

OIPIP

Siedlce



BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SIEDLCACH - Nr 32/VI/1/2011

Grudzień

2011

Nowe organy – III Kadencja.

„Rodzi się człowiek” – Konferencja.

III Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2011”.

„Depresja poporodowa”- wykład mgr Małgorzaty Danielewicz

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach za lata 2007-2011.

SPIS TREŚCI

Str. 2

Słowo przewodniczącej VI Kadencji.

Str. 3

VII Ogólnopolski Konkurs "Pielęgniarka Roku 2011".

Str. 4

„Rodzi się człowiek” – Konferencja.

Str. 6

***„Depresja poporodowa”
- wykład mgr Małgorzaty Danielewicz – psychoterapeuty.***

Str. 11

Edynburska Skala Depresji Poporodowej. 11

Str. 12

Skala Hamiltona – wersja 17 – punktowa. 12

Str. 13

Rozstrzygnięto konkurs fotograficzny. 13

Str. 14

Wystąpienie na koniec kadencji – Halina Głuchowska. 14

Str. 15

***Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Siedlcach za lata 2007-2011.***

Str. 21

Streszczenie z konferencji – „Leczenie ran”.

Str. 24

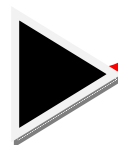
Stanowisko ORPiP w Siedlcach.

Str. 25

Nowe organy – VI Kadencja.

Str. 26

Porady prawne.





Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy!

Pragnę serdecznie Wszystkim podziękować za wybór mnie na przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach VI Kadencji.

Dziękuję za zaufanie, składane gratulacje, ciepłe słowa i życzenia. Powierzenie tej funkcji jest dla mnie ogromnym zaszczytem, ale również dużym wyzwaniem. Muszę sprostać wymaganiom, które będziecie przede mną stawiać. Na terenie regionu siedleckiego pracuję od 25 lat. Jako Członkowie Samorządu mieliście wgląd w realizowane przeze mnie działania, które zawsze starałam się wykonywać ze szczególną starannością. Wiele z zadań na rzecz

środowiska pielęgniarek i położnych realizowaliśmy wspólnie. Pielęgniarki i Położne uczestniczą ciągle w transformacji systemu ochrony zdrowia. Chciałabym podkreślić, że pełnienie funkcji przewodniczącej nakreślać będą dwie nowe podstawowe ustawy: Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. Mam nadzieję, że stworzenie nowej podstawy prawnej funkcjonowania naszych zawodów zapewni spójność uregulowań prawnych. Zachęcam do wyrażania uwag o tworzonych aktach wykonawczych i przesyłania ich na adres naszej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Uwagi przesłane bezpośrednio od praktyków zawodu pozwolą na lepsze formułowanie opinii i przesyłanie ich w ramach konsultacji społecznych do Ministerstwa Zdrowia, jak również przekazywanie Parlamentarzystom.

Myślę, że nie zabraknie mi energii i pasji w pełnieniu powierzonej funkcji i realizacji związanych z jej pełnieniem zadań.

Z wyrazami szacunku *Hanna Sposób*

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach

VII Ogólnopolski Konkurs "Pielęgniarka Roku 2011"

konkurs



KOMUNIKAT NR I

VII Ogólnopolski Konkurs "Pielęgniarka Roku 2011"

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Koło Liderów Pielęgniarstwa
przy Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim PTP

zapraszają pielęgniarki do udziału
w VII Ogólnopolskim Konkursie
„Pielęgniarka Roku 2011”

Cel Konkursu: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów o wysokim przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego

Harmonogram Konkursu:

- **I etap** - wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach **do dn. 30.01.2012r.**
- **II etap** - eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 02.03.2012r godz.12.00**
- **III etap** – prezentacja własna (szczegóły po II etapie w **Komunikacie nr 2** - , który zostanie zamieszczony na stronie www.ptp.na1.pl)

Informacje:

Jadwiga Zielińska

tel. 22 326 55 21

kom. 511 451 292

e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

Załączniki:

1. Regulamin Konkursu
2. Karta Zgłoszenia Uczestnictwa Konkursu

Prosimy o rozpropagowanie informacji o Konkursie wśród zainteresowanych

Warszawa, 22 listopada 2011 r.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny www.ptp.na1.pl

Al. Reymonta 8 lok 12 tel +48 22 398 18 72; fax: + 48 22 398 18 51; email:

zgptpiel@gmail.com;

osoba do kontaktu: Jagoda Zielińska Koło Liderów MO PTP email: jagoda_zielinska@wp.pl

OPP

17/

KRS 0000065610

„Rodzi się człowiek” – konferencja



Co tak naprawdę czuje noworodek? Jak zapewnić mu komfortowe warunki rozwoju i jakie są najnowsze standardy opieki okołoporodowej? Jakie prawa przysługują położnym? W jaki sposób matka może wyjść z poporodowej depresji? Na czym polega wartość rodziny w coraz mniej sprzyjającym rodzinom świecie? O tym wszystkim była mowa podczas konferencji przygotowanej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach.

Całodzienna konferencja odbyła się 9 września w podmiejskim zajeździe „Chodowiak” i było to już siódme takie spotkanie. W tym roku organizatorami konferencji są Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach.

Wspieranie rozwoju zawodowego to jeden z priorytetów obchodzącego właśnie swoje 20-lecie samorządu pielęgniarek i położnych. Obok ciągłego podnoszenia kwalifikacji swoich członków, bierze on czynny udział w tworzeniu odnoszącego się do nich prawa, upowszechnia zasady etyki zawodowej. Rozwój medycyny sprawia, że wymagania względem pielęgniarek i położnych są również większe. Stąd konieczność nieustannego podwyższania zawodowych kwalifikacji i umiejętności. Owo doskonalenie obejmuje nie tylko obsługę wyrafinowanej aparatury, w jaką zaopatrują się nasze szpitale i przychodnie, ale również umiejętność budowania relacji z pacjentami i ich rodzinami, którzy są coraz lepiej zorientowani w swych prawach i domagają się dokładnej informacji o swym stanie zdrowia i sposobie leczenia. Zawód pielęgniarki i zawód położnej są zawodami samodzielnymi i wykonywane na podstawie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej uchwalonej w 1996 i znowelizowanej w 2011 roku. Uzupełniające ją rozporządzenia ministra zdrowia. Zapisy tych aktów prawnych są w zupełności dostosowane do dyrektyw unijnych a w szczególności do Dyrektywy 2005/36/WE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Tegoroczna konferencja była okazją nie tylko do uzupełnienia fachowej wiedzy. Obok prelekcji specjalistów, zaplanowano tam również czas na zapoznanie się z ofertami zaopatrujących służbę zdrowia firm oraz na wymianę doświadczeń zawodowych. Relacja z konferencji „Rodzi się człowiek” pojawi się na antenie Radia Podlasie i w portalu podlasie24.pl

Konferencja „Rodzi się człowiek”
Chodów 09.09.2011r.



Zaproszeni goście:

Pan Wojciech Kudelski - *Prezydent Miasta Siedlce*

Pani Izabela Grabiec - *starszy specjalista Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia (położna);*

Pani Halina Głuchowska - *Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Siedlcach;*

Pani Zofia Czyż - *sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach;*

Pani Ewa Gucajna - *Starostwo Powiatowe Siedlce;*

Ks. Piotr Pielak - *Diecezjalny Duszpasterz Służby Zdrowia;*

Pani Alina Chilimoniuk - *Naczelną Pielęgniarką SPZOZ Sokołów Podlaski;*

Pani Hanna Sposób - *konsultant do spraw szkoleń Komisji Kształcenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;*

Pan Mirosław Leśkiewicz - *Dyrektor SPZOZ Siedlce;*

Pan Antoni Raczyński - *Dyrektor Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Siedlcach;*

Pani Magdalena Ginter - *Ordynator Oddziału Ginekologiczno - Położniczego SPZOZ w Siedlcach;*

Pani Małgorzata Steć - *Ordynator Oddziału Neonatologicznego SPZOZ w Siedlcach;*

Pani Iwona Artych - *pielęgniarka oddziałowa Oddziału Neonatologicznego SPZOZ w Siedlcach;*

„Depresja poporodowa”

- wykład mgr Małgorzaty Danielewicz - psychoterapeuty

PRZECZYTAJ !!!

Tematyka depresji poporodowej jest dość często poruszana w literaturze, chociaż wśród autorów istnieje wiele rozbieżności dotyczących informacji o tym zachorowaniu. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie definicji choroby, jej objawów, epidemiologii, etiologii, zróżnicowanie z innymi zaburzeniami okresu okołoporodowego oraz krótkie przedstawienie metod leczenia.

Definicja depresji poporodowej

Jedna z definicji depresji poporodowej mówi, że jest to zaburzenie nastroju charakteryzujące się wystąpieniem objawów epizodu depresyjnego w ciągu 3 miesięcy po porodzie, trwające od 2 do 6 miesięcy (Cameron, 2005). Najczęściej jednak w literaturze pojawia się informacja, że objawy tej choroby mogą wystąpić w pierwszym roku po porodzie, a nie leczona może trwać kilka miesięcy, a nawet lat. Czasami można zidentyfikować powód, ale bardzo często nie ma żadnej oczywistej przyczyny zachorowania. Jest to choroba z którą kobiecie trudno się pogodzić, zwłaszcza gdy dziecko jest upragnione i z niecierpliwością oczekiwane przez całą ciążę.



mgr Małgorzata Danielewicz
Chodów 09.09.2011r.

Kobiety ze względu na napiętnowanie społeczne lub nieuzasadnioną obawę o możliwość pozbawienia ich władzy rodzicielskiej często cierpią w samotności i skrywają swoje uczucia. Mimo trudności starają się opiekować niemowlęciem, choć z czasem staje się to niemożliwe. Depresja poporodowa to poważna choroba, która wymaga leczenia specjalistycznego (Royal College of Psychiatrists, 2007).

Objawy depresji poporodowej

W depresji poporodowej można zaobserwować objawy klinicznej depresji tj.:

- ✦ **Obniżenie nastroju:** smutek, przygnębienie przez większość dnia, niezdolność odczuwania radości. Często gorsze samopoczucie o jakiejś konkretnej porze dnia np. rano albo wieczorem. Nieliczne lepsze dni, po których następują te gorsze.
- ✦ **Drażliwość:** uczucie poirytowania, prowadzące często do konfliktów z partnerem i dziećmi.
- ✦ **Wyraźne zmniejszenie zainteresowań:** dotyczące niemal wszystkich czynności życia codziennego. Podczas depresji poporodowej wydaje się, że na nic nie ma czasu, że kobieta nic nie potrafi zrobić tak jak trzeba.
- ✦ **Znaczny spadek lub wzrost łaknienia:** obecna może być utrata apetytu, częste zapomnianie o jedzeniu. Niektóre kobiety przeciwnie jedzą, żeby czuć się lepiej, a później czują się źle z powodu przybierania na wadze.
- ✦ **Bezsenna lub nadmierna senność:** pomimo uczucia zmęczenia osoba chora nie może zasnąć. Budzi się wcześniej rano, później cały dzień czuje się zmęczona. Może również wystąpić zwiększona potrzeba snu zarówno w nocy, jak i nasilona senność w ciągu dnia.
- ✦ **Zmiana tempa procesów psychoruchowych:** spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, spowolnienie ruchowe lub przeciwnie niepokój i podniecenie ruchowe połączone z lękiem.
- ✦ **Zmęczenie:** wszystkie młode matki czują się zmęczone, ale depresja poporodowa może powodować uczucie wyczerpania.
- ✦ **Poczucie winy:** ponieważ depresja ma wpływ na sposób myślenia pojawiają się tendencje, żeby postrzegać siebie w negatywnym świetle. Poczucie winy może prowadzić do przeświadczenia, że kobieta do niczego się nie nadaje albo, że fakt że jest chora, to jej wina.

- ⤴ **Nadmierna zależność:** zależność, ciągłe poszukiwanie wsparcia, niemożność podejmowania decyzji, częste uczucie paniki, strach przed pozostaniem samej w domu.
- ⤴ **Możliwe myśli samobójcze**
- ⤴ **Zmniejszenie popędu seksualnego:** kobieta przestaje być zainteresowana zbliżeniem seksualnym, co z kolei może prowadzić do konfliktów z partnerem. W przypadku depresji poporodowej kobieta często nie odczuwa żadnego zainteresowania sferą seksu. Partner może czuć się odrzucony, jeśli w pełni nie rozumie istoty tej choroby.
- ⤴ Przy depresji poporodowej, której matka zaprzecza, mogą pojawić się **objawy charakterystyczne dla depresji maskowanej**, czyli bóle somatyczne: bóle serca, brzucha, migreny, bóle pleców.
- ⤴ **Lęk** (Bilikiewicz, 2009; por. Royal College of Psychiatrists, 2007).

Ponieważ takie objawy jak bezsenność, ubytek masy ciała lub zmniejszenie popędu seksualnego są naturalnymi objawami występującymi po porodzie, aby stwierdzić zaistnienie depresji poporodowej muszą wystąpić **charakterystyczne objawy** tj.:

- ⤴ przesadne zamartwianie się o stan zdrowia dziecka, którego funkcjonowanie nie budzi żadnych obaw (lęk że straci się dziecko z powodu infekcji, wad rozwojowych, nagłej śmierci łóżeczkowej, z powodu złej opieki, lęk że niemowle za mało przybiera na wadze, za dużo płacze albo jest za ciche, że przestało oddychać)
- ⤴ osłabienie więzi z dzieckiem (brak pełnego zaangażowania uczuciowego; matka nie wie, czego dziecko chce, albo trudno jej odgadnąć jak się czuje)
- ⤴ myśli obsesyjne dotyczące skrzywdzenia dziecka (aby doszło do rozpoznania tego objawu, myśli muszą być egodystoniczne)
- ⤴ egosyntoniczne, niebędące obsesjami myśli, dotyczące zabicia dziecka (mogące prowadzić do określonych zamiarów) (Cameron, 2005)

Epidemiologia

Zaburzenie występuje u około 10 – 20 % kobiet, a więc jest zjawiskiem dość częstym. Na wystąpienie tego zaburzenia nie ma wpływu status społeczny ani liczba poprzednich porodów (Cameron, 2005; por. Spock, 2011; por. Kumar i Robson 1984; por. Watson i wsp. 1984; por. Cox i wsp. 1987). Wśród mężczyzn 4 – 13 % skarży się na objawy depresji po porodzie partnerki (Areias i wsp., 1996).

Etiologia depresji poporodowej

Przyczyny depresji poporodowej są złożone. Tak jak w przypadku innych zaburzeń afektywnych, tak i w przypadku depresji poporodowej nie ma jednej prostej zależności, która warunkuje (bądź chroni) pojawienie się choroby. Przyczyny mogą być biologiczne, biochemiczne, psychologiczne i społeczne, a najczęściej stanowią wypadkową wszystkich zmiennych. Autorzy podkreślają jednak, że czynniki biologiczne mają mniejsze znaczenie niż przy wystąpieniu przygnębienia czy psychoz poporodowych. Zwiększone ryzyko zachorowania występuje u kobiet, które:

- ⤴ miały depresję (zwłaszcza depresję poporodową) w przeszłości
- ⤴ są w młodym wieku - niedojrzałość emocjonalna
- ⤴ nie mają wsparcia ze strony partnera
- ⤴ mają chore dziecko albo wcześniaka
- ⤴ mają negatywne doświadczenia związane z ciążą i macierzyństwem (wcześniejsza utrata ciąży, trudności z zajściem w ciążę, strach przed urodzeniem dziecka upośledzonego, złe doświadczenia okołoporodowe)
- ⤴ straciły własną matkę w dzieciństwie lub mają inne deficyty w relacji z własnymi rodzicami
- ⤴ doświadczyły niedawno kilku stresujących wydarzeń w swoim życiu, np. utraty bliskiej osoby, bezrobocia, kłopotów finansowych lub mieszkaniowych
- ⤴ zaszły w niechcianą ciążę (wpadka)
- ⤴ nie mają wsparcia w rodzinie
- ⤴ posiadają przynajmniej trójkę małych dzieci
- ⤴ nie mają wsparcia w grupie odniesienia (brak znajomych)
- ⤴ często przyczyną jest wewnątrzpsychiczna np. osobowość narcystyczna, zależność, neurotyzm, obsesyjność (Watson i wsp. 1984, Boyce i wsp. 1991, Matthey i wsp. 2000)

Depresja poporodowa może wystąpić u osób, które nie doświadczają żadnego z wyżej wymienionych problemów. Natomiast osoby, u których te problemy wystąpią, niekoniecznie muszą zachorować na depresję poporodową.

Inne problemy zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym - Depresja w ciąży:

Depresja może pojawić się nie tylko po porodzie, ale również podczas ciąży. Dla kobiety okres ciąży może być niezwykle trudnym czasem, a huśtawka emocjonalna wynika z reguły ze zmian hormonalnych w organizmie. Niekiedy jednak, pogorszenie nastroju, smutek, wzmożona płaczliwość, a nawet podwyższona agresja nie będą oznaczać wahań hormonalnych – tylko klasyczną depresję. Występowanie depresji w ciąży szacuje się na 14-23%. U połowy z tych kobiet, depresja w czasie ciąży nie minie, lecz przekształci się w depresję poporodową. U części doprowadzi do przedwczesnego porodu i upośledzi rozwój fizyczny dziecka, które może być słabe i chorowite. Część dziewczynek urodzonych przez kobiety z depresją w ciąży, też doświadczają depresji w czasie ciąży.

Dokładne przyczyny depresji w czasie ciąży nie są znane. Z badań epidemiologicznych udało się jednak oszacować, jakie kobiety są na większe ryzyko pojawienia się depresji w ciąży bardziej narażone. Wymienia się tu takie czynniki jak: brak stabilnego związku emocjonalnego, trudności materialne, brak oparcia w rodzinie i znajomych, nagła sytuacja traumatyczna, a także cały zespół sytuacji związanych z ciążą (lęk przed opieką nad dzieckiem, wcześniejsze poronienia, ryzyko choroby płodu, trudności w zająciu w ciąży). Na ryzyko depresji w ciąży narażone są bardziej te kobiety, które miały już epizody depresji, a także te u których depresja pojawiała się w rodzinie.

Objawy depresji w czasie ciąży zbliżone są do objawów zwykłej depresji - obniżenie nastroju, płaczliwość, drażliwość, niepokój i napady paniki, zniechęcenie, przygnębienie i nadmierne zmęczenie, martwienie się o zdrowie swoje i dziecka, spadek zainteresowania aktywnościami i sobą, problemy ze snem i zasypianiem, niespokojny sen, poczucie winy, spadek zainteresowania seksem, psychosomatyzacja.

Depresja w ciąży wymaga leczenia. Inaczej stan chorej będzie się pogarszał i może dojść nie tylko do przedwczesnego porodu, a nawet do osłabienia i spowolnienia rozwoju dziecka, ale także do rozwoju depresji i jej przekształcenia się w depresję poporodową. Leczenie depresji w ciąży przede wszystkim skierowane jest na metody pozafarmakologiczne. Środki psychotropowe przedostają się przez łożysko do płodu i dlatego nie zaleca się stosowania środków farmakologicznych w czasie ciąży. (Można je jednak ostrożnie stosować w wyjątkowych sytuacjach). Inne metody leczenia depresji w ciąży oparte są głównie o psychoterapię.

Około 10% chorych na depresję w ciąży zaprzecza jej - wstyd związany z odczuwaniem tego stanu, jest bowiem dla nich zbyt duży. U tych kobiet częściej dochodzi do somatyzacji, a depresja w czasie ciąży mocniej odbija się na dziecku (Banasiak – Parzych, 2007).

Psychoza poporodowa:

Stanowi poważne zaburzenie psychiczne. Jest zjawiskiem rzadkim, występuje z częstotliwością 0,1-0,2% (Kaplan, Sadock, 2004; Banasiak – Parzych, 2007). Rozwija się zwykle w pierwszych tygodniach po porodzie (najczęściej 3-14 dzień). Stan może się bardzo pogorszyć nawet w przeciągu kilku godzin i stanowi zagrożenie życia, w związku z czym wymaga szybkiego leczenia.

Objawy psychozy poporodowej

- ⤴ Znaczące zaburzenia nastroju, które mogą przejawiać się w postaci bardzo podniesionego lub bardzo obniżonego nastroju; mogą również występować silne wahania nastroju (w 40% psychoz poporodowych pojawia się stan manii).
- ⤴ Pobudzenie, bezsenność.
- ⤴ Zaburzenia myślenia, urojenia, glosy. Urojenia zaś koncentrują się na dziecku (najczęściej dotyczą jego zdrowia lub bezpieczeństwa). Matka może przestać wychodzić z domu, może też przestać karmić dziecko w wyniku urojeń, że jej mleko jest szkodliwe.
- ⤴ Obsesyjny niepokój o niemowlę.
- ⤴ Zaburzenia zachowania - dziwne, nietypowe zachowania, w tym również niewłaściwe zachowania wobec dziecka. Zaburzenia zachowania objawiają się dziwnym, często niestosownym lub niezrozumiałym zachowaniem wobec dziecka lub siebie (np. zakładanie noworodkowi wełnianej czapki w upalne lato).

Etiologia psychozy poporodowej nie jest do końca znana. Uważa się, że zmiany biologiczne, jakie mają miejsce w czasie ciąży i porodu, są czynnikiem spustowym psychozy. Inne czynniki ryzyka to: predyspozycje genetyczne, wcześniejsza choroba psychiczna, czynniki psychospołeczne (silny stres, brak wsparcia ze strony najbliższego otoczenia, konflikty wewnątrzpsychiczne związane z macierzyństwem). Prawdopodobieństwo wystąpienia psychozy poporodowej wzrasta z wiekiem matki – kobiety, które rodzą po 35 roku życia są 2,4 raza bardziej na nią narażone niż kobiety przed 19 rokiem życia.



Nie leczona psychoza poporodowa może stanowić realne zagrożenie dla życia matki, jej nowonarodzonego dziecka, a także jej innych dzieci. Leczenie psychozy poporodowej jest zwykle farmakologiczne. Czasami konieczna jest hospitalizacja. Ważne jest aby dziecko mogło iść do szpitala razem z matką. Wskazana jest także psychoterapia indywidualna i/lub małżeńska mająca na celu rozwiązanie konfliktów zarówno wewnątrzpsychicznych, jak i interpersonalnych.

Psychoza poporodowa jest niebezpieczna – może doprowadzić do zrobienia krzywdy niemowlęciu lub sobie. W trakcie trwania psychozy poporodowej 4% matek próbuje zabić swoje dziecko. Chociaż psychoza poporodowa to bardzo poważna choroba, przy prawidłowej terapii może być całkowicie wyleczona (Banasiak – Parzych, 2007).

Przygnębienie poporodowe (baby blues):

Depresja poporodowa bardzo często mylona jest z tzw. Baby Blues'em. Jest to czasowe obniżenie nastroju spowodowane reakcją hormonalną organizmu na poród. Ciało kobiety próbuje dostosować się do nowej sytuacji "bez dziecka" w swoim wnętrzu, co wpływa na wahania hormonalne oraz zaburzenia nastroju.

Zachowanie matki po porodzie dzieli się na dwie fazy (wg Rubin) - fazę *taking in* (2-3 dni po porodzie), w czasie których matka może nie chcieć zajmować się dzieckiem, widzieć go, jest skupiona na sobie, smutna lub drażliwa. Od 3 dnia do 10 dnia połogu trwa zaś faza *taking-hold*, kiedy matka zaczyna zwracać uwagę na dziecko i próbuje się nim zajmować. Te pierwsze 72 godziny po porodzie w trakcie których matka nie jest zainteresowana dzieckiem, są zupełnie normalne dla prawie 80 % kobiet i nie należy się nimi niepokoić. Nie jest to jeszcze przygnębienie poporodowe.

Baby Blues zaczynać się może już od samego porodu, ale trwa nieco dłużej - do około 6 tygodni po porodzie. Główne objawy to obniżenie nastroju, zmęczenie, utrata zainteresowania dzieckiem, może też objawiać się pobudzeniem, wzmożoną aktywnością, zaburzeniami lękowymi. Baby Blues ustępuje samoistnie, nie wymaga leczenia środkami farmakologicznymi. Dotyczy od 50 do 70% matek (Pitt, 1973; Banasiak – Parzych, 2007).

Główne różnice między Baby Blues a depresją poporodową

	Baby Blues	Depresja poporodowa
Pierwsze objawy	zaraz po porodzie - do 2-3 tygodnia	do 12 miesięcy po porodzie
Siła objawów	dość łagodne	od łagodnych do bardzo silnych
Objawy osiowe	wahania nastroju, zmęczenie, brak energii, niepewność, nadmierna aktywność, drażliwość	zwiększona płaczliwość, obniżenie nastroju, niska samoocena, stany lękowe, bierność, zaburzenia snu, brak zainteresowania seksem, utrata apetytu
Czas trwania	2 - 6 tygodni	od kilku miesięcy do kilku lat
Leczenie	ustępuje samoistnie	psychoterapia, farmakoterapia, grupy wsparcia
Zagrożenie dla dziecka	nie	w niektórych przypadkach tak
Częstotliwość występowania	50 – 70 %	10 – 20 %

Zespół stresu pourazowego

Jest to szok wywołany porodem i pobytem w szpitalu. Charakteryzuje się nastrojem lękowo – depresyjnym z silnym przymusem odtwarzania w myślach porodu oraz opowiadania o jego przebiegu innym osobom. Kobieta może mieć koszmarne sny związane z porodem, problemy z oglądaniem zabiegów medycznych w telewizji, opór przed przejściem obok szpitala lub lęk przed konsultacją ginekologiczną. Dotyczy 3 % rodzących kobiet. Objawy ustępują same lub wymagają psychoterapii.

Depresja poporodowa

Diagnostyka

Diagnostyka depresji poporodowej polega na przeprowadzeniu testu przesiewowego o nazwie Edynburska Skala Depresji Poporodowej, inwentarza depresji Becka oraz skali Hamiltona.

Leczenie

Depresji poporodowej nie można przeczezać! W przypadku braku leczenia w dłuższym okresie może przejść w dużą trudniejszą do leczenia postać chroniczną. Jest to choroba niebezpieczna zarówno dla matki, jak i dziecka. To, że matka cierpi na depresję, nie musi oznaczać, że będzie krzywdzić swoje dziecko, istnieje jednak spore ryzyko takich zachowań. Dlatego też wymaga leczenia. Leczenie polega na pomocy psychologicznej (skuteczna w leczeniu jest psychoterapia), często konieczne są również leki przeciwdepresyjne (istnieją leki bezpieczne dla matek karmiących piersią).



Psychoterapia depresji poporodowej

W ramach leczenia depresji poporodowej można korzystać z różnych nurtów psychoterapii. Dobre wyniki osiąga się za pomocą terapii behawioralno – poznawczej, terapii psychodynamicznej i psychoterapii eklektycznej. Może pomóc również psychoterapia prowadzona wraz z partnerem - zwłaszcza, jeśli oboje cierpią z powodu depresji poporodowej. Metody psychoterapeutyczne pomogą zrozumieć chorobę w kontekście doświadczeń życiowych i stosunków z innymi ludźmi. Na psychoterapię z psychologiem albo psychiatrą może skierować lekarz rodzinny (Royal College of Psychiatrists, 2007).

Farmakoterapia depresji poporodowej

Kiedy objawy depresji są silne, można u kobiet po porodzie zastosować farmakoterapię. Uważać należy jednak na to, że środki farmakologiczne przedostają się wraz z mlekiem matki do układu dziecka. Przy niskich dawkach leków przeciwdepresyjne środki farmakologiczne nie zagrażają dziecku. Część matek woli jednak nie ryzykować i pozostaje przy psychoterapeutycznej metodzie leczenia lub rezygnuje z karmienia piersią. W przypadku, gdy depresja ma cięższą postać albo wtedy gdy mimo wsparcia nie nastąpiła poprawa nastroju, można rozważyć środki przeciwdepresyjne. Leki są wskazane w przypadkach, kiedy depresja jest ciężka lub długotrwała. Działają one szybciej niż psychoterapia. Leki i psychoterapię można łączyć (Royal College of Psychiatrists, 2007).

Grupy wsparcia

W niektórych miastach organizowane są grupy wsparcia dla kobiet z depresją poporodową. O taką grupę warto zapytać psychiatrę lub psychologa. Grupa wsparcia pozwala spotkać inne kobiety z podobnym problemem, podzielić się spostrzeżeniami i problemami, poczuć, że nie jest się samą.

Rokowanie

Rokowanie na ogół jest pomyślne, przy standardowym leczeniu uzyskuje się remisję. Zdarzają się przypadki, w których zaburzenie przechodzi w formę przewlekłą. Właściwa informacja, opieka medyczna, leczenie farmakologiczne oraz wsparcie ze strony najbliższych powodują całkowite wyleczenie u zdecydowanej większości kobiet. Nierozpoznana i nie leczona depresja poporodowa może trwać rok, a nawet dłużej, dlatego bardzo ważne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie i podjęcie właściwego leczenia, aby w ten sposób ograniczyć jej negatywne skutki. Depresja stanowi bowiem nie tylko cierpienie dla matki, ale także niekorzystnie wpływa na rozwój relacji matki z niemowlęciem, przez co może mieć negatywny wpływ na emocjonalny, poznawczy i behawioralny rozwój dziecka, niekorzystnie również wpływa na relację między matką i jej partnerem.

Bibliografia

1. Areias M.E.G., Kumar R., Barros H. & Figueiredo E. (1996) Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169, s.36-41.
2. Banasiak – Parzych B. (2007). Depresja poporodowa – przyczyny, skutki, zapobieganie. Wydawnictwo Koldruk.
3. Bilikiewicz A. (red.) (2009). Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
4. Boyce P., Hickie I. & Parker G. (1991) Parents, partners or personality. Risk factors for post-natal depression, *Journal of Affective Disorders*, 21, s.245-255.
5. Cameron A. D. (2005). Psychiatria. Wyd. II. Wrocław: Urban & Partner, s. 169-171.
6. Cox A.D., Puckering C., Pound A. & Mills M. (1987) The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*
7. Kaplan H.I., Sadock B.J. (2004) Psychiatria kliniczna. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
8. Kumar R & Robson K. (1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 166, s.191-195.
9. Matthey S., Barnett B. Ungerer J. Waters B. (2000) Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood, *Journal of Affective Disorders*, 60, s. 75-85.
10. Pitt B. (1973). Maternity Blues. *British Journal of Psychiatry*, 122, s. 431-433.
11. Spock B. (2011). Dziecko – pielęgnacja i wychowanie. Wydawnictwo Rebis.
12. Ulotka wydana przez Komisję Wydawniczą ds. Edukacji Publicznej Royal College of Psychiatrists. Wydawca serii: Dr Philip Timms. August 2007.
13. Watson J.P., Elliott S.A., Rugg A.J. & Brough D.I. (1984) Psychiatric Disorder in Pregnancy and the First Postnatal Year. *British Journal of Psychiatry*

Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Ponieważ ostatnio urodziłaś dziecko, chcielibyśmy wiedzieć, jak się czujesz. Proszę, podkreśl odpowiedź, która najlepiej oddaje twoje uczucia podczas ostatnich 7 dni (a nie tylko w dniu dzisiejszym).

W ciągu ostatnich 7 dni:

- Potrafiłam śmiać się z różnych spraw i dostrzegać ich jasną stronę
a) W takim samym stopniu jak zawsze b) Niezupełnie tak samo jak dawniej
c) Zdecydowanie mniej niż dawniej d) Nie potrafiłam
- Z radością wypatrywałam przyszłych zdarzeń i spraw:
a) W takim samym stopniu jak zawsze b) W nieco mniejszym stopniu niż dawniej
c) Zdecydowanie mniej niż dawniej d) Praktycznie w ogóle nie
- Miałam nieuzasadnione poczucie winy, gdy coś się nie udawało:
a) Tak, w większości przypadków b) Tak, w niektórych przypadkach
c) Niezbyt często d) Nie, nigdy
- Czułam się zmartwiona lub wylękniona bez specjalnego powodu:
a) Nie, nigdy b) Raczej nie
c) Tak, czasami d) Tak, bardzo często
- Czułam się przerażona lub wpadałam w panikę bez specjalnego powodu:
a) Tak, dość często b) Tak, czasami
c) Nie, nie bardzo d) Nie, nigdy
- Przytłaczały mnie różne sprawy:
a) Tak, przez większość czasu i nigdy nie umiałam sobie z nimi poradzić
b) Tak, czasami nie potrafiłam radzić sobie tak dobrze jak dawniej
c) Nie, przez większość czasu radziłam sobie zupełnie nieźle
d) Nie, radziłam sobie tak samo dobrze jak dawniej
- Czułam się tak nieszczęśliwa, że miałam trudności ze snem:
a) Tak, przez większość czasu b) Tak, czasami
c) Niezbyt często d) Nie, nigdy
- Byłam smutna i czułam się przygnębiona:
a) Tak, przez większość czasu b) Tak, dość często
c) Niezbyt często d) Nie, nigdy
- Czułam się tak nieszczęśliwa, że wybuchałam płaczem:
a) Tak, przez większość czasu b) Tak, dość często
c) Tylko czasami d) Nie, nigdy
- Przychodziło mi do głowy, by zrobić sobie krzywdę:
a) Tak, dość często b) Czasami
c) Praktycznie nigdy d) Nigdy

Klucz odpowiedzi:

- a – 0, b – 1, c – 2, d – 3
- a – 0, b – 1, c – 2, d – 3
- a – 3, b – 2, c – 1, d – 0
- a – 0, b – 1, c – 2, d – 3
- a – 3, b – 2, c – 1, d – 0
- a – 3, b – 2, c – 1, d – 0
- a – 3, b – 2, c – 1, d – 0
- a – 3, b – 2, c – 1, d – 0
- a – 3, b – 2, c – 1, d – 0
- a – 3, b – 2, c – 1, d – 0



Uzyskanie 13 i więcej punktów oznacza prawdopodobieństwo występowania depresji poporodowej. Wynik kwestionariusza nie jest jednak wiążący. Ostateczną diagnozę może wydać wyłącznie lekarz psychiatra.

Bibliografia:

Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782 – 786. Steiner M., Kimberly Y. (1999). *Depresja u kobiet*. Gdańsk. Via Medica.

Skala Hamiltona - wersja 17 - punktowa

Odpowiedzi zaznacza osoba obserwująca na podstawie wywiadu z pacjentką lub rodziną. W przypadku depresji poporodowej badanie przeprowadzamy co najmniej 2 miesiące po porodzie (by różnicować z przynębieniem poporodowym). Pacjentce nie pokazujemy klucza odpowiedzi.

1. Nastroj depresyjny - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Ujawniany przez pacjenta dopiero po zapytaniu, 2 = Ujawnia depresję spontanicznie, 3 = Stwierdza się niewerbalne przejawy depresji (wyraz twarzy; głos, płacz), 4 = Depresja stanowi jedyny typ nastroju ujawniany drogą werbalną i niewerbalną;

2. Poczucie winy - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Poczucie sprawienia zawodu innym, wymówki wobec siebie, 2 = Rozważania o winie, błędach popełnionych w przeszłości, 3 = Przekonanie, że obecna choroba jest karą, urojenie winy, 4 = Omamy słuchowe o treści oskarżającej pacjenta, denuncjującej;

3. Zniechęcenie do życia, myśli, tendencje samobójcze 0 = Nie stwierdza się, 1 = Poczucie, że nie warto żyć, 2 = Pragnienie (życzenie) śmierci, np. drogą naturalną, 3 = Myśli o samobójstwie, zamiary, 4 = Próby samobójcze (brać pod uwagę jedynie poważne)

4. Zaburzenia zasypiania - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Sporadyczne trudności z zasypianiem (oczekiwanie na sen ponad 0,5 godziny), 2 = Częste, znaczne trudności z zasypianiem;

5. Sen płytki, przerywany - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Płytki, niespokojny sen, 2 = Budzenie się w nocy; opuszczanie łóżka (nie oceniać budzenia się w związku z potrzebami fizjologicznymi);

6. Wczesne budzenie się - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Budzenie się nad ranem i ponowne zasypianie, 2 = Budzenie się zbyt wczesne z niemożnością ponownego uśnięcia;

7. Aktywność złożona, praca - 0 = Nie stwierdza się zaburzeń aktywności, 1 = Poczucie obniżonej wydolności, niechęć do podejmowania aktywności złożonej, 2 = Utrata zainteresowań i chęci do działania, wykonywania pracy; hobby, 3 = Zmniejszenie liczby godzin przeznaczonych na aktywność złożoną (praca, rozrywki, hobby); w szpitalu: gdy pacjent zajmuje się aktywnością złożoną poniżej 3 godzin dziennie, 4 = Niezdolność do pracy, przerwa pracy, w oddziale brak przejawów spontanicznej aktywności;

8. Spowolnienie, zahamowanie (myślenia, mowy, upośledzenie koncentracji uwagi, obniżenie aktywności ruchowej w czasie badania) - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Nieznaczne, 2 = Wyraźne spowolnienie, 3 = Na skutek zahamowania - trudności w przeprowadzeniu badania, 4 = Osłupienie;

9. Niepokój, podniecenie ruchowe - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Zaznaczony niepokój manipulacyjny, 2 = Wyraźny niepokój manipulacyjny; przebieganie palcami, bawienie się włosami, 3 = Niepokój ruchowy; niemożność przebywania w jednym miejscu, 4 = Podniecenie ruchowe, wykręcanie rąk, obgryzanie paznokci, wrywanie włosów, przygryzanie warg;

10. Lęk - objawy depresyjne - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Subiektywne: napięcie, rozdrażnienie, 2 = Martwienie się drobiazgami, 3 = Cechy lęku w wyrazie twarzy i w wypowiedziach, 4 = Lęk i obawy ujawniane spontanicznie przez pacjenta;

11. Lęk - objawy somatyczne (oceniać: suchość w jamie ustnej, biegunki, wzdęcia, palpacje, objawy hiperwentylacji, pocenie się, częste oddawanie moczu, zawroty głowy, nieostre widzenie) - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Łagodnie (nieznacznie) nasilone, 2 = Umiarkowanie nasilone, 3 = Znaczne (ciężkie) nasilenie, 4 = Nasilenie bardzo duże, dominuje;

12. Przewód pokarmowy, brak apetytu, zaparcia - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Brak apetytu, ale pokarmy spożywa bez pomocy personelu, 2 = Jada mało, pod namową lub przy pomocy personelu, stałe zaparcia (potrzeba stosowania laxantia);

13. Objawy somatyczne ogólne - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Uczucie ciężaru w głowie, karku, barkach, wzmożona męczliwość, utrata energii, 2 = Znaczne nasilenie dolegliwości wymienionych w punkcie 1;

14. Utrata libido, popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Nasilenie łagodne, 2 = Nasilenie znaczne, x = Nie dotyczy;



15. Hipochondria - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Zaabsorbowanie problemem własnego ciała, 2 = Nadmierna dbałość o zdrowie, obawy przed chorobą, 3 = Narzekanie i skargi na złe zdrowie, żądanie pomocy, leczenia, 4 = Urojenia hipochondryczne;

16. Ubytek masy ciała: **A** = Ocena danych z wywiadu (przeszłość) - 0 = Nie stwierdza się, 1 = Prawdopodobnie wystąpiła utrata masy w związku z obecną chorobą, 2 = Potwierdzona utrata masy ciała; **B** = Ocena stanu aktualnego (oceniać okres 1 tygodnia) - 0 = Poniżej 0,5 kg, 1 = Od 0,5 do 1 kg (na tydzień), 2 = Powyżej 1 kg (na tydzień);

17. Krytycyzm (wgląd) - 0 = Poczucie obecności depresji jako choroby (krytycyzm zachowany), 1 = Krytycyzm częściowo zachowany - poczucie obecności choroby; ale jest ona następstwem np. wadliwej diety; infekcji przemęczenia itp., 2 = Brak krytycyzmu;

Klucz: suma punktów z 17 pytań:

0 – 7 bez zaburzeń depresyjnych
8 – 12 łagodna depresja
13 – 17 depresja o umiarkowanym nasileniu
18 – 29 ciężka depresja
powyżej 30 pkt bardzo ciężka depresja

Hamilton M (1960), A rating scale for depression, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23: 56-62.

Rozstrzygnięto Konkurs Fotograficzny



Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach informuje, że został rozstrzygnięty konkurs fotograficzny.

Nagrodę - aparat fotograficzny, otrzymała Aneta Górzyńska - położna Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siedlcach.

Gratulujemy!

Fundatorem nagrody jest:

Powszechny Zakład Ubezpieczeń
Spółka Akcyjna
w Warszawie



Fot. Aneta Górzyńska.

Wystąpienie na koniec kadencji - Halina Głuchowska



Pielęgniarka, położna, kto to jest? Pracownik opieki zdrowotnej, osoba przygotowana do realizacji świadczeń zdrowotnych, czy ktoś, kto czuje, rozumie inne osoby, osoby potrzebujące pomocy, czy wsparcia. Pielęgniarka, położna to ktoś, kto pomoże wesprze, doda otuchy w trudnej sytuacji, kto pomoże znaleźć odpowiedź na nurtujące pytania. Pomagajmy innym tym co zaczynają życie i tym co je kończą. Miejmy szacunek dla siebie i innych ludzi. Odpowiedzmy sobie na pytania. Czy rozumiem godność swojego zawodu? Czy rozumiem godność drugiego człowieka?

Szanowne koleżanki i koledzy. Mamy za sobą kolejne 4 lata pracy. Ten zjazd rozpoczyna nowy rozdział w historii samorządu. Pragnę podziękować wszystkim członkom samorządu, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do polepszenia pracy naszego Samorządu. Jestem pewna, że jedni pozostaną na następną Kadencję i będą doskonalić swoje role, nowi członkowie poszczególnych organów będą poznawać swoje role a jeszcze inni muszą odejść. Takie są zasady.



Przewodnicząca IV i V Kadencji ORPIP w Siedlcach
Halina Głuchowska

Proszę pamiętać, że podstawowym zadaniem samorządu jest w szczególności między innymi:

- 1) sprawowanie pieczy i nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej,*
- 2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem,*
- 3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych*
- 4) współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa,*
- 5) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych,*
- 6) obrona godności zawodowej pielęgniarek i położnych,*
- 7) reprezentowanie i ochrona zawodu pielęgniarki i położnej,*

To jest obowiązek nas wszystkich pielęgniarek i położnych, ale szczególnie tych obdarzonych zaufaniem, czyli Was tu obecnych.

Dziękuję, że postępujecie zgodnie z zapisem zawartym w Kodeksie etyki zawodowej - pielęgniarce i położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu.

Pragnę serdecznie podziękować, Radzie, Rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej, Małgorzacie Medak - dziękuję bardzo i wszystkim zastępcom, Przewodniczącej Sądu pielęgniarek i Położnych Ziucie Głowackiej oraz członkom Sądu. Szczególnie Dziękuję Przewodniczącemu Komisji Rewizyjnej Piotrowi Siemaszce i wszystkim członkom Komisji Rewizyjnej. Dziękuję za wyrozumiałość i obiektywność. Dziękuję członkom Komisji Problemowych. Dziękuję Naczelnym Pielęgniarkom przygotowującym analizy i opracowania dotyczące pracy pielęgniarek i położnych.

Dziękuję pracownikom biura.

Pragnę serdecznie podziękować zarówno tym wszystkim, którzy bezpośrednio wykonywali określone zadania jak i tym często anonimowym Koleżankom i Kolegom, którzy mobilizowali nas, na co dzień zgłaszając problemy, konkretne wnioski, postulaty, wskazując nieprawidłowości.

Dziękuję wszystkim, którzy znajdują czas i siły i są zmotywowani do pracy, pracy na rzecz samorządu.

Halina Głuchowska



***Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach
za lata 2007-2011***

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych ma już swoje miejsce w naszym środowisku zawodowym. W 2011r obchodziliśmy 20 lecie zorganizowanej działalności naszych korporacji zawodowych. Jesteśmy zawodami zaufania publicznego, to wielkie wyróżnienie.

Samorządy zawodowe są integralną częścią społeczeństwa obywatelskiego, a społeczeństwo obywatelskie jest fundamentem ładu demokratycznego, który daje każdemu obywatelowi na równych prawach możliwość realizacji swoich aspiracji.

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach za lata '07-'11

Institucje demokratyczne powinny umożliwić realizację celów poszczególnych obywateli. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych jest jednym z organów, który realizuje zadania samorządu na obszarze działania Okręgowej Izby. Zadania te wynikają zarówno z ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych jak i ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz uchwał, stanowisk, czy innych decyzji okręgowej rady. W niniejszym sprawozdaniu przedstawiam informację o najbardziej istotnych zadaniach realizowanych przez Okręgową Radę i Prezydium.

Dopełnieniem przedstawionych informacji jest sprawozdanie z realizacji budżetu, realizacji uchwał oraz działalności komisji problemowych.

Podstawowe zadania wynikające z zapisu aktów prawnych to:

- prowadzenie rejestru pielęgniarek i położnych
- prowadzenie rejestru indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych oraz grupowych praktyk pielęgniarek i położnych
- prowadzenie rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
- prowadzenie ośrodka informacyjno-edukacyjnego dla pielęgniarek z Unii Europejskiej
- działalność szkoleniowa
- pomoc socjalna
- działalność informacyjna
- szkolenie po pięcioletniej przerwie w wykonywaniu zawodu
- praca merytoryczna taka jak
 - + praca w komisjach problemowych
 - + opiniowanie aktów prawnych
 - + kontakt z posłami i senatorami w sprawie ustaw dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej
 - + udział w komisjach konkursowych na stanowiska kierownicze w zakładach opieki zdrowotnej

Ponadto udział i współfinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.



Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych jest to zadanie przejęte od organów administracji państwowej finansowane ze środków publicznych na podstawie umowy zawieranej corocznie z Ministrem Zdrowia.

Realizacja tego zadania polega na

- stwierdzeniu prawa wykonywania zawodu
- wpisaniu do rejestru pielęgniarek i położnych
- skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych
- wnoszenie adnotacji służbowych w prawie wykonywania zawodu
- wydawanie osobom wyjeżdżającym za granicę zaświadczeń o kwalifikacji, niekaralności, stażu zawodowym i innych wymaganych przez różne kraje.

Mimo, że termin wymiany prawa wykonywania zawodu minął w 2002 roku nadal zgłaszają się do nas osoby posiadające nieaktualne dokumenty, co ciekawe są to osoby cały czas czynne zawodowo. Gdyby nie wymogi NFZ, to zapewne nigdy nie mielibyśmy aktualnego rejestru pielęgniarek i położnych.

Pragnę podkreślić i proszę to przekazać wszystkim koleżankom pielęgniarkom i położnym, że w zapisach nowej ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku jest przewidziany końcowy termin wymiany prawa wykonywania zawodu. Jest to 2015r. Po tej dacie, jeżeli ktoś nie będzie miał aktualnego prawa wykonywania zawodu, a zechce wykonywać zawód pielęgniarstwa i położnej, będzie musiał na nowo ukończyć szkołę. Zadaniem V kadencji było uporządkowanie Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych poprzez uzupełnienie i uaktualnienie danych tak, aby były kompatybilne z Centralnym Rejestrem Pielęgniarek i Położnych. Aktualnie w rejestrze Pielęgniarek i Położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach (na dzień 30.09.2011 r.) jest zarejestrowanych: 2816 pielęgniarek i 40 pielęgniarzy, 315 położnych w tym 6 mężczyzn. W 2007 roku było zarejestrowanych 2780 pielęgniarek i 316 położnych. Jak wskazują liczby przybyło nam 76 pielęgniarek i ubyła 1 położna. W czasie trwania V Kadencji prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa stwierdzono 65 osobom, a prawo wykonywania położnej 5 osobom. Wydano 16 zaświadczeń osobom zamierzającym podjąć pracę na obszarze Unii Europejskiej. Ponadto w latach 2007- 2011 zostało przeszkolonych 32 pielęgniarki i 4 położne po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu. Jedna z przeszkolonych nie zdała egzaminu i nie wydano zaświadczenia upoważniającego do podjęcia pracy.

Prowadzenie rejestru indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej oraz grupowej praktyki pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarstwa i położnej Okręgowa Rada jest uprawniona do prowadzenia rejestru praktyk pielęgniarek i praktyk położnych. Obecnie mamy zarejestrowanych 159 indywidualnych praktyk pielęgniarek i 13 indywidualnych praktyk położnych oraz jedną grupową praktykę pielęgniarstwa. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej określa, jakie warunki musi spełniać pielęgniarka i położna, aby wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej w tym indywidualnej praktyki. Określa również rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach za lata '07-'11

Prowadzenie rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym wydano zgodę na prowadzenie 15 kursów. Aktualnie na terenie Izby prowadzone są kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne. Powstał drugi ośrodek kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Jest to Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o. Działa także ośrodek z Warszawy - Klinika ffx.

Działalność szkoleniowa

Pomoc w podwyższaniu kwalifikacji to jedno z priorytetów, zadań realizowanych przez Okręgową Radę również w minionej Kadencji.

Zainteresowanie koleżanek pielęgniarek i położnych kształceniem podyplomowym jest bardzo duże. W większości jest to podyktowane wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i możliwościami zarobkowymi. Sprawozdanie Komisji Kształcenia będzie uzupełnieniem informacji w tym zakresie. Ponadto Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych przy współpracy z innymi instytucjami między innymi Mazowieckim Szpitalem Wojewódzkim, oraz Towarzystwem Wiedzy Powszechnej zorganizowała szereg konferencji. Konferencje tematyczne jak i okolicznościowe weszły do stałego planu pracy naszej Izby. Są to między innymi coroczne konferencje położnych, obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, a w tym roku Obchody 20 - lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Wiele pielęgniarek i położnych uczestniczy w konferencjach organizowanych przez Collegium Mazovia Innowacyjną Szkołę Wyższą w Siedlcach. Ponadto Sąd Pielęgniarek i Położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach pod przewodnictwem Józefy Głowackiej zorganizował szkolenie dla Sądów Województwa Mazowieckiego.

Pomoc socjalna.

Udzielanie pomocy naszym członkom jest również zadaniem samorządu. Sprawozdanie komisji socjalnej w załączeniu. Życzymy sobie, aby jak najmniej koleżanek wymagało takiej pomocy.

Działalność informacyjna.

Wydawanie Biuletynu Informacyjnego, dostęp do wszystkich numerów magazynu, „Pielęgniarka i Położna”, kontakty bieżący ze wszystkimi członkami, prowadzenie strony internetowej to podstawowe formy działalności informacyjnej. Bardzo duże znaczenie ma także możliwość korzystania z porad prawnika. Praca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach obejmowała w szczególności opiniowania i przedstawiania propozycji w zakresie: Aktualizacji przepisów prawnych w tym prace nad: ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej obowiązującą od 1.01.2012 roku ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych obowiązującą od 1.01.2012 roku rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną bez zlecenia lekarskiego.

Ponadto opiniowano zakresy uprawnień, które zyskuje pielęgniarka: w wyniku kształcenia zawodowego, po ukończeniu kursu specjalistycznego, kwalifikacyjnego, w tym kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej opieki dla położnych oraz po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego. Z informacji uzyskanej z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia trwają prace w przedmiotowym zakresie. Bardzo szeroki zakres w całym kraju miały prace w zakresie oceny metodologii wyliczania zapotrzebowania na obsadę pielęgniarek i położnych. Na terenie naszej Izby do tych badań przystąpił tylko Mazowiecki Szpital Wojewódzki. Inne placówki nie wykazały zainteresowania. Opiniowano rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy czyli taryfikator stanowisk. Ustawa o działalności leczniczej była konsultowana bardzo burzliwie oficjalnie jak i nieoficjalnie. Opiniowanie aktów wykonawczych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych to bardzo szeroki wachlarz prac Izby. Dotyczy to zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej, oraz opieki długoterminowej. W pracach Komisji do spraw opieki długoterminowej NRPiP z ramienia naszej Izby uczestniczyła Halina Głuchowska i Ewa Zaliwska. Przez komisje problemowe NRPiP został opracowany „Model Opieki Długoterminowej” oraz „Model Opieki Podstawowej Opieki Zdrowotnej, który został przesłany posłom i senatorom Komisji Polityki Społecznej, Prezesowi NFZ, Ministrowi Zdrowia oraz Dyrektorowi Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Opiniowano nowelizację ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Opiniowano wiele aktów prawnych a szczególnie aktów wykonawczych dotyczących problematyki służby zdrowia.

Współpraca z NRPiP.

Na zlecenie NRPiP zebrano dane na terenie Izby do opracowania oceny opieki pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej. Należy zaznaczyć, że nie wszyscy dyrektorzy tego rodzaju placówek byli temu przychylni. Zebrano i przesłano uwagi dotyczące standardu opieki okołoporodowej. Zbierano i przesyłano dane o stanie zatrudnienia pielęgniarek i położnych, oraz skali zjawiska zastępowania statutu pracowniczego statutem cywilno-prawnym. Zebrano i przekazano dane o prawidłowości prowadzenia ewidencji pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych zajmowała stanowisko w sprawie zasadności sporządzania przekazywania ustnego raportu pielęgniarskiego w lecznictwie szpitalnym.



Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach za lata '07-'11

Członkowie Naszej Izby bardzo czynnie uczestniczyli w pracach Komisji Kształcenia przed i podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz standardów kwalifikacji zawodowych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Kol. Hanna Sposób opracowała „Procedurę kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych”, która została przyjęta jako Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 116/V/2009r. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009r. w sprawie Procedury kontroli organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Halina Głuchowska przez 8 lat była członkiem komisji przetargowej Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia na wyłonienie organizatorów szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek i położnych. Opiniowano i opracowywano programy szkoleń, dziedziny szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych, zasady w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach starała się aktywizować i integrować środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych. Ogłaszano konkursy na temat pracy pielęgniarek i położnych. Zainteresowanie konkursami było niewielkie. Przy współpracy z OIPiP w Siedlcach utworzono kierunek pielęgniarstwo w Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkole Wyższej w Siedlcach.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach przystąpiła do Mazowieckiego Forum Samorządów Zaufania Publicznego skupiających samorzady adwokatów, aptekarzy, architektów, inżynierów budownictwa, komorników, lekarzy, notariuszy, radców prawnych, biegłych rewidentów. Forum ma za zadanie umacnianie idei samorządności i prezentowanie wspólnie uzgodnionych stanowisk wobec organów władzy i administracji państwowej w kwestiach pozostających w zakresie ich kompetencji i zainteresowania.

Prace Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek Położnych w Siedlcach i zaangażowanie ich członków można ocenić na podstawie artykułów ukazujących w Magazynach Pielęgniarki i Położnej. W biuletynie z sierpnia jest zamieszczony wywiad z naszym kolegą Wojciechem Rusinkiem pielęgniarzem zatrudnionym w SPZOZ Sokołów Podlaski, Aliną Chalimoniuk Naczelną Pielęgniarką SPZOZ Sokołów Podlaski i Leszkiem Gadomskim rektorem Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej w Siedlcach. Natomiast w numerze wrześniowym opublikowano artykuł autorstwa Haliny Głuchowskiej -przewodniczącej ORPiP w Siedlcach.



Streszczenie z Konferencji - „Leczenie ran”



Profesor Jawień wielokrotnie podkreślał, że istotą dobrego podejścia do leczenia ran jest współpraca multidyscyplinarna, w której ogromną rolę odgrywają dobrze przeszkolone i doświadczone pielęgniarki. Jednym z ważnych elementów były gratulacje składane pani Marii T. Szewczyk z Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medium UMK w Bydgoszczy, która niedawno uzyskała tytuł profesora. Mamy, więc powód do ogromnej dumy, co było mocno wielokrotnie zaznaczane jako nobilitacja zawodu pielęgniarki.

W dużym skrócie można napisać, że prezentowane przez specjalistów grupy tematów dotyczyły:

- znaczenia badań naczyniowych w rozpoznawaniu stopy cukrzycowej i owrzodzeń żylnych goleni,
- omówiony został aspekt bólu w procesie leczenia rany przewlekłej,
- rodzaje i dobór opatrunków specjalistycznych,
- rekomendacje w zakresie leczenia stopy cukrzycowej,
- oparzenia i rekonstrukcje,
- odleżyny – leczenie operacyjne, zastosowanie innowacyjnych technik w leczeniu ran przewlekłych.

Na szczególne podkreślenia zasługuje temat kompresoterapii w leczeniu owrzodzeń żylnych oraz ból w aspekcie leczenia rany przewlekłej.

WYBRANE PRZYKŁADY WYTYCZNYCH GRUPY EKSPERTÓW W SPRAWIE GOJENIA OWRZODZEŃ ŻYLNICH GOLENI.

Badanie kliniczne chorej kończyny powinno obejmować ocenę tętnic i żył obwodowych oraz analizę cech rany, typowych dla etiologii żylniej, jak i wykrywanie objawów przewlekłej niewydolności żylniej. Badania diagnostyczne powinny potwierdzać lub wykluczać etiologię żylną. Rekomenduje się najbardziej wiarygodne badanie Duplex - Doppler (ultrasonografia z podwójnym obrazowaniem - z kodowaniem kolorem przepływu) umożliwiające wizualizację naczyń oraz przepływu krwi, określenie lokalizacji zaburzeń oraz ich umiejscowienie na poszczególnych poziomach krążenia żylnego – powierzchownym, głębokim i przesywającym.

Rozpoznanie niewydolności żylniej nie wyklucza obecności zaburzeń ukrwienia tętniczego, podobnie jak wyczuwalne tętno na tętnicach obwodowych nie stanowi jednego wiarygodnego wskaźnika dobrego ukrwienia tętniczego kończyny. U wszystkich chorych z owrzodzeniem wymagana jest ocena tętna na tętnicy grzbietowej i piszczelowej stopy oraz pomiar wskaźnika kostka/ramię (WK/R). Wyniki znajdujące się poza wartościami uznawanymi za prawidłowe (0,9-1,3) nakazują dalszą diagnostykę i konsultacje specjalistyczne WK/R < 0,9 - podejrzenie miażdżycy tętnic obwodowych, WK/R > 1,3 - podejrzenie angiopatii cukrzycowej).

W leczeniu owrzodzeń żylnych zaleca się stosowanie kompresjoterapii wielowarstwowej. Nadciśnienie żyłne może zostać skutecznie zredukowane przez zastosowanie kompresjoterapii, która jest „złotym standardem” leczenia owrzodzeń żylnych. Kompresjoterapia daje największy wskaźnik wygojeń owrzodzeń żylnych. Polega ona na stosowaniu warstwowego, zewnętrznego ucisku, za pomocą specjalistycznych bandaży lub gotowych warstwowych systemów kompresyjnych, a także w przypadku niesączących owrzodzeń o małej powierzchni, kolanówek kompresyjnych. Indywidualnie dobrana forma i stopień ucisku znacznie poprawiają warunki istniejące w krążeniu żylnym i w mikrokrążeniu (obniżenie/redukcja nadciśnienia żylnego), jeśli stosowane są w sposób ciągły. Dla najlepszych wyników, decyzję o zastosowaniu kompresjoterapii, a także doborze formy i parametrów ciśnienia międzypowierzchniowego, podejmuje się indywidualnie po przeprowadzeniu dokładnej diagnostyki przyczynowej i miejscowej oraz rozważeniu wskazań i przeciwwskazań.

Stanowisko ekspertów dotyczące kompresjoterapii mówi jednoznacznie, że w leczeniu owrzodzeń żylnych wskazane jest ciśnienie 40 mmHg na poziomie kostki, co wystarcza do zredukowania nadciśnienia żylnego. W kierunku proksymalnym ciśnienie międzypowierzchniowe w okolicy pod kolanem powinno uzyskiwać wartość około 17-20 mmHg.

Przed zastosowaniem kompresjoterapii konieczne jest określenie wskaźnika kostka/ramię (norma: 0,9-1,3). W przebiegu owrzodzeń mieszanych tętniczo-żylnych i WK/R w granicach 0,9-0,6, dopuszcza się stosowanie kompresji wytwarzającej ciśnienie o maksymalnej wartości 17-25 mmHg. W tej sytuacji kompresję należy stosować wyłącznie pod kontrolą lekarza lub wykwalifikowanej w tym zakresie pielęgniarki. Zaburzenia te mogą wymagać dalszej diagnostyki i leczenia rewaskularyzacyjnego.

Kompresjoterapia warstwowa.

Ciśnienie międzypowierzchniowe istniejące pod bandażami, powstaje niezwłocznie po ich nałożeniu, jest wykładnikiem napięcia włókien i liczby warstw bandaża. Ciśnienie to może być mierzone za pomocą specjalnych urządzeń. Liczbę warstw bandaża można dowolnie modyfikować, w zależności od pożądanego ciśnienia międzypowierzchniowego.

Najczęściej stosowane metody terapii wielowarstwowej to: 2-warstwowa kompresja z użyciem podkładu i bandaża specjalistycznego o niskim stopniu rozciągliwości- „short-stretch”; 4-warstwowy system kompresji wysokiej – zawiera kolejno ułożone warstwy bawełny, tzw. opaski ortopedycznej, opaski krepowej, bandaża elastycznego i warstwy przylegającej.

Badania z randomizacją potwierdzają najwyższą skuteczność gojenia owrzodzeń u chorych stosujących kompresjo-terapię 2- i 4-warstwową. Kompresjoterapię stosuje się pod kontrolą specjalisty - najczęściej pielęgniarki posiadającej odpowiednie kwalifikacje. Jest to o tyle ważne, że zarówno sama technika bandażowania, jak i umiejętności osoby zakładającej, decydują o wartości uzyskanego ciśnienia. Zaleca się, o ile jest to możliwe, mierzenie ciśnienia międzypowierzchniowego. Nierównomierne nakładanie kolejnych zwojów bandaży może zaburzać pożądaną gradację ucisku.

Wykazano, że różne osoby, zakładając bandaże, uzyskują różne wartości ciśnienia międzypowierzchniowego. Po odpowiednim przeszkoleniu chorego i/lub jego opiekuna możliwe jest samodzielne stosowanie kompresji elastycznej w formie gotowych wyrobów kompresyjnych (rajstopy, pończochy, kolanówki) lub odpowiednich bandaży elastycznych zakładanych wyłącznie w ciągu dnia.

Wyroby kompresyjne. W terapii uciskowej zastosowanie mają także kolanówki, pończochy i rajstopy kompresyjne. Są one wygodniejsze i łatwiejsze w zakładaniu od bandaży, nie wymagają specjalnych umiejętności i mogą być stosowane samodzielnie przez chorego. Wyroby kompresyjne dobiera i zapisuje przeszkolona osoba: lekarz lub pielęgniarka. W zależności od sposobu działania, rozróżnia się pończochy kompresyjne jednostronne (grube i mało rozciągliwe), dwuwarstwowe (bardziej rozciągliwe), siatkowate ze szwem (szyte na miarę). W zależności od rodzaju włókien wytrzymałości materiału, z jakiego są wykonane, należy je zmieniać, co 3-6 miesięcy, zgodnie ze wskazówkami producenta.

Kompresja pneumatyczna. Kompresja jest wywoływana za pomocą wielokomorowych mankietów, wytwarzających gradient ciśnień pomiędzy 30 a 120 mmHg. Sekwencyjny masaż pneumatyczny zalecany jest w przypadku owrzodzeń i występujących obrzęków.

Pozycja Trendelenburga. Możliwość redukcji nadciśnienia żylnego ułożeniem w pozycji Trendelenburga sprawdza się w sytuacji owrzodzeń z klinicznymi cechami zakażenia, ciężkich obrzęków i innych powikłań.

Kompresjoterapia w przypadku chorób współistniejących – cukrzyca. Przy współistnieniu cukrzycy, leczenie za pomocą kompresji możliwe jest jedynie przy braku objawów przedmiotowych objawów neuropatii i/lub angiopatii pod kontrolą pielęgniarki specjalistki lub lekarza (kompresja wyłącznie o niższej wartości - 20 mmHg). Przeciwwskazania do stosowania kompresjoterapii: ostra faza zakażenia, niedokrwienie kończyn dolnych ($WK/R < 0,6$), obrzęki w przebiegu niewydolności serca lub nerek, zapalenie tkanki podskórnej (faza ostra), róża, egzema, zapalenia stawów kończyn dolnych.

Leczenie bólu jest szczególnie ważne w grupie chorych z owrzodzeniem żylnym. Powinno obejmować modyfikację przyczyn bólu, postępowanie niefarmakologiczne oraz stosowanie analgetyków ogólnie i miejscowo. Ból zgłaszany jest przez ponad 60% chorych z owrzodzeniem żylnym goleni. Efektywna terapia bólu jest w przypadku tej grupy chorych szczególnie ważna, wpływa, bowiem na dyscyplinę terapeutyczną, a przez to na powodzenie leczenia. Regularna ocena bólu powinna skutkować planem postępowania leczniczego miejscowego, uciskowego, przeciwbólowego.

W owrzodzeniu żylnym dla określenia przyczyny bólu możemy wykorzystać regułę „5P”:
przygotowanie rany - dolegliwości powstające w czasie oczyszczania rany, przedłużających się manipulacji;
pielęgnacja rany - dolegliwości powstające w czasie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych
przemiany rany, zmiany opatrunku;
przebiegające bóle - pojawiają się w czasie codziennej aktywności pacjenta - ruchu, kaszlu etc.;
podłoże rany - ból pojawiający się w czasie odpoczynku, bez dodatkowego drażnienia rany. Może mieć charakter ciągły lub przerywany;
psychologiczne i środowiskowe czynniki - wiek, wcześniejsze doświadczanie bólu, depresja związana z przewlekłą chorobą mogą wpływać na odczucia chorego.

W każdym przypadku lekarz powinien dokładnie wysłuchać skarg pacjenta i wspólnie ustalić charakter bólu. Jakość, lokalizacja bólu, czynniki wyzwalające i łagodzące, a także czas trwania bólu należą do podstawowych kryteriów oceny. Właściwym jest stosowanie skal oceny bólu, które pozwalają na odnotowywanie zmian w nasileniu dolegliwości. Gdy ból z podłoża rany lub dolegliwości związane z pielęgnacją rany osiągną nasilenie nieakceptowane przez pacjenta, konieczna jest zmiana sposobu postępowania. Zwykle niezbędne staje się czasowe przerwanie pielęgnacji oraz zmiana leczenia analgetycznego.

Leczenie przeciwbólowe zawiera: modyfikację psychologicznych czynników bólu, leczenie niefarmakologiczne bólu, stosowanie analgetyków ogólnie i miejscowo. Podstawowe znaczenie w modyfikacji psychologicznych czynników bólu ma staranne wyjaśnienie choremu procedur, którym jest poddawany, a także stworzenie odpowiedniej, sprzyjającej atmosfery w gabinecie zabiegowym (wystrój, muzyka etc.). Postępowanie niefarmakologiczne obejmuje między innymi stosowanie opatrunków zmniejszających ból, ale także dobór takich opatrunków, które nie wymagają namaczania ani nie wywołują krwawienia podczas zmiany; współuczestniczenie chorych w zmianie opatrunku; zmiana pozycji, ustawienia kończyny; przerwy w czasie zmiany opatrunku.

Leki stosuje się zgodnie z przyjętymi zasadami „drabiny analgetycznej” WHO. W czasie oczyszczania rany można stosować miejscowe znieczulenie, nakładając na owrzodzenie krem EMLA. W wybranych przypadkach, przy szczególnie rozległych owrzodzeniach z dużą ilością tkanek martwiczych i ograniczonej współpracy z chorym, możliwe jest zastosowanie znieczulenia przewodowego i oczyszczenie rany w warunkach sali operacyjnej.

GRUPA EKSPERTÓW:

1 Prof. dr hab. med. Arkadiusz Jawień, Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu im. M. Kopernika w Toruniu

Dr n. med. Tomasz Grzela, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu im. M. Kopernika w Toruniu

1, 2 Dr hab. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa

Chirurgicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu im. M. Kopernika w Toruniu

3 Prof. dr hab. med. Andrzej Kaszuba, Kierownik Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

4 Prof. dr hab. med. Zbigniew Gaciong, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób

Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

5 Dr hab. med. Zbigniew Krasieński, prof. UM, II Katedra Chirurgii Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

6 Dr hab. med. Jacek Wroński, prof. UM, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

7 Dr n. med. Teresa Koblik, Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

**Stanowisko Nr 1/VI/2011
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego
z dnia 23 listopada 2011 r.**

w sprawie projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach sprzeciwia się proponowanemu zapisom nowelizowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027) .

Zmiana, która została zaproponowana pacjentom w brzmieniu:

„Świadczeniobiorca dokonując wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wskazuje jednocześnie lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego udzielających świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy” zmienia znacząco status pacjenta i możliwość wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej udzielających świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, jak również funkcjonowanie podmiotów leczniczych, które prowadzą pielęgniarki i położne. rodzinne (praktyk indywidualnych i grupowych prowadzonych przez pielęgniarki i położne), a także innych świadczeniodawców, którzy nie mają zatrudnionych pielęgniarek i położnych i prowadzonych list pacjentów do pielęgniarki, położnej.

Pacjent wg zapisów nowej ustawy jest zmuszony do poszukania jednego świadczeniodawcy (podmiotu leczniczego) nie koniecznie spełniającego oczekiwania pacjenta, zapisy ustawy zaburzają funkcjonowanie podmiotów prowadzonych przez pielęgniarki i położne, wprowadzają dezorientację wśród świadczeniobiorców, pacjenci będą musieli ponownie wypełniać deklarację z uwagi na fakt iż, w obecnej sytuacji niejednokrotnie wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej dokonali u różnych świadczeniodawców, zapisy ustawy ograniczają konkurencyjność na rynku świadczeniodawców, ograniczają zatem dostępność świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zasadę co do równego dostępu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasadę samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych.

*Sekretarz ORPiP
Zofia Czyż*



*Przewodnicząca ORPiP
Hanna Sposób*

Nowe Organy - VI Kadencja

W dniu 27.10.2011r. odbył się Zjazd Wyborczy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach

Skład poszczególnych Organów:

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – Hanna Sposób

(Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)

Skład Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych :

1. Czapska Jadwiga (SPZOZ Sokołów Podlaski)
2. Czyż Zofia (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
3. Dmowska-Pycka Aneta (ZMSP Siedlce)
4. Garucka Anna (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
5. Gochnio Marzena (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
6. Korycińska Halina (SPZOZ Łosice)
7. Laszuk Danuta (SPZOZ Łosice)
8. Lech Marta (SPZOZ Sokołów Podlaski)
9. Machniak Bernarda (SPZOZ Łuków)
10. Mączarska Edyta (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
11. Mężyńska Barbara (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
12. Nasiłowska Anna (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
13. Niemiałowska Maria (SPZOZ Mińsk Mazowiecki)
14. Posiadata Maria (SPZOZ Łuków)
15. Siemaszko Piotr (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
16. Stańczuk Jolanta (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
17. Trynkiewicz Barbara (SPZOZ Mińsk Mazowiecki)
18. Wiącek Ewa (SPZOZ Łuków)

Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej - Beata Żaczek

(Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)

Skład Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

1. Fajnas Dorota (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
2. Karkowska Krystyna (SPZOZ Mińsk Mazowiecki)
3. Kępska Zdzisława (SPZOZ Mińsk Mazowiecki)
4. Korczak Janina (SPZOZ Węgrów)
5. Piotrowska Barbara (SPZOZ Węgrów)
6. Szczeńniak Małgorzata (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych – Grażyna Mikołajczuk

(Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)

Skład Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

1. Czarnocka Maria (SPZOZ Węgrów)
2. Durka Urszula (SPZOZ Siedlce)
3. Jackiewicz Anna (SPZOZ Mińsk Mazowiecki)
4. Sobotka Agnieszka (SPZOZ Węgrów)
5. Sulzycka Małgorzata (SPZOZ Łuków)
6. Wojciechowska Elwira (SSZZOZ Rudka)

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – Małgorzata Medak

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

1. Dziecioł Stanisława (SPZOZ Mińsk Mazowiecki)
2. Figlarz-Kardacz Marta (SPZOZ Łosice)
3. Głuchowska Elżbieta (SPZOZ Siedlce)
4. Marek Katarzyna (SPZOZ Łuków)
5. Rek Mariola Katarzyna (SPZOZ Mińsk Mazowiecki)
6. Zdunek Katarzyna (SPZOZ Łuków)

Delegaci na Krajowy Zjazd Delegatów Pielęgniarek i Położnych:

1. Czyż Zofia (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
2. Figlarz-Kardacz Marta (SPZOZ Łosice)
3. Garucka Anna (Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.)
4. Machniak Bernarda (SPZOZ Łuków)

Na posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach w dniu 23 listopada 2011 r. zostało powołane Prezydium ORPiP w składzie:

1. Hanna Sposób – Przewodnicząca
2. Anna Garucka – Wiceprzewodnicząca
3. Jolanta Stańczuk – Wiceprzewodnicząca
4. Zofia Czyż – Sekretarz
5. Edyta Mączarska – Skarbnik
6. Marta Lech – Członek
7. Bernarda Machniak – Członek

Porady prawne



Czy pielęgniarka oddziałowa, przełożona pielęgniarek, pielęgniarka naczelną może być zatrudniona w wymiarze 1/8 etatu a w pozostałej części jako pielęgniarka odcinkowa wykonywać zawód w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego?

Odnośnie zatrudnienia pielęgniarki oddziałowej w wymiarze 1/8 etatu a w pozostałym zakresie zawarcie umowy z tą samą osobą na działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, podnieść należy, iż zastosowanie takiej konstrukcji umownej stanowić będzie oczywiste naruszenie przepisów prawa pracy, mające na celu obejście przepisów o czasie pracy. Ponadto w takim przypadku pielęgniarka w niektórych sytuacjach mogłaby być przełożoną samej siebie. Podkreślić należy również, że jedynie przepis art. 47 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej dopuszcza możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, pod warunkiem zawarcia takiego zapisu w umowie oraz określenia w niej warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym określenia wymiaru czasu pracy.

Czy pielęgniarka oddziałowa, przełożona pielęgniarek może pełnić swoją funkcję w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego?

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) w Dziale II rozdziale 3 zawiera szczególne regulacje dotyczące podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W myśl przepisu art. 2 pkt 4 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Zatem do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stosuje się wprost postanowienia art. 49 ustawy o działalności leczniczej. Stosownie do treści art. 49 ust. 5 z kandydatem wybranym w drodze konkursu lub w trybie wskazanym w art. 49 ust. 4 kierownik nawiązuje stosunek pracy na podstawie umowy o pracę. Powyższa regulacja nie dopuszcza więc innego stosunku prawnego, niż stosunek pracy na podstawie umowy o pracę. Niedopuszczalnym jest zawarcie umowy z pielęgniarką prowadzącą indywidualną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na wykonywanie zadań pielęgniarki naczelną, oddziałowej lub przełożonej pielęgniarek.

*Iwona Choromańska
Radca prawny NRPiP*



***Piękna jest radość w Święta,
cieple są myśli o bliskich.
Niech pokój, miłość i szczęście,
otoczy dzisiaj wszystkich.***

W oczekiwaniu na zbliżające się Święta Bożego Narodzenia i Nowy Rok 2012 pełni nadziei spoglądamy w przyszłość.

Życzę, aby był to Rok szczęśliwy w osobiste doznania, spełnił zamierzenia i dążenia zawodowe i społeczne oraz by przyniósł wiele satysfakcji z własnych dokonań.

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach
Przewodnicząca - Hanna Sposób*



BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH REGIONU SIEDLECKIEGO

Nr 32/VI/1/2011

Biuletyn OIPIP – egzemplarz bezpłatny
Nakład: 400 egzemplarzy
Biuletyn adresowany jest do wszystkich pielęgniarek i położnych,
członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Redaguje zespół w składzie:

*Hanna Sposób, Halina Głuchowska, Zofia Czyż,
Edyta Mączarska, Maria Baran*

Skład komputerowy:

Lukasz Mularczyk

Adres redakcji:

Biuletyn Informacyjny OIPIP
Ul. Młynarska 17
08-110 Siedlce
tel: (25) 632-84-35, tel/fax: (25) 632 54 10



Biuro Izby czynne:

Od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 15:30

Rejestr pielęgniarek i położnych:

Od poniedziałku do czwartku w godz. 8:00 – 13:00
Porady prawne w każdą środę w godz. 13:30-14:30

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych posiada stronę internetową:

www.oipip.siedlce.ikk.pl, pocztę e-mail: oipip.siedlce@ikk.pl

Konto bankowe: 58 1020 4476 0000 8402 0016 8518

Państwowa Inspekcja Pracy Oddział Siedlce
Ul. Brzeska 97, tel: (25) 632 80 59

<http://www.oipip.siedlce.ikk.pl>