PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Krakowie

ISSN 2300-2093

Kraków, nr 21, marzec-kwiecień 2016

MAŁOPOLSKIE

Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ma zaszczyt zaprosić na

MIĘDZYNARODOWY

Dzień Pielęgniarki i Położnej

W KRAKOWIE

PROGRAM:

Kino Kijów, godz. 10^{00}

- Wystąpienie Przewodniczącego MORPiP
- Wystąpienie zaproszonych gości
- Wręczenie odznaczeń i medali
- Występ Kabaretu Pod Wyrwigroszem

PATRONAT HONOROWY:

Józef Pilch
Wojewoda Małopolski

MAŁOPOLSKA
Jacek Krupa
Marszałek Województwa Małopolskiego

Jacek Majchrowski
Prezydent Miasta Krakowa

PATRONAT MEDIALNY:

Plus radio | 106,1 FM KRAKÓW

WWW.KRAKOW.PL

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy,

Oddajemy w Wasze ręce kolejny numer naszego pisma. Zachęcam do zapoznania się z artykułem dotyczącym mającego miejsce w dniu 3 marca 2016 roku w Krakowie XXXIV Okręgowego Zjazdu Delegatów Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Obrady Zjazdu zaowocowały bardzo ważnymi dla przyszłości naszego samorządu ustaleniami.

Delegaci podjęli sześć apeli mających znaczenie dla ochrony funkcjonowania zawodu pielęgniarki i położnej. Do najważniejszych spośród nich należą apele ws. nieuzasadnionego, dyskryminującego zróżnicowania sytuacji pielęgniarek i położnych w kwestii wzrostu wynagrodzeń oraz apel ws. odmowy zapłaty za tzw. nadwykonania za świadczenie pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu pacjenta. Uczestniczący w Zjeździe Delegaci wyrazili również swoje stanowiska w kwestiach mających fundamentalne znaczenie dla przyszłości wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, a dotyczących rozszerzania zakresu świadczeń medycznych ratownikom oraz planowanych zmian w zakresie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotnego kontraktowanego odrębnie – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC), wprowadzające chaos do dotychczas funkcjonującego systemu i prowadzące w istocie do zamknięcia indywidualnych praktyk położnych mimo, iż zapewniają one wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety.

W trakcie Zjazdu podjęte zostały uchwały ws. zatwierdzenia sprawozdania finansowego MOPIP, a także przyjęto sprawozdania z działalności MOIPIP, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Komisji Rewizyjnej – organów okręgowej izby. Podjęto uchwały ws. planu pracy MORPiP, budżetu MOIPiP na 2016 rok i zasad gospodarki finansowej oraz o przeznaczeniu zysku bilansowego za rok 2015.

Pragnę serdecznie podziękować wszystkim zaangażowanym w organizację Zjazdu i jego uczestnikom i jednocześnie zapewnić, iż w dalszym ciągu podejmować będziemy czynności mające na celu ochronę i dbałość o interesy członków Naszego Samorządu Zawodowego. Wciąż bowiem istnieje konieczność działań dla wypracowania odpowiedniego kierunku zmian ustawowych, mających na celu poprawę udzielania świadczeń z poszanowaniem praw pacjenta, dostępności do świadczeń i praw ustawowych pielęgniarek i położnych, zapewniające jednocześnie pielęgniarkom i położnym godziwe warunki pracy, płacy i spokojną przyszłość emerytalną. Choć droga do zamierzonych celów bywa żmudna i długa, dziękuję wszystkim za wiarę w to, że wspólnie uda się je osiągnąć.

Z wielką przyjemnością pragnę także już dziś zaprosić do czynnego udziału w uroczystościach związanych z obchodami Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej, które będą miały miejsce w dniu 12 maja 2016 roku w budynku Kina Kijów w Krakowie. Zachęcam, aby Nasze święto stało się okazją do spotkania, rozmów i mile spędzonego czasu!

Przewodniczący MORPiP
Tadeusz Wadas

Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

MAŁOPOLSKIE
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Wydaje:
Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Redaguje zespół w składzie:
Anna Polonek – koordynator
Członkowie: Grzegorz Bzdyra, Grażyna Dębska, Jadwiga Kornaś, Eliza Kowalczyk, Józef Luberda, Stanisław Łukasik, Iwona Malinowska-Lipień, Marzena Pęgiel, Barbara Słupska, Tadeusz Wadas, Kazimiera Zahradniczek.

Skład i łamanie: Anna Pirożek

Druk: Printgraph Brzesko

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

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

AKTUALNOŚCI

Kalendarium od 11 lutego do 24 kwietnia 2016 roku... 2

XXXIV Okręgowy Zjazd Delegatów Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych... 3

Stowarzyszenie Pielęgniarek Opieki Długoterminowej... 7

TEORIA I PRAKTYKA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Komunikacja położnej z pacjentką po stracie dziecka poczętego... 8

Ankiety dotyczące oceny czasopisma „Małopolskie Pielęgniarki i Położne”... 14

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi... 16

Życie Błogosławionej siostry Marty Wieckiej w służbie chorym... 19

PRAWO I HISTORIA

Nowe istotne zmiany przepisów kodeksu pracy... 23

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Informacje Komisji Kształcenia... 26

OGŁOSZENIA

Konkurs... 29

- Zdjęcie na okładce: plakat: Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej, Kraków 2016r.

  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.

KALENDARIUM
OD 11 LUTEGO DO 24 KWIETNIA 2016 ROKU

17.02.2016
Spotkanie Pełnomocników MOIPiP.

18.02.2016
Udział Przewodniczącego Tadeusza Wadasa w posiedzeniu Komisji Zdrowia Rady Miasta Krakowa, wykład: Stan pielęgniarstwa w Małopolsce.

24.02.2016
Przewodniczący Tadeusz Wadas z wizytą służbową w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Udział Wiceprzewodniczącej Iwony Malinowskiej-Lipień w posiedzeniu członków Rady eZdrowie.

01.03.2016
Promocja książki Pani Ewy Kurleto-Kalitowskiej „Filozofia przemijania" – udział Przewodniczącego Tadeusza Wadasa i Wiceprzewodniczącej Iwony Malinowskiej-Lipień.

02.03.2016
Posiedzenie Komisji Socjalnej.

03.03.2016
XXXIV Zjazd Delegatów MOIPiP w Krakowie.

07-09.03.2016
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

08.03.2016
Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.

09-11.03.2016
Udział Wiceprzewodniczącej Barbary Słupskiej w III Ogólnopolskiej Konferencji „Kobieta poza macierzyństwem" w Krakowie.

15.03.2016
Posiedzenie Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

17.03.2016
Wykład Wiceprzewodniczącej Iwony Malinowskiej-Lipień na temat – Recognition praxis within healthcare in Poland w ramach spotkania związanego z projektem HealthCareEurope (HCEU): Fostering transparency and recognition of prior learning within geographical mobility of professionals in the Health Care sector. Udział w spotkaniu również Przewodniczącego Tadeusza Wadasa.

19.03.2016
Udział Wiceprzewodniczącej Anny Polonek w uroczystościach upamiętniających św. Józefa, głównego patrona Miasta Krakowa, na zaproszenie Prezydenta Jacka Majchrowskiego.

21.03.2016
Tradycyjne spotkania wielkanocne i udział przedstawicieli MOIPiP w Krakowie.
Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. – Przewodniczący Tadeusz Wadas,
Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie – Wiceprzewodnicząca Iwona Malinowska-Lipień.

22.03.2016
Posiedzenie Rady Społecznej Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie – udział Przewodniczącego Tadeusza Wadasa.

23.03.2016
Tradycyjne spotkania wielkanocne w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Makowie Podhalańskim – Wiceprzewodnicząca Anna Polonek oraz Sekretarz Stanisław Łukasik.

24.03.2016
Udział Przewodniczącego Tadeusza Wadasa w posiedzeniu Rady Społecznej MO NFZ w Krakowie.

29.03.2016
Posiedzenie Komisji ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

30.03.2016
Przeprowadzenie konkursu na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki w Szpitalu Powiatowym w Proszowicach przez Sekretarza Stanisława Łukasika.

31.03.2016
Posiedzenie Zespołu Redakcyjnego Wydawnictwa MOIPiP im. Hanny Chrzanowskiej.

Spotkanie Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej.

05-07.04.2016
Udział w VII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego pod przewodnim hasłem Bezpiecznie do celu „Ewakuacja i Transport w Ratownictwie" Wiceprzewodniczącej Anny Polonek, Wiceprzewodniczącej Iwony Malinowskiej-Lipień, Sekretarza Stanisława Łukasika oraz członków MORPiP: Barbary Dudek, Urszuli Kalemby oraz Marzeny Pęgiel.

05.04.2016
Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.

06.04.2016
Posiedzenie Komisji Socjalnej.

08.04.2016
Konferencja Urologiczna w Krakowie – udział Przewodniczącego Tadeusza Wadasa, Wiceprzewodniczącej Iwony Malinowskiej-Lipień oraz Wiceprzewodniczącej Anny Polonek.

11.04.2016
Spotkanie Koła Emerytek MOIPiP.

12.04.2016
Posiedzenie Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Udział Wiceprzewodniczącej Iwony Malinowskiej-Lipień w szkoleniu w Warszawie dot. Europejskiej Legitymacji Zawodowej.

20.04.2016
Spotkanie Pełnomocników MOIPiP.

22-24.04.2016
Udział Przewodniczącego Tadeusza Wadasa w XVII Zakopiańskim Sympozjum – Postępy w Pneumonologii i Torakochirurgii.

XXXIV OKRĘGOWY ZJAZD DELEGATÓW MAŁOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Barbara Słupska

W dniu 03.03.2016 r. w Krakowskiej Akademii im. A. F. Modrzewskiego w Krakowie odbył się XXXIV Okręgowy Zjazd Delegatów Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

W skład Komisji Zjazdowej wchodzili: Józef Luberda, Ewa Kostrz, Barbara Dudek, Janina Łęgosz, Bożena Woźniak-Pachota, Agnieszka Kurbiel, Urszula Kalemba, Agata Kaczmarczyk, Anna Polonek, Iwona Malinowska-Lipień, Barbara Słupska, Marek Kucab, Stanisław Łukasik. Przedstawiciele Komisji witali delegatów oraz zaproszonych gości. Podczas rejestracji uczestników informowano ich o możliwości uzyskania duplikatu mandatu delegata w razie jego braku – niezbędnego podczas głosowania. Po otwarciu Zjazdu Przewodniczący MORPIP Tadeusz Wadas przywitał zaproszonych gości, wśród których zaszczycili nas swoją obecnością:

Edyta Ozga – Wojewódzki Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa

Barbara Prażmowska – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego

Anna Białoń-Janusz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Ewa Kostrz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

Anna Szczypta – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Ewa Kurleto-Kalitowska – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

Maria Szymaczek – Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego- Oddział Małopolski

Danuta Kądziołka – Członek Zarządu Regionu Małopolskiego NSZZ SOLIDARNOŚĆ

Grażyna Gaj – Przewodnicząca Regionalnej Organizacji Związkowej Województwa Małopolskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

Jolanta Łysak – Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce Oddział Terenowy w Krakowie

Beata Nowak – Radca prawny

Przewodniczący w swoim krótkim wystąpieniu przedstawił stanowisko MOIPIP w sprawie Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC), braku zapłaty za tzw. nadwykonania za świadczenie pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu pacjenta, wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zwracając uwagę, że nie wszyscy zostali w projekcie uwzględnieni. Przybliżył również problematykę udziału pielęgniarek i położnych w zespole ds. ustawy o POZ oraz rozszerzania zakresu świadczeń medycznych ratownikom. Ważnym poruszanym tematem było przedstawienie opinii prawnej, sporządzonej na zlecenie Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w sprawie wystawiania przez Izbę PIT-8C uczestnikom kursów organizowanym przez samorząd w ramach kształcenia podyplomowego. Przybyli goście w swoich wystąpieniach odnieśli się do obecnej sytuacji w ochronie zdrowia zwracając uwagę na trudną sytuację pielęgniarek i położnych.

Uprawnionych do czynnego uczestnictwa w obradach jest 327 Delegatów, obecnych na sali było 245 co stanowiło 74% czyli wymagane kworum.

Po wyborze asesorów do liczenia głosów przystąpiono do wyborów Przewodniczącej Zjazdu oraz pozostałych Komisji.

Przewodniczącą Zjazdu została wybrana przez delegatów Anna Polonek. W skład **Prezydium Zjazdu** weszli: Iwona Malinowska-Lipień, Barbara Słupska, Grażyna Maziak, Marek Kucab.

Przewodniczącą Komisji Uchwał i Wniosków wybrana została Agnieszka Kurbiel. Sekretarzem została Eliza Kowalczyk, członkowie: Urszula Kalemba, Bożena Woźniak-Pachota, Marzena Pęgiel.

Przewodniczącym Komisji Mandatowej został wybrany Józef Luberda. W skład Komisji weszli: Ewa Kostrz, Beata Marzec, Joanna Gacal.

Delegaci przyjęli sprawozdania Rady Okręgowej i Organów MOIPIP, pozytywnie oceniono pracę Rady Okręgowej oraz zatwierdzono budżet i plan pracy na 2016 rok.

Na Zjeździe podjęto wiele ważnych dla środowiska uchwał, stanowisk, apeli i rozpatrzono jeden wniosek:

Uchwała Nr 1
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawieprzyjęcia sprawozdań z działalności Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

Uchwała Nr 2
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie przyjęcia sprawozdania finansowego Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie za rok 2015

Uchwała Nr 3
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie przyjęcia sprawozdania z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej MOIPIP

Uchwała Nr 4
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie przyjęcia sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych MOIPIP w Krakowie

Uchwała Nr 5
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie przyjęcia sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej MOIPIP w Krakowie

Uchwała Nr 6
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie przyjęcia planu pracy MORPIP na rok 2016

Uchwała Nr 7
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie budżetu MOIPIP na rok 2016

Uchwała Nr 8
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie przyjęcia zasad gospodarki finansowej MOIPIP

Uchwała Nr 9
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie przeznaczenia zysku bilansowego za rok obrotowy 2015 na fundusz ustawowy

Uchwała Nr 10
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie zmiany Uchwały Nr 6 XXXIII Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Delegatów MOIPIP w sprawie liczby członków organów MOIPIP

Apel Nr 1
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie nierównego traktowania pielęgniarek i położnych, które nie zostały objęte wzrostem wynagrodzeń

Apel Nr 2
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie odmowy zapłaty za tzw. nadwykonania za świadczenie pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu pacjenta

Apel Nr 3
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie udziału pielęgniarek, położnych rodzinnych, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania w zespole ds. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

Apel Nr 4
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie wysokości składki członkowskiej dla pielęgniarek i położnych emerytów, rencistów pracujących w formie umowy o pracę, umowy zlecenia, prowadzących działalność gospodarczą

Apel Nr 5
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie interwencji w Ministerstwie Zdrowia, Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej w sprawie uregulowania i uznania czasu przekazywania raportów pielęgniarskich za czas pracy - ustawowo

Apel Nr 6
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie wprowadzenia zmian w regulaminie refundacji kosztów kształcenia poprzez zwiększenie dopłaty-refundacji za udział w konferencjach i szkoleniach z kwoty 500 zł jeden raz na dwa lata do kwoty min.1000 zł

Stanowisko Nr 1
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie zmiany zarządzenia Prezesa NFZ
w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które to zarządzenie wprowadza nowy zakres świadczeń:
Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC)

Stanowisko Nr 2
– XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPIP w Krakowie
w sprawie rozszerzania zakresu świadczeń medycznych ratownikom

Wniosek Nr 1
w sprawie zwiększenia kwoty na Fundusz Pełnomocnika z 10 zł. na 15 zł.

Zjazd zakończył się w zaplanowanym czasie, dzięki sprawnie działającym Komisjom oraz pilnowaniu przebiegu i czasu wypowiedzi uczestników przez Przewodniczącą Zjazdu Annę Polonek.

fot: Jerzy Piwowarczyk; Otwarcie XXXIV Zjazdu Delegatów MOIPiP – Przewodniczący MORPiP Tadeusz Wadas

fot: Jerzy Piwowarczyk; Prezydium XXXIV Zjazdu Delegatów

fot: Jerzy Piwowarczyk; Delegaci MOIPiP w trakcie obrad

fot: Jerzy Piwowarczyk; Delegaci MOIPiP w trakcie obrad

fot: Jerzy Piwowarczyk; Komisja Uchwał i Wniosków

fot: Jerzy Piwowarczyk; Delegaci MOIPiP w trakcie obrad

fot: Jerzy Piwowarczyk; Promocja książki Ewy Kurleto-Kalitowskiej „Filozofia przemijania" w przerwie obrad XXXIV Zjazdu Delegatów

fot: Jerzy Piwowarczyk; Delegaci MOIPiP w trakcie obrad

Barbara Słupska – Wiceprzewodnicząca MORPiP, mgr położnictwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego.

STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

SRDD/2/2016

Rada

Stowarzyszenie Pielęgniarek
Opieki Długoterminowej
ul. Świętokrzyska 12/4, 30-015 Kraków,
tel. 665171666, 663822322, KRS 0000508294

Kraków, 26.02.2016r.

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie
Wpłynęło 2016 -03- 11
L. dz. 692
podpis

Małopolska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
ul. Szlak 61, 31-153 Kraków

Uprzejmie informujemy, że w dniu 8 maja 2014 roku zostało zarejestrowane Stowarzyszenie Pielęgniarek Opieki Długoterminowej.

Cele statutowe działalności Stowarzyszenia:

1. Wspieranie procesu rozwoju i promocji opieki długoterminowej.
2. Tworzenie lobbingu na rzecz rozwoju i promocji pielęgniarskiej opieki długoterminowej.
3. Działalność edukacyjna, badawcza, wydawnicza na rzecz rozwoju opieki długoterminowej.
4. Utworzenie ośrodka pierwszego kontaktu i informacji o możliwościach kompleksowej opieki długoterminowej i rehabilitacji, w tym zwiększenia wydolności opiekuńczej rodzin i otoczenia pacjenta.

Stowarzyszenie ma zasięg ogólnopolski i jego powstanie jest odpowiedzią na niejasną, pogarszającą się sytuację pacjentów i pielęgniarek opieki długoterminowej.
Chcemy aktywnie uczestniczyć we wszystkich działaniach związanych z pielęgniarkami opieki długoterminowej. Mamy nadzieję na ścisłą i owocną współpracę z Samorządem Pielęgniarek i Położnych. Jednocześnie prosimy o upublicznienie informacji o naszej organizacji członkom Okręgowej Rady oraz zainteresowanym pielęgniarkom.

Z poważaniem

PREZES
STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK
OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
mgr Beata Mróz

WICEPREZES
STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK
OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
mgr Zuzanna Mysłowska

STOWARZYSZENIE
PIELĘGNIAREK OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
ul. Świętokrzyska 12/4
30-015 Kraków
NIP 6772381577, REGON 123122736
KRS 0000508294

KOMUNIKACJA POŁOŻNEJ Z PACJENTKĄ PO STRACIE DZIECKA POCZĘTEGO

Janina Potrzebny-Curyło

„Pozostał straszny, miażdżący ból psychiczny i jedna jedyna nadzieja, że może następnym razem...” pisze jedna z kobiet, która straciła swoje dziecko.

Gdy ciąża kończy się niepomyślnie, to niezależnie od tego, czy miało miejsce sztuczne poronienie, urodzenie martwego płodu, czy śmierć dopiero co narodzonego niemowlęcia, oczekiwania rodziców zostają okrutnie zawiedzione[1]. Rodzice czują się w jakiś szczególny sposób odpowiedzialni za to, co się stało, źli, że przydarzyło się to właśnie im, winni, że być może w jakiś sposób przyczynili się do tego, pisze dalej autorka. „Dlaczego? Czy to za karę? Że nie chciałam, a raczej powiedziałam, że nie chcę tego dziecka? Przecież ja je tak bardzo kocham – nie chcę go stracić!” - to częste słowa osieroconych mam.

Poronienie wyzwala różne emocje i ujawniają się one w różnym czasie. Śmierć nienarodzonego dziecka w jakimś sensie jest „nierealna” – nie ma pożegnania, ostatniego przytulenia, wspomnień innych niż kopnięcie dziecka, jedynie własne emocje. Według Kurczuk-Powolny[2] może to być strach przed samym poronieniem i obawa o przyszłość, głębokie rozczarowanie, żal, złość, poczucie niedostosowania, zawodu, zazdrości w stosunku do rodzin posiadających dzieci, wszechogarniający smutek, niekiedy przeradzający się w długotrwałą depresję. Rodzaj i siła emocji, jakich doświadcza kobieta, zależą od jej sytuacji i poprzednich doświadczeń. Jednak dla każdej kobiety poronienie stanowi przykre przeżycie. Stąd też w dniach i tygodniach po poronieniu kobieta i jej partner potrzebują zrozumienia i życzliwości rodziny i przyjaciół. Jeśli matka i ojciec chcieli tego dziecka i kochali je, to mają prawo do opłakiwania jego straty. Kolosalne znaczenie dla adaptacji ma możliwość przeżycia żałoby – opłakania śmierci dziecka, wyrażenia uczuć związanych z jego odejściem i uzyskania wsparcia oraz zrozumienia. Wybitni uczeni, jak Greek, Wilson czy Lindy uważają, że im bardziej wspierające jest otoczenie, tym lepsze przystosowanie po stresie. Tymczasem kobiety tracące dziecko doświadczają najczęściej zjawiska, które McFarlane nazywa społecznym zaprzeczeniem traumie. Zwykle słyszą: „nic się nie stało”, „tak miało być” lub napotykają „zmowę milczenia”.

Wieloletnia praca na Oddziale Ginekologii i Patologii Ciąży skłoniła mnie do podjęcia powyższego tematu. Spotykając się prawie na co dzień z dramatem, jaki przeżywają kobiety tracące swoje dzieci, zastanawiałam się, w jaki sposób można im pomóc. Mając na uwadze fakt, że jest to problem niezwykle delikatny, że każde niewłaściwe, nawet w dobrej wierze wypowiedziane słowo może jeszcze bardziej zranić i tak już boleśnie dotkniętą przez los matkę, doszłam do wniosku, że najpierw należy dotrzeć do jej psychiki i wnętrza. Ażeby można to zrobić, trzeba poznać uczucia, myśli, reakcje i umieć wyczytać z nich to, co chcą przez nie powiedzieć, jakiej pomocy potrzebują osierocone matki. Jednocześnie przegląd fachowej literatury pozwolił mi poznać kolejne etapy adaptacji rodziców po utracie dziecka, dzięki czemu wiem, jak należy się wobec nich zachować, jak rozmawiać, jakich rad udzielić, czego oczekują od personelu medycznego, żeby ten powrót do normalnego życia był jak najłatwiejszy. Ciąża – dla jednych stan błogosławiony i okres „bycia przy nadziei”, dla innych ciężar i brzemię trudne do udźwignięcia, ale zawsze jest to stan odmienny. To, co dzieje się z kobietą w ciąży, jest zarówno w medycynie jak i psychologii porównywane do stanu długotrwałego stresu – przygotowywanie się do nowej roli życiowej i reagowanie na zmiany organizmu, to stresory oddziałujące na psychikę każdej kobiety.

Śmierć dziecka poczętego jest przeżyciem niewątpliwie kryzysowym. Powrót do „normalnego” życia staje się prawdziwym wyzwaniem. Po etapie szoku matka wraca do domu, w którym rozwijały się marzenia związane z dzieckiem. Jak ma przeżyć żałobę? „Cały czas płaczę i myślę o tym, że nigdy już go nie zobaczę. (...) Czuję, jakby umarła cząstka mnie. Bardzo Cię kocham i będę kochać do końca mojego życia”. Takie zachowanie jest „normalne” w tej sytuacji. Trzeba jednak wiedzieć, że żałoba jest tylko okresem przejściowym. Nie jest sensem i celem życia. Człowiek cierpiący musi odbudować swój świat wewnętrzny, zniszczo-

ny dotykiem śmierci. Już wiele lat temu[3] wskazuje, że istotnym elementem pracy nad żałobą jest wyrażanie emocji związanych ze stratą i doświadczeniem cierpienia, którego nie wolno unikać. Naturalna żałoba i powolna adaptacja do życia po stracie trwa, w przypadku śmierci dziecka poczętego, około roku. Według Kornas-Bieli[4] rodzice muszą najpierw przeżyć żałobę i rozwiązać spowodowany śmiercią dziecka stan kryzysu emocjonalnego, aby móc realistycznie ocenić sytuację, w której się znaleźli. Śmierć rozpoczyna proces żałoby – proces żegnania się z osobą, marzeniami i planami z nią związanymi. Kobieta żegna się również z częścią swojego „ja", co wywołuje reakcje depresyjne. Bardzo pomocną staje się wówczas teoria samoświadomości, której założeniem jest szukanie granicy pomiędzy świadczoną kontrolą swojego zachowania a nieświadomym działaniem, które nie podlega procesom werbalizacji. Podstawowym pojęciem na gruncie teorii samoświadomości jest pojęcie skryptu, który jest niczym innym jak spójną sekwencją zdarzeń, których człowiek oczekuje w określonej sytuacji. Skrypt jest wyobrażeniem osób, ich zachowań, które mają być realizowane w określonych warunkach. W nieoczekiwanej sytuacji kryzysowej jednostka jest skłonna dane odchylenie traktować jako zakłócenie porządku społecznego i zaburzonych oczekiwań przewidywanych wydarzeń.

W świetle prawa kanonicznego dziecku zmarłemu przedwcześnie w łonie matki lub w trakcie narodzin, przynależy się pogrzeb, pomimo, że nie zostało ono ochrzczone. Dla rodziców, zwłaszcza dla matki bardzo ważna jest ceremonia pogrzebowa. Pogrzeb ma za zadanie potwierdzenie realności życia i śmierci, umożliwia żyjącym pożegnanie, wyrażenie uczuć oraz uzyskanie wsparcia społecznego. W okresie żałoby należy zaakceptować łzy i inne objawy smutku. Jest to bardzo ważne, gdyż jak podkreśla Barton-Smoczyńska[5] żałoba nieprzebyta po śmierci bliskiej osoby wraca później w sytuacjach kryzysowych lub pod jakimś względem podobnych do sytuacji śmierci. Reakcje człowieka są wówczas o wiele silniejsze i często destruktywnie wpływają na jego życie – z reguły ujawniają się zaburzenia depresyjne i psychotyczne.

Śmierć dziecka w okresie noworodkowym wywołuje całą gamę bardzo silnych, negatywnych uczuć. Proces adaptacji do zaistniałej sytuacji może trwać do 1 roku i można wyróżnić pewne następujące po sobie stadia tej adaptacji, przez które przechodzi większość rodziców. Jednakże o przebiegu adaptacji decyduje wiele czynników, mianowicie: czas, jak upłynął od śmierci dziecka, jej przyczyna, fakt, czy śmierć nastąpiła nagle czy stopniowo, rodzaj schorzenia, wcześniejsze doświadczenia związane z niepowodzeniami prokreacyjnymi, ważność dziecka dla rodziców, brak wsparcia ze strony najbliższych. W pierwszej fazie żałoby obserwowane są reakcje szoku, zaprzeczania doświadczeniu. Osoba odcina się od faktu śmierci, nie przyjmuje go do swojej świadomości, czuje się obca, odrealniona w swoim doświadczeniu i w kontakcie ze światem. Osoba cierpiąca przeżywa różne silne niepokoje, ma złe samopoczucie, czasami pojawiają się ataki gniewu, paniki. Emocje wyrażane są w sposób niekontrolowany i nagły. Kobieta jest cała owładnięta przeżyciem, odczuwa fizycznie i psychicznie nieobecność dziecka wyrwanego z jej ciała. Pojawiają się naprzemiennie różne okresy samopoczucia – od skrajnego załamania, przez apatię i obojętność, po potrzebę nagłego kontaktu. Według Pileckiej[6] im więcej możliwości ma osoba na wyrażenie swoich emocji związanych z doświadczeniem śmierci bliskiej osoby, tym lepiej dla jej adaptacji. Kulturowo preferowana jest jednak powściągliwość w wyrażaniu emocji.

Drugim etapem żałoby jest praca nad kontaktem z osobą, która odeszła. Rodzice zmarłego dziecka szukają śladów jego obecności w ich życiu, tęsknią, wspominają. Jest to proces bardzo długi i powolny, obfitujący w wiele bolesnych uczuć. Po etapie szoku pojawia się silny ból psychiczny, intensyfikujący się podczas wspominania i przy kontakcie z przedmiotami przypominającymi zmarłą osobę. Wówczas pojawia się gniew, poczucie winy, że nie można było zdarzeniu zapobiec. Napływają różnorodne uczucia smutku, goryczy, złości, bezsilności i rozgoryczenia. Kobieta ma potrzebę ciągłego analizowania swojego życia, szuka zrozumienia dla śmierci dziecka, szuka innych, których dotknęło to samo[5]. Kolejnym etapem jest dezorganizacja i rozpacz. Rodzice, szczególnie matka musi zaakceptować to, co w niej umarło w związku z brakiem bliskiej osoby. Inni nazywają ten etap „nadawaniem znaczenia". Wówczas matka podejmuje próby zaakceptowania i zrozumienia faktu śmierci dziecka. Jej emocje nie są już tak gwałtowne, nagłe i niszczące. Żal po stracie dziecka jest w tej fazie pamięcią życia dziecka i dążeniem do nadania znaczenia czy też odszukania związków życia i śmierci z wartościami czy sensem życia w ogóle. I wreszcie następuje ostatni etap reorganizacji, który cechuje pełna akceptacja faktu śmierci i wytworzenie nowej mapy relacji ze światem. Kobieta traktuje całość historii jako własne doświadczenie, odnajduje pozytywne konotacje stra-

ty dla swojego życia i inicjuje różnego typu działania na rzecz pamięci dziecka, tj. działalność na forach dyskusyjnych, pisanie artykułów, warsztaty, ulotki, grupy wsparcia. Jednakże psycholodzy podkreślają, że w przypadku śmierci dziecka odzyskanie satysfakcjonujących układów z rzeczywistością nie jest możliwe. Ból zawsze pozostaje, mimo, że relacje ze światem mogą funkcjonować poprawnie.

Rodzina

Rodzina po stracie dziecka w wyniku poronienia czy porodu przedwczesnego, to rodzina dotknięta kryzysem. Utrata dziecka, to naruszenie całego systemu relacji, które budowały się wolno i sprawiały, że wszyscy czuli, iż tworzą wspólnotę. W momencie, kiedy z kręgu wypada jedna osoba, rodzina musi odbudować się na nowo, staje przed koniecznością zachowania w swojej pamięci faktu zaistnienia nagłej śmierci jednego ze swoich członków. Jest to zadanie, które wymaga czasu, cierpliwości i powolnego odkrywania znaczenia, jakie to szybko zakończone życie wniosło do skarbca rodzinnej wiedzy i doświadczeń wspólnoty. Zwycięstwo miłości nad śmiercią, czyli udana adaptacja rodziny do sytuacji śmierci dziecka, choć przywraca sens życiu i zbliża do siebie całą rodzinę jest gorzkie. Terapeuci są zdania, że rodzina, która staje w obliczu śmierci dziecka przed porodem lub w trakcie porodu, doświadcza problemu utraty marzeń stanowiących o celu i sensie życia, a samo niepowodzenie prokreacyjne jest oceniane w kontekście wartości rodziny. Około ¼ rodzin wymaga pomocy specjalistycznej. Intensywność przeżywania żałoby jest uzależniona od sposobu komunikowania się członków rodziny i autonomii jej poszczególnych przedstawicieli. Strata dziecka uruchamia różnego rodzaju obawy i lęki, te związane ze śmiercią, z niepowodzeniami, z niezaspokojonymi potrzebami i obniżonymi umiejętnościami rozumienia siebie, drugiej osoby, dawania wsparcia i zwracania się o pomoc. Rodzina nie jest czasem w stanie uporać się z pojawiającymi się trudnościami, stąd też około 60% par rozstaje się w przeciągu kilku najbliższych lat po stracie dziecka.

Każda rodzina powinna potrafić odnaleźć w sobie siłę do pokonania trudności związanych z utratą bliskiej osoby. Źródłem tej siły jest miłość, jednakże sposoby wyrażania miłości i docierania do niej są różnorodne. Nie ma jednej recepty na poradzenie sobie ze śmiercią dziecka w rodzinie, jest jednak droga rozmowy, ciągłego dialogu z drugim człowiekiem i ze sobą. Wrażliwości na to, co przekazuje partner swoimi słowami, gestami, milczeniem. Jest to droga rozmowy szczerej, służącej porozumieniu się. Zatem należałoby dostosować się do teorii Eric Berne – twórcy analizy transakcyjnej. Koncepcja ta zakłada, że potrzeba bezpośredniego kontaktu z drugą osobą jest równie ważna jak potrzeby biologiczne. Bowiem każdy człowiek potrzebuje do życia aprobaty i uwagi ze strony innych, najczęściej bliskich osób. Potrzeby rodziców po stracie dziecka poczętego częściowo związane są z fazą żałoby, w której obydwoje się znajdują. Nie potrzebują oni pocieszania, odwracania uwagi od tego, co chcą wyrazić i czym chcą się podzielić. Nie jest również wskazane tłumienie uczuć, bowiem one i tak wrócą, tylko później i to z podwojoną siłą.

Ważnym źródłem wsparcia po poronieniu jest dla kobiety partner i najbliżsi. Korzystne jest, gdy partner może być obok swojej kobiety i odciążać ją w oczekiwaniu na zabieg i już po zabiegu. Jest to jednakże sytuacja, która wymaga dojrzałości i zaangażowania oraz wyczucia ze strony najbliższych. Najczęstszym błędem popełnianym przez otoczenie jest zmuszanie się do rozmów i wypowiadanie różnych słów pocieszenia. Życzliwa obecność jest adekwatnym sposobem na okazywanie swojego szacunku dla cierpienia rodziców i współczucia.

Rola personelu medycznego w przekazywaniu informacji

„Szpital...ach...nigdy tego nie zapomnę. Lekarze... Nigdy się na nikim tak nie zawiodłam, jeden dawał nadzieję, a drugi 5 minut później ją odbierał” – tak wspomina pobyt w szpitalu jedna z pacjentek. Dla personelu medycznego śmierć opłakiwana przez kobietę bywa „obumarciem płodu”, „wydaleniem martwego zarodka”, czy nieukończoną ciążą.

Gdy kobieta dowiaduje się o śmierci swojego dziecka, czuje ból i kurczowo łapie się myśli, że może jednak jest jeszcze nadzieja. Czuje niezwykły ciężar smutku i pustki. Zatem ważną rolę odgrywa rodzaj opieki uzyskanej w szpitalu. Istotny wpływ na głębokość żalu po stracie ma sposób, w jaki kobieta została poinformowana o śmierci dziecka, rodzaj warunków, w jakich oczekiwała na zabieg oraz to, co wydarzyło się zaraz po zabiegu. Czy i na ile personel zwrócił uwagę na fakt utraty dziecka, a nie płodu, jak i potrzeby matki. Zachowanie się personelu medycznego ma ogromną i znaczącą rolę dla głębokości żalu po stracie i czasu, który będzie potrzebny kobiecie w powrocie do równowagi. Bowiem konstruktywizm przyjmuje, że człowiek odnosi się do rzeczywistości jedynie

przez proces komunikowania się, w trakcie którego dochodzi do interpretacji zaistniałej sytuacji. Jest to najbardziej fundamentalny proces społeczny, w czasie którego dochodzi do wymiany odczuć, doświadczeń, myśli i gestów.

Bardzo istotną przeszkodą ułatwiającą „powrót kobiety do normalnego życia" jest brak zinstytucjonalizowanego wsparcia emocjonalnego i informacyjnego w sytuacji utraty jak i późniejszych etapach adaptacji potraumatycznej. W realiach polskich szpitale, do których trafiają kobiety z rozpoznanym poronieniem lub przedwczesnym porodem, nie są przygotowane do opieki nad potencjalnymi ofiarami sytuacji traumatycznych. Brakuje psychologów informujących poszkodowanego o możliwych objawach stresu i monitorujących proces informowania pacjentki o śmierci dziecka. Położne i lekarze mają dość znikomą wiedzę na temat konsekwencji psychicznych i emocjonalnych przeżytego poronienia. Dla nich jest to dość rutynowy zabieg i powszechne zjawisko. Brak wiedzy na temat skutków emocjonalnych utraty dziecka w czasie ciąży i na temat samego przeżywania śmierci uniemożliwia personelowi podjęcie świadomych działań nastawionych na wspomaganie cierpiącej psychiki. Zamiast tego szpitale niejako stwarzają warunki traumatyczne – począwszy od czekania na zabieg w tej samej sali, w której leżą kobiety ciężarne, po obcesowe wyrażenia. Nikt nie informuje o konsekwencjach poronienia, nie podaje adresów, pod którymi można by znaleźć pomoc. Cierpienie jest pomijane milczeniem i bagatelizowane. Tego rodzaju postawa personelu medycznego utrudnia kobiecie rozpoznanie przyczyn jej cierpienia[5]. Uzyskanie od lekarzy czy położnych dokładnych informacji na temat tego, co się dzieje i co może się stać w przyszłości, jest dla rodziców bardzo ważne. Pomaga zmniejszyć strach, poczucie bezradności i winy. Potwierdzeniem tego jest teoria konstruktywizmu, która mówi, iż najważniejszym czynnikiem wpływającym na komunikowanie się i formy naszego zachowania się są tzw. kontakty osobiste, zgodnie z którymi człowiek jako istota społeczna, dzięki procesowi komunikowania się dokonuje zmian w rzeczywistości społecznej. Komunikacja ta zwana bezpośrednią jest jednocześnie bardzo trudną, gdyż przez to, że odbywa się „twarzą w twarz" widzimy wzajemne reakcje (nadawcy i odbiorcy). Odbiorca może zatem „wyczytać" całą prawdę o zaistniałej sytuacji. Bardzo ważnym czynnikiem ułatwiającym akceptację jest również przekaz informacji. Należy mieć na uwadze, że najważniejszą cechą przekazu jest treść informacji, forma przekazu oraz argumenty, jakimi się posługujemy. Koniecznie trzeba pamiętać, że argumenty muszą być dostosowane do poziomu odbiorcy. Bardzo istotne znaczenie ma sposób przekazania informacji w formie komunikacji bezpośredniej. Zatem uruchamiamy „to coś", co pozwala na kontakt wzrokowy nadawcy i odbiorcy, przez co stajemy się bardziej wiarygodni.

Rodzice powinni poszukiwać pomocy, gdyż naprawdę ma ona ogromne znaczenie. Na szczęście personel medyczny coraz bardziej zdaje sobie sprawę z tego, jak ważne jest poświęcanie czasu pacjentkom, które przebyły poronienie i zachęcanie ich do wyrażania swych uczuć.

Często otoczenie rodziców jak i personel medyczny podejmują działania mające na celu zmniejszenie stresu przeżywanego przez rodziców po śmierci dziecka. Jednakże niektóre z tych rad i konkretnych działań utrudniają jeszcze bardziej adaptację do sytuacji straty. Według Kornas-Bieli[4] rodzice zdecydowanie nie potrzebują:

- stosowania środków uspokajających,
- pohamowywania płaczu i objawów smutku,
- tuszowania faktu realności życia dziecka i szybkiego usuwania śladów jego obecności,
- pocieszenia w formie „urodzi się następne".

Natomiast zdecydowanie na każdym stadium żałoby rodzice potrzebują:

- słuchania ich,
- zachęcenia do ekspresji uczuć i myśli,
- wykazania normalności ich reakcji, zwolnienie z poczucia winy,
- podniesienia poczucia własnej wartości,
- wzmocnienia solidarności rodzinnej poprzez wspólne przeżywanie utraty dziecka.

Poza powyższymi zaleceniami istnieją również specyficzne rady dla personelu medycznego i psychologicznego, który ma pomóc rodzinie łagodnie przejść przez kolejne etapy adaptacji do straty dziecka.

Lekarza i położną jako nadawcę powinna cechować:

- wiarygodność – im wyższa, tym większa gotowość do akceptacji zaistniałej sytuacji,
- kompetencja – wiedza, autorytet, zdolność do podejmowania decyzji,
- obiektywność – brak tendencyjności do subiektywnego stanu rzeczy.

Kornas-Biela wskazuje sposób zachowania otoczenia wobec rodziców. Na wieść o śmierci dziecka ogarnia rodziców szok. Wówczas najważniejsze jest trwanie przy rodzicach. Według Shokeira[7] jest to „zastosowanie ciszy". Trwanie w ciszy intensyfikuje kontakt emocjonalny, stwarza atmosferę intymności, budzi zaufanie i bliskość. Kolejnym etapem adaptacji jest zaprzeczanie. Jest to okres, który charakteryzuje się niedowierzaniem w to, co się stało, wyobrażeniami o dziecku, które zmarło. Zatem informację o śmierci dziecka należy przekazać rodzicom w sposób wyczerpujący, jasny, przystępny. Ważne jest, aby rodzice znali szczegóły dotyczące specyfiki choroby dziecka, przyczyny i okoliczności śmierci. Jeśli śmierć dziecka nie następuje w sposób nagły lecz jest możliwa do przewidzenia, to należy informować rodziców o stanie zdrowia dziecka. Wcześniejsze informowanie pozwala rodzicom oswoić się z myślą o śmierci oraz wzbudza zaufanie do personelu medycznego, który kontroluje sytuację i traktuje rodziców jak partnerów, którym przysługuje pełna wiedza co do stanu zdrowia ich dziecka. Również rodzicom, którzy chcą ochrzcić dziecko, powinno się im to umożliwić. Ponadto zawsze należy dążyć do tego, aby rodzice nadali dziecku imię. Ciąża nie może zakończyć się pustką. Ważne jest by w pamięci rodziców pozostało jako realna osoba. Nadanie dziecku imienia nobilituje matki. Traktowanie przez personel ciała dziecka zmarłego z szacunkiem i używanie imienia dziecka urealnia fakt, że kobieta i mężczyzna są rodzicami człowieka zmarłego. Również według Klausa i Kennella[8] należy nakłonić rodziców do kontaktu fizycznego z dzieckiem. Jest on bardzo potrzebny, aby rodzice mogli przeżyć dopełnienie rodzicielstwa, aby doświadczyli realności istnienia dziecka. Personel powinien umożliwić rodzicom, zachęcić lub zagwarantować pozostawienie po dziecku pamiątek. Urealniają one fakt życia i śmierci dziecka, pozwalają na głębsze „opłakiwanie straty", ale i na lepszą adaptację do tej sytuacji. Należy rodzicom dać czas na pobycie z dzieckiem zmarłym, na pożegnanie go, na porozmawianie o nim z personelem, na zabezpieczenie pamiątek. *„Cały czas towarzyszyło mi poczucie winy, poczucie jakiegoś osamotnienia, nie mogłam się z tym pogodzić (...) Brakowało mi jakiegoś symbolu (...) Ta świadomość, że dziecko leży gdzieś (...) Na śmietniku (...) Porzucone przeze mnie (...) Grobu nie miało, bo było za małe, bo właściwie to czym się stało, to takim mało znaczącym, nic nie wartym śmieciem? Tamten obraz towarzyszyć mi będzie do końca".*

Żal, jaki rodzice przeżywają po śmierci dziecka jest kolejnym „etapem" adaptacji. Jest to uczucie złożone, gdyż obejmuje żal po stracie ukochanego dziecka, żal z powodu dewastacji marzeń, planów, żal z powodu niepowodzenia życiowego, żal wskutek własnej niepełnej wartości biologicznej, żal dotyczący przyszłości (jest to strach, że kolejne dziecko może urodzić się z podobnym problemem zdrowotnym). Personel szpitala jak i otoczenie powinno pozwolić rodzicom się wypłakać i w pełni przeżyć smutek po stracie dziecka. Przeżywanie żałoby ma charakter repetytywny. Zatem personel medyczny powinien zachęcić do wspólnych rozmów i pomóc stworzyć intymne warunki dla ich przeprowadzenia o tym kogo stracili, co o tym myślą i co czują.

Bardzo często rodzice mają nieuzasadnione poczucie winy za śmierć dziecka. Zmniejszeniu tegoż poczucia służy pełna informacja przekazana obojgu rodzicom co do przyczyn śmierci, uzmysłowienie, że śmierć jest nieodłącznym elementem życia, uspokajanie rodziców, iż nie została ona spowodowana przez ich zachowanie, koncentracja na zwiększeniu więzi między rodzicami. Można by powiedzieć, że ostatnim etapem adaptacji do straty dziecka jest złość i wrogość. Te dwa uczucia złości, która po pewnym czasie przeradza się we wrogość wynikają z chęci rozładowania emocji i poczucia bezradności. Stąd też należy dążyć do tego, aby rodzice ukierunkowali swoją złość na obiekty dla nich emocjonalnie obojętne. Zaś sam personel powinien być przygotowany na to, że rodzice mogą kierować swój gniew na niego i przyjmować taką reakcję z tolerancją, zrozumieniem oraz pozwolić na werbalne rozładowanie swej złości. *„Po co ta cała technika, skoro nie ratuje życia ludzkiego. Tak niewinnego, tak pięknego. Zaczęło się i już się skończyło. Skończyło się, zanim się zaczęło. Tak mówią oni – lekarze. Ci, co nie ratują. Tak łatwo im było kiwnąć ręką. Nic z tego nie będzie. Co to za określenie? Czyż nie mają walczyć o każde życie? Takie słowa bolą. Od ich nastawienia tyle zależy, nie wiedzą o tym, nie pamiętają, a gdyby to było ich dziecko, też by tak łatwo przeszli nad tym do statystyki szpitalnej?"*

Sens cierpienia po śmierci dziecka

Osoby zajmujące się pomaganiem czy rozwojem osobowości człowieka przyznają, że trudne doświadczenia kryzysu, czy traumy zmuszają człowieka do odszukania sensu w przeżytej sytuacji. Strata bliskiej

osoby, a szczególnie dziecka powoduje, że poczucie czy rozumienie sensu zostaje silnie nadwyrężone. „To bezsensowne doświadczenie, niepotrzebne cierpienie, nie umiem dopatrzeć się żadnego sensu", „Czy śmierć dziecka może mieć jakikolwiek sens. Nie!", „Sens śmierci moich dzieci jest taki, że nic nie ma sensu" – tak pisze wiele kobiet po poronieniu. Sens człowieka, który przeżywa kryzys zostaje utracony, nie rozumie tego, czego doświadcza i nie ma zgody na ból i cierpienie, które się w nim rodzi. Kobieta po poronieniu oprócz bólu fizjologicznego i psychicznego, cierpi także z powodu załamania wiary w sens własnego istnienia czy też wartości istnienia w ogóle. Poronienie, przedwczesny poród powoduje załamanie wiary w sens, obniżenie poczucia sensu, naruszenie poczucia bezpieczeństwa i kontroli, obniżenie wartości siebie, ukształtowanie się przekonania, że życie jest zupełnie bezsensowne. Nawet po roku od straty dziecka nadal 31% kobiet nie potrafi wskazać żadnych korzyści czy też sensu w przeżytej tragedii.

Odzyskanie sensu życia, zrozumienie straty dziecka jest bardzo trudne i mozolne, ale z czasem można dostrzec wartość tego zdarzenia. „To bardzo silne doświadczenie negatywnych emocji, które doprowadziło do autodestrukcji, a następnie do przemyśleń i ogromnych zmian w moim życiu, w moim przypadku zmian na lepsze, mimo wszystko...". Spora część kobiet mówi więc o zmianie w swoim życiu w zakresie uznawanych wartości, rozumienia celu życiowego, wzmocnienia się. „Każdy ma swoje role do spełnienia, przeznaczenie, które ma głęboki, duchowy sens". Kobiety widzą pewne korzyści rozwojowe przeżytej tragedii, związane ze wzmocnieniem duchowego świata, z refleksją nad sobą i swoim życiem, pogłębianiem światopoglądu, wiary. Na nowo odkrywają cele życiowe, pogłębiają system wartości. Ponadto wybierają wolniejsze tempo życia, rezygnują z pracy lub równoważą aktywność zawodową działaniami na rzecz zaspokajania własnych potrzeb. Doświadczenie utraty życia owocuje świadomością jego kruchości, wartości i cudu trwania. „Zrozumienie sensu nadziei – nawet bardzo krótkotrwałej. Radość, że istniało we mnie życie kruche i piękne jak kwiat". Dziecko zostaje postrzegane jako wartość, która uszlachetnia życie rodziców. Śmierć dziecka jest doświadczeniem utraty kontroli nad własnym życiem. „Uświadomiło mi, jak mało ode mnie zależy".

Zdarza się również, że poczucie krzywdy pozwala odnaleźć sens doświadczenia. Podobnie uważa Barton-Smoczyńska[5] mówiąc, że śmierć dziecka jest sytuacją kryzysu w rozwoju osobowości człowieka i może stać się szansą na stworzenie nowej, jakościowo innej „struktury doświadczenia indywidualnego". Nadanie sensu życiu jej dziecku jest równoznaczne z odzyskaniem sensu własnego istnienia. Kobieta po stracie dziecka jest inną osobą, jej macierzyństwo, jej kobiecość, jej związki z najbliższymi ulegają zmianie. Świadomość zmiany i odszukanie sensu może przyspieszyć proces adaptacji i odzyskiwania równowagi psychicznej. Śmierć dziecka, choć bolesna i trudna do zrozumienia i zaakceptowania, jest lekcją życia.

„Podcinają skrzydła,
odbierają wiarę,
ale też ukazują, co jest
w życiu naprawdę ważne".

„Każde cierpienie ma sens.
Pozwala nam dojrzeć.
Lepiej zrozumieć siebie i innych.
A także docenić szczęście".

Literatura:

1. Sanders. C. M. 1996. P*owrót nadziei.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.
2. Kurczuk-Powolny A. 1998. *Poronienia.* Prószyński i S-ka. Warszawa.
3. Lindemann E., 1949. *Symptomatology and management of acute grief,* American Journal of Psychiatry, s. 101, 141-148.
4. Kornas-Biela D. 1993. *Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym.* Wydawnictwo KUL. Lublin. s. 61-75.
5. Barton-Smoczyńska I. 2006. *O dziecku, które odwróciło się na pięcie.* Wydawnictwo NAF. Łomianki. ISBN: 83-010481-7-X.
6. Pilecka B. 2004. *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
7. Shokeir M. H. 1979. *Managing the family of the abnormal newborn. Birth Defects: Original Artickle Series,* XV (5C), s. 199-222.
8. Klaus M. H., Kennell J. H. 1983. *Bonding. The Beginnings of Parent-Infant Attachment,* New York, The C. V. Mosby Co.

Janina Potrzebny-Curyło – mgr położnictwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego. Przewodnicząca OZZP.

ANKIETY DOTYCZĄCE OCENY CZASOPISMA „MAŁOPOLSKIE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE"

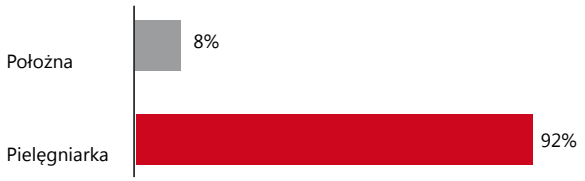
► Iwona Malinowska-Lipień, Anna Polonek

Podczas XXXIV Okręgowego Zjazdu Delegatów Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, który odbył się 3 marca 2016 roku w Krakowie, rozdano delegatom ankiety dotyczące oceny czasopisma „Małopolskie Pielęgniarki Położne". Poznanie opinii czytelników miało na celu poprawę kształtu pisma i wprowadzenie ewentualnych zmian w zakresie tematyki i poruszanych w nim problemów.

Analizę statystyczną wykonano w oparciu o dane uzyskane od 150 badanych pielęgniarek i położnych obecnych na Okręgowym Zjeździe, 13 (7,9%) osób wykluczono z analizy z powodu braku kompletnych odpowiedzi. W badaniu opinii wzięło udział 96% kobiet i 4% mężczyzn; rycina 1.

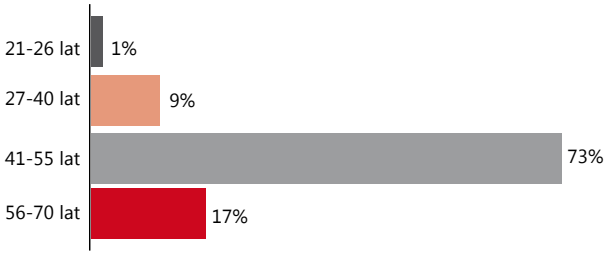
Rycina 1. Płeć badanych

Większość badanych stanowiły pielęgniarki, tj. 92%, pozostałe 8% było położnymi; rycina 2.



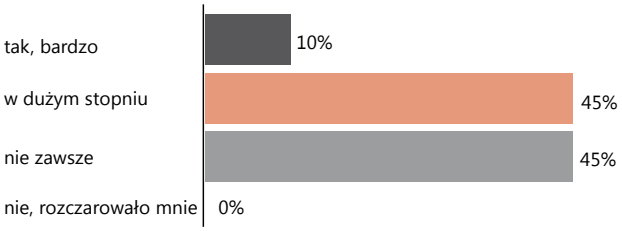
Rycina 2. Zawód badanych

Wiek ankietowanych wahał się od 21 do 70 lat. Najliczniejszą grupę (73%) stanowiły osoby w wieku 41-55 lat; rycina 3.



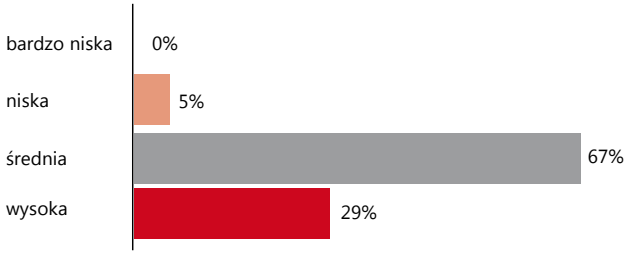
Rycina 3. Wiek badanych

Ponad połowa opiniujących pielęgniarek i położnych uznała, że czasopismo „Małopolskie Pielęgniarki i Położne" spełnia ich oczekiwania bardzo lub w dużym stopniu; rycina 4.



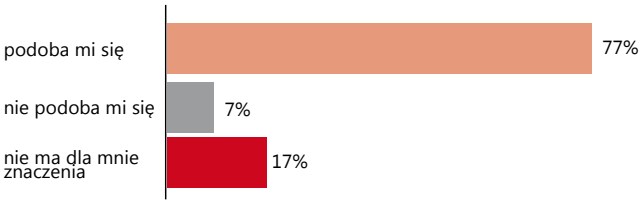
Rycina 4. Opinia badanych na temat oczekiwań względem czasopisma

Globalnie, czasopismo „Małopolskie Pielęgniarki i Położne" od 67% badanych uzyskało ocenę średnią, a od 29% wysoką; rycina 5.



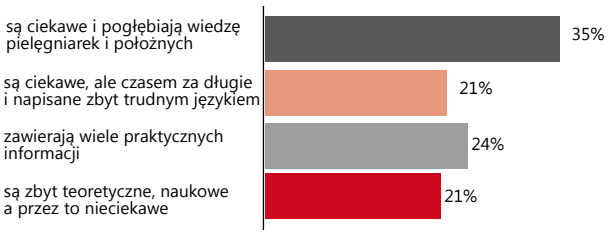
Rycina 5. Globalna ocena czasopisma

Ponad trzem czwartym badanych (77%), podoba się szata graficzna czasopisma. Tylko 7% było przeciwnego zdania; rycina 6.



Rycina 6. Ocena szaty graficznej czasopisma

Większość badanych oceniła zamieszczane w czasopiśmie artykuły jako ciekawe i zawierające wiele praktycznych informacji, nie mniej jednak 21% uważa, że są zbyt długie i napisane trudnym językiem. Niewiele ponad jedna piąta badanych (21%) była zdania, że są zbyt teoretyczne i naukowe przez to nieciekawe; rycina 7.



Rycina 7. Ocena zamieszczanych w czasopiśmie artykułów

W opinii niecałych 10% badanych, zbyt dużo w czasopiśmie „Małopolskie Pielęgniarki i Położne" zamieszczanych jest artykułów historycznych i dotyczących teorii pielęgniarstwa.

Większość badanych chciałaby, aby na łamach czasopisma ukazywało się więcej artykułów dotyczących praktyki zawodu pielęgniarki i położnej, nowelizacji ustaw i rozporządzeń oraz nowości w medycynie. Większość badanych, tj. 81% uważa, że liczba działów w czasopiśmie jest wystarczająca. Zdecydowana większość badanych oceniła zawartość stałych działów czasopisma bardzo wysoko na 4 i 5 punktów, co prezentuje tabela 1.

W opinii 37% badanych w czasopiśmie powinny być zamieszczane kondolencje, ale tylko wtedy, kiedy dotyczą najbliższej rodziny członków samorządu. Prawie jedna czwarta była odmiennego zdania; rycina 8.

Rycina 8. Opinia badanych na temat zamieszczanych w czasopiśmie kondolencji

Wnioski

Czasopismo „Małopolskie Pielęgniarki i Położne" spełnia oczekiwania czytelników. Korekty wymaga skrócenie długości publikowanych artykułów oraz dostosowanie tematyki do zainteresowań, tj. praktyczne aspekty zawodu pielęgniarki i położnej oraz nowości w zakresie prawa i legislacji zawodu.

Iwona Malinowska-Lipień, Anna Polonek – Wiceprzewodniczące Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

Stałe działy czasopisma	1 - najgorzej oceniane	2	3	4	5 - najlepiej oceniane
Aktualności	5%	11%	19%	33%	32%
Teoria i praktyka Pielęgniari i Położnej	3%	11%	22%	37%	26%
Prawo i historia	3%	8%	25%	37%	27%
Doskonalenie zawodowe	2%	11%	22%	38%	27%
Ogłoszenia	5%	14%	19%	35%	27%

Tabela 1. Ocena zawartości stałych działów czasopisma

STOSOWANIE PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO WOBEC OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Barbara Grudnik, Ewa Jelonek

... zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa...

Przepisy dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego regulowane są Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.); szczególnie art. 18; oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103 poz. 514).

Ustawa bardzo jasno precyzuje w odniesieniu **do jakich** osób i w jakich **sytuacjach** może być zastosowany przymus bezpośredni. Tak więc przymus bezpośredni może być zastosowany (warunek pierwszy), wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne, które (warunek drugi):

- dopuszczają się zamachu przeciwko: życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu lub
- w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub
- poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

W 2012 roku Ministra Zdrowia (Rozporządzenie MZ z 28.06.2012 r. Dz. U. poz. 740), wydało rozporządzenie w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

Rodzaje poszczególnych środków przymusu bezpośredniego:

- przytrzymanie – (krótkotrwałe unieruchomienie z użyciem siły fizycznej)
- przymusowe podanie leków – (wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody, doraźne lub przewidziane planem leczenia)
- unieruchomienie – (dłużej trwające obezwładnienie)
- izolacja – (umieszczenie osoby pojedynczo w zamkniętym pomieszczeniu).

Osoba zlecająca zastosowanie przymusu określa jego rodzaj, mając na uwadze, aby wybierany środek przymusu był możliwie **najmniej uciążliwy** dla pacjenta.

Przymus bezpośredni w postaci przytrzymania lub przymusowego podania leku.

W stosunku do osób jedynie uniemożliwiających funkcjonowanie szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej stosuje się wyłącznie przytrzymanie lub przymusowe podanie leku, a także w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala przez osobę przyjętą i leczoną bez jej zgody.

Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia

Czynności te mogą wykonywać wyłącznie wyszkoleni w tym zakresie pracownicy medyczni lub musi to być wykonywane w ich obecności. Zgodnie z § 17 rozporządzenia, obowiązkiem kierownika szpitala, domu pomocy społecznej lub zakładu pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego), jest szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego.

Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia należy stosować w pomieszczeniu jednoosobowym. W sytuacji, gdy nie jest możliwe umieszczenie pacjen-

ta w takim pomieszczeniu należy oddzielić chorego zabezpieczonego od innych pacjentów parawanem zapewniając mu poszanowanie godności i intymności. W czasie wykonywania czynności zabezpieczania należy zminimalizować liczbę osób przebywających w sali.

Przymus bezpośredni w postaci izolacji

- Należy stosować w pomieszczeniu właściwie urządzonym:
  - bezpiecznym, zabezpieczającym przed uszkodzeniem ciała,
  - właściwie wyposażonym pod względem sanitarno-bytowym.
- Pomieszczenie to powinno być wyposażone w instalację monitoringu i rejestrator umożliwiający stały nadzór nad pacjentem.
- Dostęp do rejestratora musi być kontrolowany, możliwy tylko dla osób uprawnionych.
- Zapis z monitoringu, przechowuje się przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy, jednak nie krócej niż przez 3 miesiące od dnia zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji.
- Po upływie terminu przechowywania zapis z monitoringu usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z powyższych czynności sporządza się protokół.

Osoba zlecająca zastosowanie przymusu określa jego rodzaj, mając na uwadze, aby wybierany środek przymusu był **możliwie najmniej uciążliwy** dla pacjenta.

Nie należy stosować przymusu bezpośredniego w sytuacji, gdy dostępne są inne skuteczne środki gwarantujące zapewnienie pacjentowi właściwej opieki i pomocy lub gdy jego zastosowanie może doprowadzić do poważnych powikłań zdrowotnych.

Ogólne zasady stosowania przymusu bezpośredniego:

- Przymus bezpośredni można stosować z użyciem więcej niż jednego środka.
- Decyzję o zastosowaniu przymusu podejmuje lekarz.
- Na żądanie lekarza policja, straż pożarna czy pogotowie ratunkowe są zobowiązane udzielić pomocy w stosowaniu przymusu bezpośredniego.
- W sytuacji, kiedy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu decyduje pielęgniarka.
- Decyzję podjąć może również ratownik medyczny, kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. O zastosowaniu przymusu należy niezwłocznie powiadomić lekarza.
- Lekarz niezwłocznie po otrzymaniu informacji o zastosowaniu przymusu, osobiście przeprowadza badanie chorego, na podstawie którego zatwierdza zastosowanie przymusu lub nakazuje jego zaprzestanie.
- W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia:

- Personel oddziału przygotowuje niezbędne środki do zastosowania przymusu.
- Osoba zlecająca zastosowanie przymusu bezpośredniego nadzoruje przebieg zastosowania przymusu – mając na uwadze bezpieczeństwo i dobro pacjenta.
- Przed przystąpieniem do zastosowania przymusu należy uprzedzić pacjenta o możliwości lub konieczności zastosowania przymusu.
- Przystępując do zabezpieczania (unieruchomienia, izolacji) pacjenta, należy odebrać mu przedmioty, które mogą stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia jego i innych osób.
- W czynnościach zastosowania unieruchomienia powinna brać udział dostateczna liczba osób (optymalnie 5 osób).
- Należy postępować tak, by zminimalizować możliwość doznania obrażeń przez pacjenta.
- Pacjentowi, wobec którego stosowany jest przymus należy zabezpieczyć wartościowe rzeczy przed kradzieżą lub zniszczeniem.
- Chory, wobec którego stosowany jest przymus bezpośredni musi być objęty stałą obserwacją i opieką pielęgniarską.
- W trakcie kontroli przeprowadzanej nie rzadziej niż co 15 min. również w czasie snu pacjenta, pielęgniarka ocenia stan fizyczny oraz prawidłowość i skuteczność unieruchomienia.
- Adnotację o stanie fizycznym pacjenta zabezpieczonego pielęgniarka zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia lub izolacji.

- W celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych należy zapewnić pacjentowi krótkotrwałe **częściowe albo całkowite uwolnienie** nie rzadziej **niż co 4 godz.**
- W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta, wobec którego stosowany jest przymus, pielęgniarka natychmiast zawiadamia o tym lekarza.

Czas trwania przymusu bezpośredniego

- Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyny jego zastosowania.
- Lekarz zleca zastosowanie przymusu unieruchomienia/izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godz.
- Jeśli przyczyna zastosowania przymusu nie ustąpi, co lekarz stwierdza na podstawie osobiście przeprowadzonego badania, przedłuża go na okres nie dłuższy niż 6 godz.
- Dalsze kontynuowanie stosowania przymusu na kolejne okresy nie dłuższe niż 6 godz. wymaga każdorazowo osobiście przeprowadzonego badania przez lekarza oraz uzyskanie opinii innego lekarza psychiatry.
- Po upływie 24 godz. stosowania przymusu, lekarz powiadamia ordynatora oddziału.
- Zarówno fakt powiadomienia, jak i otrzymania informacji przez obie strony muszą zostać odnotowane w historii choroby.
- Zastosowanie każdego środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

Cenne praktyczne wskazówki dla personelu uczestniczącego w stosowaniu przymusu bezpośredniego:

- Przymus bezpośredni jest zawsze bardzo przykrym, traumatycznym zdarzeniem dla pacjenta. Nie obrażaj się nawet jeśli chory obraźliwie się o tobie wyraża. Unikaj okazywania zniecierpliwienia i złości. Kieruj się troską i chęcią niesienia pomocy.
- Przymus bezpośredni jest interwencją terapeutyczną, a nie represyjną. Ma za zadanie odzyskanie samokontroli przez pacjenta. Nie okazuj wyższości wynikającej z przewagi nad chorym.
- Okazanie cierpliwości, próba nawiązania dialogu mogą skutecznie wpływać na pozytywny i spokojny przebieg stosowania przymusu.
- Spokojny ton głosu i opanowanie ma pozytywny wpływ na zachowanie pacjenta.
- W czasie zabezpieczenia informuj pacjenta o podejmowanych kolejnych krokach.
- Odstąp od wykonania przymusu bezpośredniego jeśli stwierdzisz, że pacjent uspokoił się i wyraża chęć współpracy.

Literatura:

1. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Dz. U. 1994 Nr 111, poz. 535.*
2. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.*
3. *Hospitalizacja psychiatryczna i środki przymusu bezpośredniego,* A. Kokoszka „Choroby wewnętrzne 2013" red. P. Gajewskiego.
4. *Procedura stosowania przymusu w Samodzielnym Specjalistycznym Szpitalu im. dr J. Babińskiego w Krakowie.*

Barbara Grudnik – Licencjat pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego w Krakowie.

Ewa Jelonek – mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, specjalista w dziedzinie organizacji i zarządzania, Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego w Krakowie.

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

ŻYCIE BŁOGOSŁAWIONEJ SIOSTRY MARTY WIECKIEJ W SŁUŻBIE CHORYM

S. Beata Cwener

CZĘŚĆ I

Wpływ Duchowości Sióstr Miłosierdzia Św. Wincenty a Paulo (1581-1660) na życie Marty Wieckiej.

Jednym z wielkich dzieł ks. Wincentego było powołanie w Paryżu 29 listopada 1633 roku przy współpracy św. Ludwiki de Marillac (1591-1660) Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia Służebnic Ubogich, zwanego Szarytkami. Wykorzystując własne uzdolnienia organizacyjne, intelekt oraz dużą pomysłowość udało się Wincentemu zorganizować nową formę pomocy dla ubogich i chorych. Stworzył dwa wielkie dzieła: Misje i Bractwa Miłosierdzia, które to dały początek *„całej armii miłosierdzia"*[1].

Do tej działalności wciągał wielu ludzi, których potrafił zachęcić i zapalić do ofiarnej pracy. Wincenty był przekonany, że nie można głosić misji, mówiąc o miłującym Bogu człowiekowi głodnemu i żyjącemu w nędzy nie dawszy mu najpierw codziennego chleba. Dlatego założył parafialne Bractwa Miłosierdzia, które rozpowszechniły się w całej Francji (tworząc sieć opieki społecznej), cieszyły się one ogromną popularnością. Szybkość z jaką powstały i rozwijały się, świadczyła o tym, jak bardzo były potrzebne. Ich celem była troska o chorych i ubogich, szczególne znaczenie miały Bractwa Miłosierdzia działające w Paryżu. Jedno z takich bractw zostało powołane przy olbrzymim Szpitalu Hôtel-Dieu, który przygarniał rocznie około 25 tysięcy chorych. Członkiniami tego bractwa były panie z tzw. wyższych sfer Paryża, *między innymi Ludwika Maria Gonzaga późniejsza królowa Polski*[2].

Wincenty ani przez chwilę nie wahał się stawić czoło nowym wyzwaniom, zawsze znajdował środki na wspieranie nędzy. Sam wyruszył na ulice Paryża stając się natrętnym żebrakiem poruszającym serca nawet tych najbardziej zatwardziałych. Dzięki temu, że potrafił przekonać i nakłonić do pomocy finansowej wielu bogatych i zamożnych zdobył olbrzymie fundusze na prowadzenie działalności miłosierdzia. „…*Ufał mu Król, premierzy, arystokracja, dlatego wciąż otrzymywał od nich pomoc dla biednych...*"[3].

Prowadzone przez św. Wincentego dzieło opieki nad porzuconymi i opuszczonymi dziećmi stało się Jego ulubionym zajęciem. Poświęcił się temu całym sercem i z pełnym oddaniem troszczył się o najbardziej bezbronne ofiary biedy i ubóstwa.

Symbolem pracy charytatywnej św. Wincentego jest po dzień dzisiejszy Jego posługa dla dzieci. Współczesna ikonografia przedstawia świętego; *„Z dzieckiem na rękach i dwoma innymi stojącymi obok i trzymającymi się Jego sutanny..."*[4]. Zaliczany jest również do jednych z największych dobroczyńców ludzkości. *„Bóg bowiem chciał, aby powstało nowe Zgromadzenie dziewcząt, które by się poświęcały wyłącznie na usługę chorych pod kierownictwem Pań Miłosierdzia"*.

Fot 1. Wincenty a Paulo. Patron Dzieł Miłosierdzia.

Źródło: Zbiory własne Zgromadzenia.

Pierwszą kandydatką przyjętą na posługę chorym była uboga, wiejska dziewczyna Małgorzata Naseau. Pielęgnowała chorych z ogromnym poświęceniem i stała się ofiarą bohaterskiej miłości. Do swojego łóżka przyjęła chore dziecko na dżumę, zaraziła się i zmarła w Szpitalu św. Ludwika w Paryżu. Zdaniem Wincentego a Paulo i Ludwiki de Marillac to Ona była pierwszą Siostrą nowego Zgromadzenia, dając doskonały przykład i stając się *„…wzorem dla tych, które przyszły po niej…”*[5]. Do Zgromadzenia zaczęły zgłaszać się nowe dziewczęta, które od 29 listopada 1633 roku zamieszkały wspólnie z Ludwiką w niewielkim domu w Paryżu. Właśnie tę datę uważa się za początek powołania do działalności Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia. *„…Ta mała grupka dziewcząt stała się początkiem Zgromadzenia…”*[6]. Wincenty od samego początku bardzo jasno widział cel założenia Stowarzyszenia. Według spisanych Reguł: *„…głównym celem, dla którego Bóg powołał i zgromadził Siostry Miłosierdzia jest uczczenie Pana naszego Jezusa Chrystusa jako źródło i wzór wszelkiej miłości, służąc Mu co do ciała i co do duszy…”*[7].

Wincenty zobowiązał siostry do usługiwania im z szacunkiem i nabożeństwem, gdyż przedstawiają Chrystusa. Zalecał: *„…trzeba starać się pozbyć nie tylko szorstkości i niecierpliwości, ale nadto przykładać się by im usługiwać z serdecznością i wielką słodyczą, nawet najprzykrzejszym i najtrudniejszym…”*[8].

Zdobywając wiedzę i umiejętności Wincenty zachęcał siostry, aby pilnie przypatrywały się i zapamiętywały to, jak wygląda i przebiega opieka lekarska, aby w razie potrzeby same potrafiły udzielić pomocy. *[…] w jakim wypadku macie puszczać krew, jak często macie powtarzać to puszczanie, ile krwi macie wypuścić za każdym razem, kiedy puszcza się krew z nogi, a kiedy stawia się bańki, kiedy podawać lekarstwo i to takie, jakie są właściwe dla różnych chorych, jakich możecie spotkać…”*[9].

W obliczu sytuacji francuskiego szpitalnictwa w XVII wieku, obawy i wskazówki dotyczące utrzymania higieny i troski o godność ubogiego były zasadne. Służenie ubogim w ich mieszkaniach stało się głównym zajęciem sióstr.

Posługa czyniona przez Siostry była „co do ciała i co do ducha”. Ubogi lud Paryża widząc ofiarność Sióstr w ich służbie, którą czyniły dla najbardziej opuszczonych i odrzuconych, nazwał je Siostrami Miłosierdzia (w języku francuskim Des Filles de la Charite).

W stolicy Francji Siostry zarządzały najważniejszymi instytucjami dobroczynnymi, jak np. Hotelem królewskim dla inwalidów (od 1675r.), Wojskową Szkołą Królewską, Szpitalem dla nieuleczalnie chorych, tzw. Petites - Maisons dla sierot oraz zakładami dla dzieci porzuconych. Poza Paryżem do ważniejszych można zaliczyć: infirmerie Królewską w Wersalu, Szpitale dla marynarzy w Rochefort i Brest, Szpital w Angers, św. Jakuba w Tuluzie i wielu innych miejscowościach.

Fot 2. Założyciele posyłają pierwsze siostry do Polski.

Zbiory własne: Sióstr Miłosierdzia.

Polska była pierwszym krajem misyjnym, do którego przyjechały trzy Siostry, było to jesienią 1652 roku. Szarytki przybyły na wyraźną prośbę królowej Polski, Marii Ludwiki Gonzagi, żony Władysława IV a po jego śmierci żony Jana Kazimierza.

Wkrótce okazało się jak bardzo posługa sióstr jest potrzebna w naszym kraju, zniszczonym wojnami kozacko-tatarskimi. W Polsce wybuchła straszna epidemia złośliwej febry, czyniąc ogromne spustoszenie szczególnie w południowej części kraju.

Wówczas Siostry opuściły dwór Królowej, aby podjąć posługę wśród chorych i umierających. W tej sytuacji zarysował się konflikt z Królową, która chciała jedną z sióstr zatrzymać na swoim dworze, a dwie pozostałe wysłać do Krakowa – aby służyły biednym. Postawa i odpowiedź Sióstr, jakiej udzieliły, była dla Królowej wielkim zaskoczeniem, ponieważ poprosiły Ją o wyrozumiałość w czynieniu miłosierdzia *„…daruj Pani, ale poświeciłyśmy się tylko Bogu, na służbę ubogim…”*[10]. Maria Ludwika z żalem, ale ostatecznie przekonana co do Ich misji żegnała siostry. Wiedziała, że ich praca wśród ubogich i chorych, którym będą służyły, będzie o wiele pożyteczniejsza dla kraju nękanego przez wojny niosące zniszczenie i gdzie *„... szerzyły się choroby oraz głód...”*[11].

Po opuszczeniu dworu Siostry rozpoczęły pracę przy Szpitalu parafialnym Św. Krzyża w Warszawie, ale bardzo szybko zaczęły również zajmować się sierotami i bezdomnymi. Z ofiar otrzymywanych na posługę, głównie od Królowej, rozdawały jałmużnę *„…w czasie toczących się wojen z wielkim oddaniem pielęgnowały rannych i chorych żołnierzy…"*[12].

Siostry Miłosierdzia zapisały chlubną kartę w historii chrześcijańskiego miłosierdzia w Polsce w XVII wieku. Król Polski Jan III Sobieski na potwierdzenie wielkiego uznania i szacunku dla Sióstr wydał dokument erekcyjny: *„…w którym to zatwierdził wszystkie dotychczasowe fundacje i przywileje, nadane Siostrom poprzednio przez królową Marię Ludwikę, a prawnie uznane przez sejm…"*[13]. Od tego czasu Zgromadzenie znajdowało się pod szczególną opieką i kuratelą Króla Polski.

Działalność Błogosławionej Siostry Marty – (1874- 1904).

Impulsem do przedstawienia postaci siostry Marty Wieckiej jest obchodzony w tym roku w Kościele Katolickim Rok Miłosierdzia, który został ustanowiony przez Papieża Franciszka. Całe swoje życie poświeciła służbie drugiemu człowiekowi, pracując z pełnym oddaniem i poświeceniem wśród najuboższych i chorych. To była jej pasja i życiowe „powołanie", aż do ofiary z własnego życia.

A zatem Kim była Marta Wiecka?

Urodziła się 12 stycznia 1874 roku we wsi Nowy Wiec, na północy Polski w rodzinie szlacheckiej. Marta była trzecią z kolei córką z trzynaściorga dzieci. Dom Wieckich słynął z gościnności i otwartości, rodzice jej byli bardzo bogobojni i wychowywali swoje dzieci religijnie. W takiej atmosferze wzrastała Marta. Od matki i ojca uczyła się codziennych praktyk religijnych. Jak wspomina Jej brat ks. Jan Wiecki: *„…wszystkie radości i troski zawsze uczono nas zanosić do Boga…"*[14]. Szkołę Ludową rozpoczęła Marta w siódmym roku życia, a nie jak to nakazywał obowiązek wprowadzony przez zaborcę od lat sześciu z tego powodu, że w dzieciństwie dużo chorowała. Nauka w zaborze pruskim odbywała się tylko w języku niemieckim, co dla Marty było nie lada wyzwaniem i poniekąd trudnością. Języka polskiego „mówionego" uczyła się tylko w domu rodzinnym. Należy pamiętać, że Polska w XIX wieku borykała się z wieloma trudnościami, zniknęła jako Państwo z mapy politycznej, a w II połowie XIX wieku Prusy stały się monarchią konstytucyjną. Był to czas nasilającej się germanizacji narodu polskiego i właśnie tu na Pomorzu, mają wiele trudności polscy katolicy. Rząd pruski bardzo intensywnie wpływał na władze szkolne i nauczycieli, aby jak najszybciej przeprowadzili germanizacje polskich dzieci i nakłaniali ich do protestantyzmu, gdyż w katolicyzmie upatrywali zagrożenie…*„Marta musiała z jednej strony poddać się ogólnemu obowiązkowi szkolnemu, a z drugiej nie utracić tego, czego nauczyła się w domu rodzinnym..."*[15]. Lata szkoły były dla Marty pierwszym etapem kontaktu i pomocy drugim, zawsze starała się *„pomóc i usłużyć w miarę możliwości każdej koleżance"*[16]. W szkole była uważną grzeczną i pilną uczennicą, cechowała ją wyjątkowa inteligencja.

Droga życia wewnętrznego sprawiła, że Marta zaczęła bardzo intensywnie myśleć o poświeceniu swego życia – służbie drugiemu człowiekowi w Zgromadzeniu Sióstr Miłosierdzia. Od momentu podjęcia decyzji o wstąpieniu do Zgromadzenia, bardzo intensywnie myślała o życiu zakonnym i czyniła przygotowania poprzez pogłębiony kontakt z Bogiem, wszystko czyniła z miłości do Niego. Powołanie Marty dojrzewało z dnia na dzień. *Rodzice widząc wielkie pragnienie córki oraz stałość wyboru, wyrazili swoją zgodę na wstąpienie do Zgromadzenia*[17]. Nadszedł upragniony i długo oczekiwany dzień w życiu Marty. Po dwóch dniach podróży przekraczając przy tej okazji granice dwóch zaborów, dotarła do nieznanego jej miasta Krakowa i odnalazła Dom Prowincjalny Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo. Próg Domu na ulicy Warszawskiej 8 przekroczyła 26 kwietnia 1892 roku. Dla osoby powołanej jest to szczególny dzień łaski. *„Marta stanęła na progu nowego życia ze szczerym pragnieniem bycia dobrą i prawdziwą córką św. Wincentego a Paulo. Pokładała całą ufność w Bogu mówiąc, że Ten który Ją powołał wspomoże ją swoją łaską i chętnie nakłoni ucha na jej prośby…"*[18]. Marta rozpoczęła formację w Zgromadzeniu, które przykłada wielkie znaczenie początkowej formacji w celu umocnienia motywacji i dynamizmu powołania, aby lepiej w przyszłości służyć Ubogim i chorym. *„…Odkrywa charyzmat wincentyński w świetle Ewangelii oraz poznaje obowiązki powołania zawarte w Konstytucjach i Statutach Zgromadzenia…"*[19]. Ten etap nie był czasem łatwym dla młodej radosnej i pełnej życia dziewczyny. Stopniowo dowiadywała się, że powołaniem Siostry Miłosierdzia jest Służba Chrystusowi, którą należy pełnić w duchu pokory, prostoty i miłości.

Już jako młoda siostra, ale jeszcze w okresie formacji bierze udział w opiece nad chorymi, jest świadkiem ich konania i śmierci. To tu pobierała pierwsze lekcje od starszej i doświadczonej siostry, która przytacza Jej słowa św. Wincentego *„…by oddając wszelkie posługi pielęgniarskie nie zapominały, że chory ma też duszę nieśmiertelną, która potrzebuje pomocy…”*[20].

Fot. 3. Błogosławiona s. Marta Wiecka (zbiory własne Zgromadzenia).

Siostra Beata Cwener – ze Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo (Szarytka). Licencjat pielęgniarstwa i Specjalizacja (uzyskany tytuł: Pielęgniarki Specjalisty w dziedzinie organizacji i zarządzania). Obecnie tj. od marca tego roku pracuję jako Pielęgniarka /Z-ca Kierownika Stacji Caritas w Wieliczce, (Caritas Archidiecezji Krakowskiej).

Tekst powstał w oparciu o pracę licencjacką S.B. Cwener przygotowaną w Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego na Wydziale Zdrowia i Nauk medycznych po kierunkiem dr Grażyny Dębskiej.

Literatura:

1. Tamże.
2. Calwet J., *św. Ludwika de Marillac Autoportret,* Instytut Wydawniczy Księży Misjonarzy „Nasza Przeszłość”, Kraków 1993r., s. 101.
3. Ziółkowski A.: Św. Wincenty a Paulo…, dz. cyt.
4. Tamże.
5. Goncalves M. E., *Małgorzata Naseau Pierwsza Siostra Miłosierdzia,* Kraków, Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy, 1995, s. 22.
6. Calvet J., *Św. Ludwika de Marillac…,* dz. cyt., s 114-115.
7. *Reguły wspólne Sióstr Miłosierdzia,* I, 1.
8. *Konferencja z 11.11.1657 r. „Tłumaczenie Reguł wspólnych”. W: Konferencje do Sióstr Miłosierdzia głoszone przez św. Wincentego a Paulo. t. III.* Nakładem Księży Misjonarzy, Erie 1955, s. 55.
9. *Konf., z dnia 22.01.1645 r., „ O zachowaniu regulaminu”, w:, Konferencjach…,t. I,* dz., cyt., s. 205.
10. Rospond S.: *Przybycie Sióstr Miłosierdzia do Polski. W: 350 lat obecności i posługi Sióstr Miłosierdzia w Polsce,* Kraków 2003, s. 12.
11. Rospond S.: *Przybycie Sióstr Miłosierdzia do Polski. W: 350 lat obecności i posługi Sióstr Miłosierdzia w Polsce, Sesja Jubileuszowa, (27-29 11. 2002r.),* Kraków 2003, s. 9-23.
12. Tamże.
13. Tamże.
14. *Wspomnienia ks. Jana Wieckiego (brata s. Marty),* CP do., s. 90.
15. S. J. Wątroba. *Znak jedności. Osoba i życie Bł. Marty Wieckiej (1874-1904),* Kraków 2008r., s. 25.
16. O. Izydor Borkiewicz. *W trosce o ciała i dusze cierpiących (s. Marta Wiecka 1874-1904),* Kraków 2011r., s. 21.
17. *Wspomnienia Barbary Myszkier,* CP doc., s. 108.
18. S. J. Wątroba. *Znak jedności. Osoba i życie bł. Marty Wieckiej (1874-1904),* Kraków 2008, s. 45.
19. *Konstytucje i Statuty Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo Watykan 2004, (K 54b),* s. 108.
20. *Konf. z 13.02 1646 r.., „O zamiłowaniu powołania i usłudze ubogim”, w: Konferencjach do Sióstr Miłosierdzia głoszone przez św. Wincentego a Paulo, Erie,* Nakładem Księży Misjonarzy, 1952r., t. I s. 226-227.
21. *Konferencje św. Wincentego do Sióstr miłosierdzia t. I – III (tłumaczone z Francuskiego ks. Dr P. Kurtyka.* Nakładem Księży Misjonarzy, Kolegium św. J. Kantego, Erie, Pa. 1952 rok.
22. *Konferencja z 14.06.1643 r. „Tłumaczenie regulaminu”.* W: Konferencje… t. I, dz. cyt., 111.
23. S. Daniela Poterek, *Magazyn P i P Nr 6,* czerwiec 2008r., s. 5.
24. Ks. W. Bomba CM, wykładowca ITKM w Krakowie, *Mistyka służby (materiały z Sympozjum o s. Marcie Wieckiej),* Warszawa 25 kwietnia 2007 r., s. 84.
25. F. Kubiak, J. Siczek: *Zasady pielęgniarstwa. Rys historyczny W: Podręcznik dla pielęgniarek… PZW,* red. A. Chodorowska-Procner i R. Hutner, t.1, Warszawa 1958, s. 478-479.
26. H. Sienkiewicz. *Trylogia.*
27. M. Wiecka, *Ofiara miłości,* str.18; CP doc., s. 544.
28. Dzierżak A., Motyka S., Bomba W., Dukała J. (red.): *Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia…,* dz. cyt. s. 312-313.
29. Konf. z 13.02 1646 r.., *„O zamiłowaniu powołania i usłudze ubogim”, w: Konferencjach do Sióstr Miłosierdzia głoszone przez św. Wincentego a Paulo, Erie,* Nakładem Księży Misjonarzy, 1952r., t. I s. 229.
30. ASMK, Ks. J. Wiecki, t. I, s. 371.
31. ASMK. Śliwińska, t. 1, s. 83.
32. O. I. Borkiewicz OFM, *W Trosce o ciała i dusze cierpiących (s. Marta Wiecka 1874-1904),* Kraków, 2011r., s. 64.
33. S. J. Wątroba SM, *Znak Jedności…,* Kraków 2008r., s. 96.
34. S. D. Poterek SM.; *Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 6. 2008r., Bo miłość trzeba udowodnić.*
35. S. J. Wątroba SM., *Znak jedności, osoba i życie Bł. Marty Wieckiej (1874-1904),* Kraków 2008r., s. 106.
36. ASM. *Reguły Sióstr Miłosierdzia Sług Ubogich Chorych,* Rozdz. VII. 1, s. 2.

NOWE ISTOTNE ZMIANY PRZEPISÓW KODEKSU PRACY

Zbigniew Cybulski, Radca Prawny

W dniu 22 lutego 2016 r. weszła w życie nowelizacja kodeksu pracy wprowadzająca bardzo istotne zmiany dotyczące świadczenia pracy.

1. Wprowadzenie 33-miesięcznego limitu umów na czas określony.

Jedną ze zmian jest wprowadzenie 33-miesięcznego limitu okresu czasu, na jaki można zawierać umowy na czas określony. We wcześniejszych przepisach prawa pracy brak było regulacji ograniczającej limit czasu, na który mogły być zawierane umowy na czas określony, co skutkowało tym, że umowy te były zawierane czasami na wiele lat. Dotychczas, jeśli pracodawca zawierał z pracownikiem dwie kolejne umowy o pracę na czas określony, to trzecia umowa między tymi samymi podmiotami z mocy prawa stawała się umową na czas nieokreślony. Wyjątkiem była sytuacja, gdy nastąpiła ponad miesięczna przerwa w zatrudnieniu, wtedy limit umów na czas określony liczył się od nowa.

Po zmianach, maksymalny okres, na który można zawrzeć umowy na czas określony, wynosi 33 miesiące. Po upływie tego okresu, umowa o pracę na czas określony przekształca się w umowę o pracę na czas nieokreślony. Mechanizm ten dotyczy także sytuacji, gdy zawarto kilka umów o pracę na czas określony lub podpisano aneksy do nich. Jeżeli do 33 miesięcy dodamy 3 miesiące umowy na okres próbny okaże się, że umowy na czas określony można zawrzeć maksymalnie na okres 3 lat.

Nowelizacja obejmuje także art. 25 § 2 kodeksu pracy, w kontekście umów na okres próbny. Będzie można je zawierać w celu sprawdzenia kwalifikacji pracownika oraz możliwości jego zatrudnienia do wykonywania pracy określonego rodzaju. Co do zasady, pracodawca będzie mógł zaproponować taką umowę pracownikowi tylko raz, na okres maksymalnie trzech miesięcy. Ponowne zawarcie takiej umowy z tą samą osobą będzie możliwe tylko, gdy ma być ona zatrudniona na innym stanowisku.

Zgodnie ze znowelizowanymi przepisami, również każda czwarta umowa o pracę zawarta pomiędzy tym samym pracownikiem i pracodawcą staje się umową o pracę na czas nieokreślony, bez względu na okres czasu jaki upływa pomiędzy tymi umowami. Wprowadzenie limitu czasowego, na który maksymalnie mogą być zawierane umowy na czas określony skutkuje likwidacją wcześniej istniejącej zasady, że każda trzecia umowa o pracę na czas określony staje się umową o pracę na czas nieokreślony, jeżeli odstęp czasowy pomiędzy ustaniem jednej a zawarciem kolejnej umowy wynosi 1 miesiąc.

Problemem praktycznym, na który zwracają uwagę eksperci, może okazać się sposób obliczania terminów. Przykładowo, czy dla 33-miesięcznego maksymalnego okresu zawierania umów terminowych stosować regulacje ogólne z kodeksu cywilnego, przyjmując, że miesiąc zawsze liczy 30 dni, czy też kierować się rzeczywistą długością danego miesiąca: 28 do 31 dni. W zależności od przyjętej definicji, można osiągnąć różne rezultaty, przy czym z perspektywy pracownika bardziej korzystna wydaje się być koncepcja cywilistyczna – ze względu na możliwość wcześniejszego uzyskania angażu bezterminowego.

Wprowadzone zmiany mają za zadanie uchronić pracowników przed nadużyciami ze strony pracodawców. Zdarzały się bowiem sytuacje, iż umowy o pracę na czas określony były zawierane na wiele lat, a pracodawca korzystając z klauzuli dwutygodniowego okresu wypowiedzenia mógł je w każdej chwili wypowiedzieć, nie mając obowiązku uzasadniać przyczyn wypowiedzenia.

Ustawodawca wprowadza jednak odstępstwa od bezwzględnego charakteru 33-miesięcznego limitu czasowego dla umów na czas określony. Zgodnie z tymi odstępstwami limitu czasowego nie stosuje się przy zatrudnieniu na zastępstwo, przy pracach dorywczych i sezonowych i przy pracy kadencyjnej. Limit może zostać przekroczony także w sytuacji, kiedy pracodawca wskaże obiektywne przyczyny leżące po jego stronie. W przypadku powoływania się przez pracodawcę na obiektywne przyczyny uzasadniające przekroczenie limitu zobowiązany jest on powiadomić okręgowego inspektora pracy, zaś sama przyczy-

na uzasadniająca przekroczenie musi być wpisana w umowie o pracę.

Największe wątpliwości budzi wprowadzona w znowelizowanym art. 251 kodeksu pracy przesłanka „obiektywnych przyczyn leżących po stronie pracodawcy", które to pozwalają na wprowadzanie odstępstw od ogólnego rygoru zawierania umów terminowych. W związku z tym, pojawia się realne zagrożenie, że owa niezdefiniowana przesłanka stanie się furtką dla pracodawców, by zawierać długoterminowe umowy na czas określony bez ryzyka ich przekształcenia w umowy na czas nieokreślony.

Swoistym hamulcem dla takich praktyk ma być uprawnienie Państwowej Inspekcji Pracy polegające na weryfikacji rzeczywistych powodów stojących za „obiektywnymi przyczynami po stronie pracodawcy".

W tej materii pomocne może się okazać dotychczasowe orzecznictwo. Dla przykładu, wyrok SN z 7 września 2005 roku (sygn. II PK 294/04), odnośnie art. 8 kodeksu pracy. Zgodnie z powyższym, zawieranie umów terminowych nie może prowadzić do naruszenia społeczno-gospodarczego przeznaczenia prawa oraz zasad współżycia społecznego. Za negatywną praktykę należy uznać sytuację, gdy szpital zawiera wieloletnie umowy terminowe, uzasadniając to uelastycznieniem zatrudnienia w związku z sytuacją finansową w służbie zdrowia, gdy w rzeczywistości chodzi tylko o ułatwienie zwolnień. Do obiektywnych przyczyn nie będą należały takie, które odwołują się wyłącznie do złej sytuacji ekonomicznej pracodawcy lub danej branży. Podobnie, nie można uzależniać długości trwania stosunku pracy od amortyzacji sprzętu, na którym pracuje pracownik (tak Sąd Okręgowy w Toruniu w wyroku z dnia 27 września 2012 r.; (sygn. IV Pa 64/12).

Jeżeli chodzi o orzecznictwo unijne, tutaj wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE z 4 lipca 2006 roku (C- 212/02 w sprawie Konstantinos Adeneler i inni v. Ellinikos Organismos Galaktoz), zgodnie z którym pod pojęciem „obiektywnych przyczyn" należy rozumieć precyzyjne i konkretne okoliczności charakteryzujące określoną działalność, mogące wynikać m.in. ze szczególnego charakteru zadań, dla wykonania których zawarto umowę. Z kolei przez szczególne zadania należy rozumieć, np. takie projekty, które stanowią zamkniętą całość i w związku z tym generują okresowe zapotrzebowanie na pracę.

Pracodawca, który dopuści się naruszeń w związku ze stosowaniem umów terminowych, musi się liczyć z sankcjami. Pracodawca zobowiązany jest w terminie pięciu dni roboczych od dnia zawarcia umowy w warunkach szczególnych potrzeb pracodawcy do zawiadomienia okręgowego inspektora pracy (pisemnie lub elektronicznie), o fakcie zawarcia takiej umowy z uzasadnieniem potrzeby jej zawarcia. Niedochowanie tego obowiązku stanowi wykroczenie zagrożone grzywną od 1000 do 30 000 zł.

2. Zrównanie okresów wypowiedzenia umów na czas określny z umowami na czas nieokreślony.

Nowelizacja wprowadziła również zrównanie okresów wypowiedzenia umów o pracę na czas określony i nieokreślony. Okresy wypowiedzenia dla umów zawartych na czas nieokreślony zgodnie z przepisami nowelizacji są takie same jak dla umów zawartych na czas nieokreślony i zależne od okresu pracy u danego pracodawcy. Zrównując limity ustawodawca nie wprowadził jednak obowiązku uzasadniania wypowiedzenia umowy o pracę na czas określony. Należy zwrócić uwagę, iż obliczając długość okresu wypowiedzenia umowy na czas określony pracodawca nie musi brać pod uwagę okresu zatrudnienia sprzed wejścia w życie nowelizacji.

W przypadku, gdy staż u danego pracodawcy jest krótszy niż sześć miesięcy, to okres wypowiedzenia będzie wynosił 2 tygodnie. Gdy staż przekracza sześć miesięcy, okres wypowiedzenia wyniesie miesiąc, natomiast dla co najmniej trzyletniego stażu – trzy miesiące.

W przeciwieństwie do umów na czas nieokreślony, wypowiadając angaż terminowy, pracodawca nie będzie jednak zobligowany do podania przyczyn uzasadniających wypowiedzenie ani konsultować tego zamiaru z zakładową organizacją związkową reprezentującą pracownika.

3. Inne zmiany.

Nowelizacja wprowadza również likwidację umowy na czas wykonania określonej pracy, przy czym do czasu wygaśnięcia umów zawartych przed dniem wejścia w życie nowelizacji, będą stosowane przepisy dotychczasowe. W związku z wprowadzonymi zmianami, obowiązywać więc będą trzy rodzaje umów o pracę: na czas nieokreślony, na czas określony oraz umowy na okres próbny (w przypadku pracowników młodocianych – także umowy w celu przygotowania zawodowego).

Dotychczasowa interpretacja regulacji przepisów prawa pracy budziła wiele wątpliwości czy pracodaw-

ca w okresie wypowiedzenia mógł zwalniać pracownika z obowiązku świadczenia pracy. Nowelizacja rozwiewa te wątpliwości, zgodnie z nowymi regulacjami pracodawca będzie mógł już jednostronnie zwolnić pracownika z obowiązku świadczenia pracy w okresie wypowiedzenia, oczywiście z zachowaniem prawa do wynagrodzenia i innych uprawnień pracownika związanych ze świadczeniem pracy w okresie wypowiedzenia. Pracownik nie będzie mógł sprzeciwić się tej decyzji.

4. Regulacje przejściowe.

Nowelizacja wprowadza również przepisy przejściowe dotyczące umów o pracę trwających w chwili wejścia jej w życie.

1. co do okresu wypowiedzenia umowy o pracę zawartej na czas określony:
   - umowy o pracę na czas określony, które zostały wypowiedziane przed wejściem w życie ustawy (tj. przed 22 lutego 2016 r.) stosuje się przepisy dotychczasowe,
   - umowy o pracę na czas określony, które są zawarte na okres krótszy niż 6 miesięcy, albo w których brak klauzuli o możliwości jej rozwiązania – stosuje się przepisy dotychczasowe,
   - umowy na czas określony dłuższy niż 6 miesięcy, w których wpisano klauzulę o możliwości ich rozwiązania za 14-dniowym okresem wypowiedzenia – stosuje się przepisy po nowelizacji zrównujące okresy wypowiedzenia.
2. co do wprowadzonego limitu 33 miesięcy zatrudnienia na umowę na czas określony:
   - wcześniejsze umowy trwające nadal po wejściu w życie znowelizowanego kodeksu pracy objęte są nowymi zasadami, z tym, że do 33-miesięcznego okresu wlicza się tylko okres zatrudnienia po nowelizacji.

Do postępowań dotyczących odwołania od wypowiedzenia umowy o pracę, rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia oraz wygaśnięcia umowy o pracę, jeśli zdarzenia te nastąpiły przed wejściem w życie ustawy – stosuje się przepisy dotychczasowe.

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 *Anna Polonek*

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 *Anna Polonek*

INFORMACJE KOMISJI KSZTAŁCENIA

Aktualizacja: 31 marca 2016 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
Nabory na kursy organizowane przez Izbę odbywają się 2 razy w roku (styczeń, czerwiec), w sytuacjach uzasadnionych możliwe są nabory dodatkowe.

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.

NABORY NA KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

W związku z małą liczbą osób chętnych na wybrane kursy ogłoszony został nabór uzupełniający. Nabór dotyczył kursów:

Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:
- Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych,
- Pielęgniarstwa kardiologicznego dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwa transplantacyjnego dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych.

Kursy specjalistyczne z zakresu:
- Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową dla pielęgniarek,
- Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą dla pielęgniarek,
- Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji dla położnych,
- Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych,
- Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI dla pielęgniarek i położnych.

W wyniku naborów uzupełniających zebrały się wymagane grupy osób na kursy specjalistyczne:
- Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji dla położnych,
- Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych.

Pozostałe kursy, na które został ogłoszony nabór uzupełniający nie zostaną uruchomione ze względu na małą liczbę osób chętnych.

KSZTAŁCENIE W TRAKCIE

SPECJALIZACJE

Dziedzina kształcenia	Termin zakończenia
Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek	maj 2016
Pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek	maj 2016
Pielęgniarstwo ginekologiczne dla położnych	maj 2016
Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek	październik 2017
Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek	październik 2017
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	październik 2017

KURSY KWALIFIKACYJNE

Dziedzina kształcenia	Liczba uczestników	Termin zakończenia
Ochrona zdrowia pracujących dla pielęgniarek	31	kwiecień 2016
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	71	lipiec 2016
Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią dla pielęgniarek	32	czerwiec 2016
Pielęgniarstwo diabetologiczne dla pielęgniarek	40	czerwiec 2016

KURSY SPECJALISTYCZNE

Zakres Kształcenia	Liczba uczestników	Termin zakończenia
Leczenie ran dla pielęgniarek	Kraków 117 (3 edycje) Wadowice 64 (2 edycje) Nowy Targ 40 (1 edycja)	czerwiec 2016
Kompresjoterapia dla pielęgniarek	31	czerwiec 2016
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	Kraków 203 (8 edycji) Limanowa 87 (2 edycje) Nowy Targ 36 (1 edycja) Oświęcim 55 (2 edycje) Chrzanów 51 (2 edycje) Sucha Beskidzka 50 (2 edycje) Krzeszowice 50 (2 edycje)	październik 2016
Leczenie ran dla położnych	61 (2 edycje)	czerwiec 2016
Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji dla położnych	Kraków 33 (1 edycja) Myślenice 28 (1 edycja)	czerwiec 2016
Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych	28 (1 edycja)	czerwiec 2016
Szczepienia ochronne dla położnych	30 (1 edycja)	czerwiec 2016

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka dla pielęgniarek i położnych	88 (2 edycje)	czerwiec 2016
Wykonanie i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych	Kraków 356 (6 edycji) Oświęcim 32 (1 edycja) Chrzanów 34 (1 edycja) Wadowice 33 (1 edycja) Nowy Targ 124 (3 edycje) Myślenice 37 (1 edycja) Miechów 60 (2 edycje)	październik 2016
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych	Kraków 763 (16 edycji) Nowy Targ 106 (2 edycje) Chrzanów 85 osób (2 edycje) Sucha Beskidzka 46 osób (1 edycja) Myślenice 82 osoby (2 edycje)	październik 2016
Terapia bólu ostrego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	26 (1 edycja)	maj 2016
Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	Kraków 41 (1 edycja) Krzeszowice 34 (1 edycja) Limanowa 109 (3 edycje) Sucha Beskidzka 32 (1 edycja)	listopad 2016
Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych	80 (2 edycje)	październik 2016
Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych Część I	Kraków 263 (5 edycji) Nowy Targ 33 (1 edycja) Oświęcim 44 (1 edycja)	październik 2016
Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych Część II	Kraków 90 (2 edycje) Nowy Targ 24 (1 edycja) Oświęcim 39 (1 edycja)	październik 2016

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 /komisjaksztalcenia@moipip.org.pl/.

Przewodniczący
Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
mgr Stanisław Wojtan

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Proszowicach
ul. Kopernika 13, 32-100 Proszowice

zamierza ogłosić
KONKURS
na stanowisko

Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Chirurgii Ogólnej

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie
ul. J .Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów

zamierza ogłosić
KONKURS
na stanowisko

Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Psychogeriatrycznego

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Okulistycznego w Krakowie
os. Na Wzgórzach 17b, 31-723 Kraków

zamierza ogłosić
KONKURS
na stanowisko

Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Okulistycznego

Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej

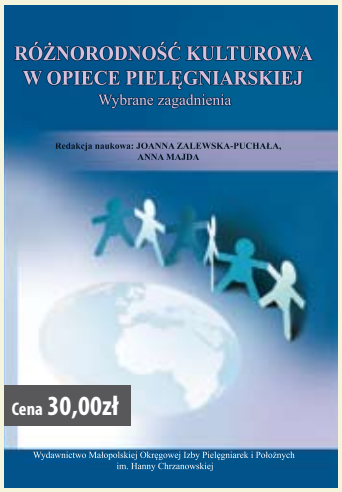
POLECA!

Możliwość zakupu książek indywidualnie oraz hurtowo

www.moipip.org.pl

Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej. Wybrane zagadnienia.

redakcja naukowa: Joanna Zalewska-Puchała, Anna Majda



Przedstawiona książka podejmuje bardzo istotny problem w aktualnej sytuacji, coraz częstszych kontaktów personelu pielęgniarskiego z pacjentami z innych krajów i kultur bardzo odmiennych od naszej.

Książka ma znaczenie poznawcze i praktyczne, a tym samym może z niej skorzystać nie tylko odbiorca, do którego jest ona skierowana zgodnie z tytułem, ale każdy, który poszukuje informacji niezbędnych do właściwego komunikowania się z innymi osobami o odmiennych kulturowo korzeniach.

Osoby, które napisały książkę, oprócz wykształcenia medycznego posiadają wykształcenie humanistyczne i są autorkami lub współredaktorkami publikacji zwartych, prac oryginalnych z zakresu komunikowania międzykulturowego i medycyny komplementarnej.

Stąd zaproponowany przez nie układ, uwzględnia w kolejnych rozdziałach różnice kulturowe w postrzeganiu człowieka i w komunikowaniu się ludzi oraz konsekwencje uchodźctwa i imigracji. Oddzielnie uwzględniono problemy w opiece medycznej i społecznej wybranych grup uchodźców i imigrantów – Czeczenów, Białorusinów, Afgańczyków, Wietnamczyków, Ukraińców, Rosjan i Hindusów. Ta część jest podobnie opracowana dla poszczególnych narodowości. Uwzględnia ona ogólną charakterystykę narodu i kraju, pochodzenie, charakteryzuje ich pobyt w Polsce, wizerunek obcokrajowca w dyskursie politycznym, medialnym i społecznym. Opracowanie kończy się opisem kolejnych społeczności w wymiarach kulturowych według Richarda R. Getsteland`a, odnoszących sie do relacji międzyludzkich, ich stosunku do czasu i zachowań niewerbalnych. Praktyczne zalecenia dla personelu pielęgniarskiego uwzględniające odmienności w opiece i komunikowaniu znajdują się również w części końcowej. Kolejne rozdziały lub podrozdziały zawierają również piśmiennictwo, na które składają sie pozycje książkowe, artykuły z czasopism oraz netografia (opracowania znajdujące się w internecie – strony urzędów centralnych oraz grup narodowościowych).

Tematyka książki sama w sobie musi zawierać pewne fragmenty, które mogą być kontrowersyjne, ze względu na poruszaną tematykę. Do takich należą zapiski mówiące o stereotypach. Autorki podają wtedy, np. obraźliwe zwroty dla poszczególnych narodowości.

Całość tekstu w swojej treści jest napisana w taki sposób, że powinna być zrozumiała dla każdego, bez wcześniejszego przygotowania antropologicznego, kulturowego, socjologicznego i medycznego. Wszystkie zwroty, które mogłyby być niezrozumiałe zostały wyjaśnione.

Uważam, że książka ta uzupełni lukę wydawniczą w zakresie podręczników ujmujących holistyczne podejście do zrozumienia postępowania pacjenta lub osoby obcej kulturowo w naszym kraju i tym samym zmniejszy często niekorzystne uwagi kierowane pod ich adresem.

Prof. dr hab. Małgorzata Schlegel-Zawadzka

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.

Dzieje pielęgniastrwa w Krakowie

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.

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: 3 000 egz.
Redakcja „Małopolskich Pielęgniarek i Położnych" nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.