych posiadających wyższe wykształcenie i niezbędną wiedzę oraz umiejętności w zakresie ordynacji leków, uzyskaną:

- w ramach kształcenia na studiach pierwszego i drugiego stopnia – kierunki pielęgniarstwo i położnictwo,
- w ramach kształcenia podyplomowego specjalizacyjnego,
- w ramach kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem na poziomie kursu specjalistycznego.

W przypadku Pielęgniarek i Położnych, które posiadają dyplom ukończenia studiów pierwszego lub drugiego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo lub położnictwo, uzyskany w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, a których dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny z dyplomem ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej, warunkiem do uzyskania uprawnień, jest ukończenie kursu specjalistycznego w tym zakresie.

W ramach kształcenia zawodowego studenci na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo uzyskają wiedzę i umiejętności w zakresie ordynacji leków zawierających określone substancje czynne oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wypisywania recept, w tym jako kontynuacja zlecenia lekarza.

Osoby obecnie wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz posiadające stosowne wykształcenie wyższe, będą mogły uzupełnić swoją wiedzę w tym zakresie, w ramach kształcenia podyplomowego realizowanego w formie kursu specjalistycznego.

Kształcenie podyplomowe

Kurs specjalistyczny jest jedną z form kształcenia podyplomowego i będzie miał na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych, w szczególności przy udzielaniu świadczeń diagnostycznych i leczniczych.

Zakres wiedzy i umiejętności wynikający z kursu ▶

specjalistycznego będzie częścią programu kształcenia specjalizacyjnego, tak, więc pielęgniarki i położne, które ukończą szkolenie specjalizacyjne uzyskają kompetencje do wykonywania nowych zadań.

Kształcenie podyplomowe, z wyjątkiem kursów dokształcających, jest prowadzone na podstawie programów kształcenia, sporządzanych dla danego rodzaju i danej dziedziny lub zakresu przez zespoły programowe, powołane przez dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, zwanego dalej „Centrum". Programy te zatwierdza Minister Zdrowia.

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Program kształcenia zawiera w szczególności:

1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj, cel i system kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji, sposób sprawdzania efektów kształcenia, wykaz umiejętności zawodowych, stanowiących przedmiot kształcenia;
2) plan nauczania określający moduły kształcenia teoretycznego i wymiar godzinowy zajęć teoretycznych oraz placówki szkolenia praktycznego i wymiar godzinowy szkolenia praktycznego;
3) programy poszczególnych modułów kształcenia zawierające:
   a) wykaz umiejętności, które powinny zostać nabyte w wyniku kształcenia,
   b) treści nauczania,
   c) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
   d) wskazówki metodyczne.

Programy kształcenia są zamieszczane na stronach internetowych Centrum i są obowiązujące dla wszystkich organizatorów kształcenia.

W przypadku aktualizacji programu kształcenia, Centrum udostępnia na stronach internetowych zaktualizowany program kształcenia oraz informuje o tym wpisanych do ewidencji organizatorów kształcenia prowadzących kształcenie na podstawie dotychczasowego programu.

Organizatorami kształcenia mogą być:

1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze;
2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe.

Kurs specjalistyczny kończy się egzaminem i wydaniem zaświadczenia, o ukończeniu kursu specjalistycznego zgodnie ze wzorem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923).

Ustawa nadaje pielęgniarce i położnej z wyższym wykształceniem uprawnienie do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej.

Zmiany w art. 32 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych włączają pielęgniarkę i położną ubezpieczenia zdrowotnego do osób uprawnionych do wystawiania skierowań na badania diagnostyczne, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej. Ponadto w art. 40 rozszerzono wykaz osób uprawionych do wydawania zleceń lub recept na zaopatrzenie w wyroby medyczne o pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.

W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych rozszerzono katalog osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne o:

- pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego i położną ubezpieczenia zdrowotnego,
- pielęgniarkę i położną, z którymi Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania albo umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Nadanie możliwości wystawiania recept pro auctore i pro familia pielęgniarkom i położnym jest analogiczne jak w przypadku lekarzy i felczerów, co zapewnia równe traktowanie podmiotów uprawnionych do wystawiania recept.

Jednocześnie w dodawanej lit. e do art. 2 pkt. 14 ustawy dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych proponuje się, tak jak w projekcie ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, który został przygotowany na podstawie założeń przyjętych przez Radę Ministrów, w dniu 10 września 2013 r., możliwość zawierania przez pielęgniarkę albo położną, o której mowa w projekcie ustawy, jednej z dwóch umów: umowy upoważniającej do wystawiania albo umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (bez wskazania, że drugą z tych umów zawiera wyłącznie osoba, która zaprzestała wykonywania zawodu medycznego, ale nadal posiada prawo wykonywania zawodu medycznego).

Cel ustawy

Celem tych rozwiązań jest zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla świadczeniobiorców, poprzez możliwość korzystania ze świadczenia, które będzie polegało na ordynacji lub kontynuacji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zleceniu wyrobu medycznego lub skierowaniu na badania diagnostyczne przez pielęgniarkę lub położną bez konieczności odbycia przez świadczeniobiorcę wizyty lekarskiej.

Jednocześnie zmiany mają wpływ na zmianę statusu zawodowego pielęgniarek i położnych posiadających wyższe wykształcenie na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia potwierdzonego uzyskaniem szerszych uprawnień i kompetencji zawodowych.

W konsekwencji zmian nastąpi zróżnicowanie kompetencji pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem od pozostałych pielęgniarek i położnych.

Konkluzja

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia, będą miały prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Będą mogły również ordynować środki specjalnego przeznaczenia spożywczego i wyroby medyczne. Uprawnienia powyższe wiążą się z możliwością wystawiania recept lub zleceń na te specyfiki. Pielęgniarka i położna wykonywać będzie te czynności zawodowe po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.

Z kolei pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia, w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji będą miały prawo wystawiać recepty na leki (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie. Uprawnienia te będą przysługiwały tym pielęgniarkom, które ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie, albo gdy w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Uprawnienia pielęgniarek i położnych do przepisywania recept w wielu krajach są różnicowane i zależą od systemu opieki zdrowotnej, rozmieszczenia populacji i statusu zawodu pielęgniarki i położnej. Np. w Wielkiej Brytanii przyznawanie uprawnień do wystawiania recept rozpoczęto od pielęgniarek i położnych środowiskowych. Stało się to podstawą do rozszerzenia tych uprawień do szerszej grupy pielęgniarek. Głównymi powodami przyznawania uprawnień była poprawa dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Powyższe rozwiązania funkcjonują m.in.: w Irlandii, Hiszpanii, Szwecji, Danii, Holandii, Wielkiej Brytanii. Rozwiązania funkcjonujące w Wielkiej Brytanii związane są ze zróżnicowanym charakterem uprawnień i kompetencji pielęgniarek i położnych na trzech różnych poziomach.

Z doświadczeń europejskich wynika, że powyższe rozwiązania przynoszą korzyści dla pacjentów jak i dla systemu. Pacjenci bardziej przestrzegają zaleceń terapeutycznych, mają łatwość ponownej konsultacji z pielęgniarką. Pielęgniarki postrzegane są jako profesjonalnie przygotowane, uzyskują dobre efekty w komunikacji z pacjentami. Ma to przełożenie na efekty ekonomiczne, satysfakcję pacjentów i oszczędność czasu. Powyższe zmiany wpływają na bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami ochrony zdrowia jak też wydajność poszczególnych członków zespołu terapeutycznego. ►

Ustawodawca nie zauważa

Produkty lecznicze, w tym leki gotowe, to substancje, które mają wykazywać określone oddziaływanie na organizm ludzki. Samo uznanie poszczególnych substancji za produkty lecznicze oraz ich dopuszczenie do używania i obrotu wymaga czasochłonnych i kosztownych badań, prowadzących do oznaczenia właściwych dawek poszczególnych substancji wykazujących oczekiwane oddziaływanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, ale też do określenia ubocznych, niepożądanych skutków, mogących wyniknąć z ich użycia w ogóle lub użycia w dawkach przekraczających dozwolone.

W świetle definicji art. 2 pkt. 32 pr.farm. produktami leczniczymi są substancje, którym przypisuje się właściwości zapobiegania chorobom występującym u ludzi lub zwierząt lub leczenia ich lub podawane człowiekowi lub zwierzęciu w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia czy modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu ludzkiego lub zwierzęcego. Zakres tej definicji jest bardzo szeroki, co sprzyja powstawaniu wątpliwości, czy różnego rodzaju środki spożywcze, kosmetyki bądź inne substancje są nią objęte, w szczególności, jeżeli towarzyszące im działania marketingowe wskazują na ich właściwości lecznicze lub profilaktyczne.

Poszczególne produkty lecznicze różnią się sposobem oddziaływania na organizm człowieka, często to oddziaływanie zależy od płci, wieku, wagi pacjenta, interakcji z innymi przyjmowanymi przez niego lekami. Jeżeli charakterystyka produktu leczniczego różnicuje jego dawkowanie w zależności od tych czynników, to oczywiste jest, że do lekarza należy ustalenie dawki leku, jaka dla konkretnego pacjenta w konkretnej sytuacji będzie właściwa. Stosunkowo często ta dawka zależeć musi od zaawansowania schorzenia, które daną substancją ma być leczone, ale też od schorzeń współistniejących, leczonych innymi lekami. Ordynując konkretny produkt leczniczy lekarz musi uwzględnić jego charakterystykę i w tych granicach, w jakich pozwala mu ona na swobodę, ustalić właściwą dawkę terapeutyczną dla konkretnego pacjenta.

Lekarz, pielęgniarka i podmiot leczniczy odpowiadają na skutek wadliwego sposobu stosowania leku lub stosowania go u niewłaściwego pacjenta (który nie został należycie zbadany) albo nie do przewidzenia ze względu na brak wiedzy lekarza o właściwościach leku lub skutkach ubocznych leku, o czym mógł i powinien wiedzieć, to odpowiedzialność za szkodę lekarza i podmiotu leczniczego będzie miała podstawy prawne.

Lekarz i teraz pielęgniarka ma obowiązek wszystko wiedzieć o lekach w zakresie aktualnych informacji farmaceutycznych, dostarczanych każdemu lekarzowi, a co najmniej umieszczonych w ulotkach dołączonych do leku. Informacje i ostrzeżenia podane przez producenta na ulotce, z którymi pacjent może się zapoznać, mogą nie zwolnić lekarza od odpowiedzialności, gdyż nie każdy pacjent ze względu na wykształcenie, stan psychiczny i stan zdrowia może je zrozumieć i właściwie ocenić. Ponadto lek może by stosowany w różny sposób (doustnie lub w formie iniekcji), w różnych dawkach w zależności od stanu pacjenta, w połączeniu z innymi lekami.

Do tej pory, o tym wszystkim decydował lekarz uwzględniając stan zdrowia pacjenta, zaawansowanie choroby i potrzeby terapeutyczne. Błędem w sztuce może być złe ordynowanie produktu leczniczego. Do tej pory tylko Lekarz (a także szpital), zobowiązany zachować staranność w każdym przejawie kontaktu z pacjentem i na każdym etapie leczenia, tj. zarówno przy przeprowadzaniu badań diagnostycznych i czynności technicznych, zmierzających do rozpoznania, jak i podczas leczenia. Wymóg zachowania staranności w działaniu dotyczył także szeroko rozumianego obowiązku zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa i higieny w czasie pobytu w zakładzie leczniczym. Staranność ta była szczególnie wysoka ze względu na profesjonalny (fachowy) charakter działań lekarza (zakładu leczniczego), (standard profesjonalisty, art. 355 § 2 k.c.). Obecnie sprawa odpowiedzialności za ordynowanie leków jest otwarta i warunkuje się w zależności od tego, kto lek przepisze. Warto jednak zauważyć, że w tej nierównej walce o odpowiedzialność względem pacjenta, pielęgniarki i położne wydają się dosłownie i w przenośni nieco słabszą płcią z uwagi na warsztat merytoryczny wiedzy o leku. ■

Podstawa prawna:

- USTAWA z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.

INFORMACJE KOMISJI KSZTAŁCENIA

Aktualizacja: 20 sierpnia 2014 r.

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych informuje o uruchomieniu poczty e-mail: komisjaksztalcenia@moipip.org.pl.

Prosimy o przekazywanie przez pielęgniarki i położne swoich uwag i komentarzy dotyczących organizacji kształcenia podyplomowego prowadzonego przez MOIPiP.

Sugestie z Państwa strony pozwolą na usprawnienie organizacji kształcenia.

Zasady naboru na szkolenia, kursy i specjalizacje
Terminy naboru i szczegółowe informacje odnośnie kształcenia podyplomowego podawane są na bieżąco na stronie internetowej MOIPiP.

Komisja Kształcenia przypomina, że dokumenty zgłoszeniowe na kursy należy składać w podanych terminach naboru. Zgłoszenia niekompletne, wypełnione nieczytelnie, niepoprawnie nie będą rozpatrywane.
Zgłoszenia nadesłane po terminie naboru będą odsyłane. ▶

PLANUJESZ: podnieść kwalifikacje? rozwijać kompetencje?
pogłębiać specjalistyczną wiedzę?

ZAPISZ SIĘ NA STUDIA PODYPLOMOWE

ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ

Studia prowadzone pod patronatem
Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie

Zapisy tylko do 30.IX.2014 r.

rekrutacja
www.wsei.edu.pl

ATUTY:
- Zajęcia prowadzą specjaliści-praktycy
- Atrakcyjne - NISKIE czesne (1300 zł za semestr)
- Uczelnia w centrum Krakowa (ul. św. Filipa 17, obok Galerii Krakowskiej), bardzo dobry dojazd dla osób spoza Krakowa
- Zjazdy w piątki i soboty – 2 zjazdy w miesiącu

WSEI KRAKÓW 2000
Wyższa Szkoła Ekonomii i Informatyki w Krakowie, ul. św. Filipa 17
e-mail: studiapodyplomowe@wsei.edu.pl, tel. 12-431-18-90 wew. 123

SPECJALIZACJE W 2014 ROKU

Komisja Kształcenia informuje, że został ogłoszony przez Ministerstwo Zdrowia przetarg nieograniczony na wybór organizatorów kształcenia prowadzących dla pielęgniarek i położnych szkolenia specjalizacyjne, które rozpoczną się w 2014 roku na terenie województwa małopolskiego.
Przetarg został ogłoszony na specjalizacje w dziedzinach:

- **pielęgniarstwo onkologiczne dla pielęgniarek,**
- **pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek,**
- **pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek,**
- **pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek,**
- **pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek,**
- **pielęgniarstwo ginekologiczne dla położnych.**

Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych złożyła oferty na wszystkie ww. specjalizacje.

Informacja o wynikach naborów na kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje, że w związku z brakiem chętnych realizacja kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania została zawieszona.

Nabory uzupełniające na w/w kursy zostaną wznowione w styczniu 2015 r.

Osoby, które złożyły dokumenty na w/w kursy w czerwcu br. traktowane są jako zakwalifikowane.

Jeżeli w trakcie naborów uzupełniających zbierze się wymagana grupa chętnych, kursy te realizowane będą w I połowie 2015 r.

KSZTAŁCENIE W TRAKCIE

SPECJALIZACJE

Dziedzina kształcenia	Liczba uczestników	Termin zakończenia
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	55	maj 2015
Pielęgniarstwo pediatryczne	55	maj 2015
Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	34	maj 2015

KURSY KWALIFIKACYJNE

Dziedzina kształcenia	Liczba uczestników	Termin zakończenia
Pielęgniarstwo onkologiczne	72	styczeń 2015 r.
Pielęgniarstwo zachowawcze	140	styczeń 2015 r.
Pielęgniarstwo operacyjne	50	styczeń 2015 r.
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	75	styczeń 2015 r.

KURSY SPECJALISTYCZNE

Zakres Kształcenia	Liczba uczestników	Termin zakończenia
Endoskopia	37 (1 edycja)	grudzień 2014
Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji dla położnych	35 (1 edycja)	październik 2014
Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	74 (2 edycje)	grudzień 2014
Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów	31 (1 edycja)	październik 2014
Leczenie ran dla pielęgniarek	Kraków 247 (7 edycji) Limanowa 57 (2 edycje) Sucha Beskidzka 34 (1 edycja) Nowy Targ 72 (2 edycje)	czerwiec 2015

Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego	331 (8 edycji)	marzec 2015
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	176 (6 edycji)	styczeń 2015
Techniki ciągłe pozaustrojowego oczyszczania krwi dla pielęgniarek	37 (1 edycja)	październik 2014
Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych	Kraków 39 (1 edycja) Wadowice 44 (1 edycja)	grudzień 2014
Żywienie enteralne i parenteralne dla pielęgniarek	47 (1 edycja)	grudzień 2014

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE

Dziedzina Kształcenia	
Podstawowe zabiegi reanimacyjne z użyciem AED	Nabór ciągły. Szkolenie w Placówkach
Porozumiewanie się z pacjentami. Elementy komunikacji interpersonalnej	Nabór ciągły. Szkolenie w Placówkach
Opieka nad pacjentem z portem naczyniowym (dla pielęgniarek i położnych)	Zapisy telefoniczne (z podaniem numeru PWZ) odpowiednio do ustalanych terminów szkoleń

Dziękujemy wszystkim pielęgniarkom i położnym za informacje i sugestie dotyczące kształcenia podyplomowego przekazywane za pośrednictwem poczty elektronicznej /komisjakształcenia@moipip.org.pl/.

Przewodniczący
Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
mgr Stanisław Wojtan

Komendant
5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Poliklinika
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Krakowie
ul. Wrocławska 1-3, 30-901 Kraków

zamierza ogłosić
KONKURS
na stanowisko

Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Otolaryngologii

Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu
ul. Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim

zamierza ogłosić
KONKURSY
na stanowiska

- Przełożonej Pielęgniarek
- Pielęgniarki Oddziałowej II Oddziału Chorób Wewnętrznych

Dyrektor
Małopolskiego Centrum Rehabilitacji Dzieci „Solidarność"
ul. Podlesie 173, 32-052 Radziszów

zamierza ogłosić
KONKURS
na stanowisko

Przełożonej Pielęgniarek

Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej
ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka

zamierza ogłosić
KONKURS
na stanowisko

Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Reumatologicznego

Dyrektor
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach
ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

zamierza ogłosić
KONKURS
na stanowisko

Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Geriatrycznego

Cambridge University Hospitals
NHS Foundation Trust

NHS

W chwili obecnej rekrutujemy pielęgniarki z min. dwuletnim doświadczeniem na:

Bloku Operacyjnym oraz Intensywnej Terapii i Anestezjologii

Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust (CUH) jest jedną z najlepszych organizacji akademickich opieki zdrowotnej na świecie. Szpital znajduje się 25 min. od lotniska Londyn Stansted.

Rozmowy kwalifikacyjne z pracodawcą 'face to face' odbędą się:

Warszawa 10–13 września 2014 r., hotel Polonia Palace (Aleje Jerozolimskie 45)

W tym czasie znajdziecie nas Państwo również na Ogólnopolskiej Konferencji Pielęgniarek Operacyjnych (11-12 września) organizowanej przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek.

Możliwe jest również przeprowadzenie rozmowy kwalifikacyjnej przez Skype.

CUH wymaga:

- Min. 2-letniego doświadczenia na Bloku operacyjnym oraz Intensywnej Terapii i Anestezjologii
- Pełnej i aktualnej rejestracji w Nursing and Midwifery Council (NMC) www.nmc-uk.org
  - kandydaci, którzy rozpoczęli już rejestrację zostaną również zaproszeni na rozmowy kwalifikacyjne, aczkolwiek rozpoczęcie pracy będzie możliwe dopiero po uzyskaniu NMC PINu
- Biegłej znajomości języka angielskiego (testy pisemne są częścią procesu rekrutacyjnego)
- Możliwości relokacji do Anglii w ciągu maksymalnie 3 miesięcy od daty otrzymania oferty pracy
- Entuzjazmu, determinacji oraz zaangażowania

W ofercie:

- Wynagrodzenie (w zależności od doświadczenia) **od 21,388 do 27,901 GBP** brutto rocznie
- **Pakiet relokacyjny w kwocie 1000 funtów**
- **Zakwaterowanie** indywidualne lub dla rodziny
- Dodatki za pracę: +30% za soboty i nocne zmiany, +60% za niedziele i święta
- Umowy na czas nieokreślony, pełny etat + nadgodziny
- Praca w systemie zmianowym, 37.5 godz. tyg. (3 zmiany x 12.5 godz.)
- Płatny urlop min. 27 dni rocznie
- Elastyczne godziny pracy dla rodziców, bony na opiekę nad dziećmi
- Plan emerytalny NHS, rozwinięty pakiet urlopu macierzyńskiego
- Wsparcie w relokacji oraz zaadaptowaniu się w nowym środowisku
- Szczegółowe oraz złożone przygotowanie do pracy
  - pełnopłatna min. dwutygodniowa indukcja
- Pełne wsparcie w rozwoju profesjonalnym oraz dalszej edukacji

Ważna informacja:

NEU Professionals Ltd (nr rejestracyjny w UK 8814670) nie pobiera żadnych opłat ani prowizji od kandydatów, pośrednio lub bezpośrednio.

W celu uzyskania więcej informacji zapraszamy do kontaktu:

Agata Ulenberg NEU Professionals
E-mail: agata@neuprofessionals.com, Tel. (0048) 784 335 337
Skype: neuprofessionals, Facebook: NEUProfessionalsPL, Web: www.neuprofessionals.com

WSPOMNIENIE O ILONIE TUŁODZIECKIEJ

► Maria Kaleta

Ilona Tułodziecka
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych II i III kadencji.

W dniu 27 czerwca 2014 r. o godz. 13.30 w Kościele Narodzenia Najświętszej Maryi Panny (zw. Starym Kościołem) przy ul. Kościelnej 1 w Mińsku Mazowieckim odbyła się uroczystość pogrzebowa świętej pamięci Ilony Tułodzieckiej. W uroczystościach pogrzebowych uczestniczyli również przedstawiciele Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych ze sztandarem Izby.

Ilona Tułodziecka – pielęgniarka, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w latach 1995-2003, współtwórczyni samorządu zawodowego, zasłużony społecznik. Cieszyła się ogromnym autorytetem zarówno w środowisku zawodowym, jak również polityków i urzędników. Za wybitne osiągnięcia na rzecz środowiska została uhonorowana Złotym Odznaczeniem „Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych".

W naszej pamięci, śp. Ilona Tułodziecka, pozostanie jako osoba pełna życia, życzliwa, zawsze pomocna i zaangażowana w sprawy ludzkie.

Małopolska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych składa kondolencje rodzinie i bliskim. ■

Wydawnictwo
Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
im. Hanny Chrzanowskiej

**zaprasza
do zamieszczania reklam**

Zainteresowanych prosimy o kontakt
tel: 12 422-88-54
lub adres e-mail: biuro@moipip.org.pl

MAŁOPOLSKIE
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Koszt reklamy:
■ strona A4 (210x297mm + spad 5mm) – 1000 zł + vat
■ 1/2 strony A4 (210x145mm + spad 5mm) – 500 zł + vat
■ 1/4 strony (95x140mm + spad 5mm) – 250zł + vat

**Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość,
że w wieku 63 lat odeszła**

Nasza Koleżanka – Pielęgniarka

BARBARA WIŚNIEWSKA

Rodzinie i najbliższym
składamy wyrazy głębokiego współczucia i szczerego żalu
Koleżanki ze Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego

**Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 08.06.2014 r. po długiej i ciężkiej chorobie odeszła**

**Nasza Koleżanka
Pielęgniarka Dyplomowana**

KRYSTYNA OBRZUT

Pracowała w Szpitalu Jana Pawła II w Krakowie, w Szpitalu w Nowym Sączu

Zawsze pozostanie w naszej pamięci.
Zespół Pielęgniarek i Współpracowników ze Szpitala Jana Pawła II w Krakowie

---

***„Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności, która nas obezwładnia i zabiera w nieznane.
A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę, przeszywa serce bólem i odznacza
w nim swoje piętno, które przypomina nam stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni".***

Ze smutkiem i żalem żegnamy

Naszą Koleżankę

MARIANNĘ FOLDĘ

Wieloletnią pielęgniarkę Szpitala Specjalistycznego im dr J. Babińskiego w Krakowie.
Córce, rodzinie i bliskim składamy wyrazy głębokiego współczucia.
Pielęgniarki ze Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego

---

Pielęgniarka dyplomowana

ZOFIA DANIELAK

ur. 1918 r. zmarła 16.07.2014 r.,
była Naczelną Pielęgniarką Zespołu Opieki Zdrowotnej Kraków – Podgórze.
Za wzorową pracę nagrodzona wieloma odznaczeniami państwowymi i resortowymi.

W imieniu środowiska pielęgniarek i położnych, wyrazy głębokiego współczucia
dla całej rodziny, składa Małopolska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych.

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dn. 28.05.2014 r. w wieku 62 lat odeszła

nasza koleżanka, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna

ZDZISIA ŚLIWKA

Była człowiekiem wielkiego serca, szczerze oddana chorym i potrzebującym pomocy,
wrażliwa na krzywdę i cierpienie, zawsze pogodna i pełna życia.

Wyrazy współczucia Rodzinie i Bliskim
składają:
Dyrekcja I Pracownicy
Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kętach

WYDAWNICTWO Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej POLECA!

www.moipip.org.pl

Możliwość zakupu książek indywidualnie oraz hurtowo

Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie
pod redakcją Kazimiery Zahradniczek

Przedruk z Alma Mater - maj 147/2012

Niniejsza książka jest obszernym i interesującym opracowaniem historycznym ukazującym proces kształtowania się nowoczesnego pielęgniarstwa w Krakowie. Jest to nowe i wszechstronne przedstawienie dziejów pielęgniarstwa w Krakowie, w którym uczestniczyło 19 autorów aktywnie zaangażowanych w rozwój współczesnego pielęgniarstwa. Książka składa się ze wstępu i jedenastu rozdziałów.

W rozdziale pierwszym Helena Komarynska-Polak na podstawie licznych materiałów źródłowych interesująco przedstawiła *Opiekuńczą działalność bonifratrów w Krakowie*. W rozdziale drugim Helena Motoga zaprezentowała opiekuńczą działalność Stowarzyszenia Pań Miłosierdzia św. Wincentego a' Paulo.

Rozdział trzeci *Zasłużone nestorki dla powstania i rozwoju pielęgniarstwa* autorstwa, Kazimiery Zahradniczek, Heleny Matogi i Krystyny Wolskiej-Lipiec, jest wyrażeniem hołdu i wdzięczności dla pielęgniarek. Zostały tutaj zaprezentowane sylwetki Marii Epstein jako działaczki organizacji charytatywnych i inicjatorki kształcenia w zawodzie pielęgniarki; Marii Wiszniewskiej-Drzewickiej – ekonomki, filantropki, sanitariuszki i instruktorki pielęgniarstwa; Anny Rydlówny – filantropki, sanitariuszki i organizatorki szkolnictwa pielęgniarskiego w Krakowie; Elżbiety Borkowskiej – ekonomki, pielęgniarki i instruktorki pielęgniarstwa; Teresy Kulczyńskiej – twórczyni teoretycznych podstaw pielęgniarstwa; Hanny Chrzanowskiej – inicjatorki rozwoju pielęgniarstwa społecznego i działalności publicystycznej; Jadwigi Kaniewskiej-Iżyckiej – organizatorki kształcenia i doskonalenia pielęgniarek oraz współpracy międzynarodowej.

W rozdziale czwartym i piątym Lucyna Płaszewska-Żywko omówiła działalność Szkoły Zawodowej Pielęgniarek Stowarzyszenia PP. Ekonomek św. Wincentego a' Paulo w Krakowie w latach 1911-1921 powstanie i rozwój Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie w latach 1925-1949.

W rozdziale szóstym Elżbieta Walewska i Teresa Radzik opisały działania Krakowskiej Szkoły Pielęgniarek w latach 1950-2001; a w rozdziale siódmym Katarzyna Bydrak i Małgorzata Pazdur interesująco przedstawiły działalność Szkoły Pielęgniarstwa Sióstr Miłosierdzia w Krakowie przy ul. Warszawskiej 11 (w latach 1945-1950).

Beata Ogórek-Tęcza i Bogumiła Baran-Osak na podstawie dokumentów opisały działalność Liceum Medycznego w Krakowie (Nowa Huta) w latach 1960-1996.

Krystyna Pęchalska omówiła działania pielęgniarstwa parafialnego w Krakowie, a Ewa Ziarko, Anna Majda, Joanna Zalewska-Puchała dokonały charakterystyki akademickiego kształcenia pielęgniarek w Krakowie (w latach 1975-2010). Ostatni rozdział, jedenasty, autorstwa Stanisława Łukasika, Tadeusza Wadasa, Janiny Łęgosz, przedstawia samorządność zawodową pielęgniarek i położnych w latach 1991-2010, uwzględniając uwarunkowania samorządności pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działalność Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i położnych w Krakowie. Całość pozycji zamyka obszerna i aktualna bibliografia.

Reasumując, pragnę wyrazić szczerą wdzięczność za niezwykle cenne opracowanie wszystkim Autorkom i Autorom i serdecznie podziękować za staranność w pozyskiwaniu źródeł wiedzy i ogromny wysiłek intelektualny włożony w opracowanie książki Dzieje Pielęgniarstwa w Krakowie. Przy braku szerszych opracowań poświęconych temu zagadnieniu zostanie ona z pożytkiem wykorzystana przez pielęgniarki – nauczycieli akademickich w nauczaniu studentów kierunku pielęgniarstwo na poziomie licencjackim i magisterskim.

prof. Irena Wrońska

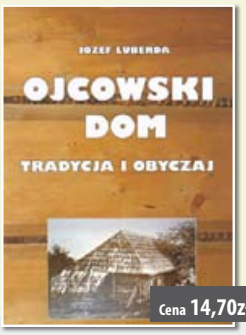
W hołdzie Hannie Chrzanowskiej

Pielęgniarstwo to pasja, pielęgniarstwo to rozumna, dojrzała miłość do innego człowieka. Miłość akceptująca i wspierająca. Autorzy publikacji podjęli się trudnego zadania, przekazania współczesnym Pielęgniarkom przesłania, testamentu Hanny Chrzanowskiej, zawierającego wartości uniwersalne.

Anna Rydlówna (1884-1969)

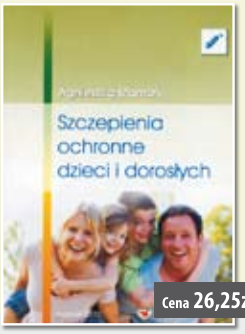
Polskie środowisko pielęgniarskie może się poszczycić wieloma wybitnymi postaciami, które całe swoje życie poświęciły opiece nad potrzebującymi. Zalicza się do nich Anna Rydlówna, jedna z organizatorek krakowskiego szkolnictwa pielęgniarskiego, działaczka społeczna i niepodległościowa.

Ojcowski dom. Tradycja i obyczaj



Książka pt. „Ojcowski dom. Tradycja i obyczaj" Józefa Luberdy w sposób niezwykle klarowny i syntetyczny opisuje następujące po sobie cykliczne wydarzenia roku liturgicznego splecione z wierzeniami i obrzędowością ludową górali podhalańskich – można śmiało powiedzieć żyjących w XX wieku.

Szczepienia ochronne dzieci i dorosłych



Podręcznik ułatwia sprawne poruszanie się w dziedzinie wakcynologii, w jej podstawowym zakresie. Przedstawia organizację szczepień ochronnych w Polsce i regulacje prawne z nią związane. Zawiera również dane kliniczne dotyczące chorób, charakterystykę szczepionek zgodnych z Programem Szczepień Ochronnych w Polsce.

Dobroć mieszka w sercu

Hanna Paszko - pielęgniarka, autorka wielu referatów i artykułów poświęconych tematowi etyki zawodowej i odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz godności ludzkiej, szczególnie godności człowieka chorego, cierpiącego i umierającego. Artykuły drukowane były od 1995 roku w prasie zawodowej o zasięgu krajowym i lokalnym.

Adres redakcji: Biuro Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Szlak 61, 31-153 Kraków, tel./fax 12 422-88-54, **e-mail:** biuro@moipip.org.pl

Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

MAŁOPOLSKIE
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Prosimy o korespondencję na adres:
31-153 Kraków, ul. Szlak 61, tel./fax 12 422-88-54
e-mail Małopolskiej Izby: biuro@moipip.org.pl
Strona internetowa Małopolskiej Izby: www.moipip.org.pl
Nakład: 3 500 egz.
Redakcja „Małopolskich Pielęgniarek i Położnych" nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.