

# KOMUNIKAT

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na posiedzeniu w dniu 10 marca 2009 r. podjęła uchwałę w sprawie zmiany Uchwały Nr 107/V z dnia 8 kwietnia 2008 roku Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego. W §. 8 ww. uchwały wprowadzono zapis następującej treści:

**2) za udział w:**

**a) szkoleniu specjalizacyjnym – do kwoty 2000 zł,**

**b) kursie kwalifikacyjnym – do kwoty 500 zł,**

**c) kursie specjalistycznym, doskonalącym, innych formach kształcenia 50% kosztów, jednak nie więcej niż 150 zł”**

Pozostałe punkty uchwały pozostają bez zmian. Członkowie samorządu, którzy rozpoczęli kształcenie podyplomowe przed dniem 10 marca będą mogli skorzystać z dofinansowania na podstawie dotychczas obowiązującej Uchwały Nr 107/V ORPIP z dnia 8 kwietnia 2008 roku.

w numerze:

Biuletyn 7-9/2009

1 września 2009 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

2.... Serwis informacyjny

4 .... **Prawnik radzi**

Nowa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta  
Edyta Knap

5.... Informacje o szkoleniach i konferencjach

**Sprawozdania z konferencji:**

7.... „Rola i zadania pielęgniarki XXI wieku w opiece paliatywno-hospicyjnej”  
Komisja Opieki Paliatywno-Hospicyjnej

8.... „Bezpieczny szpital”  
Maria Cianciara

10..... „Szczepienia ochronne”  
Maria Cianciara

**Rozstrzygnięcie konkursu**

**„Autorytet pielęgniarki i położnej – blaski i cienie”:**

12.....Byliśmy, jesteśmy, będziemy

14.....Świat nie zawaliby się, gdybym nie była pielęgniarką

15.....Nie musi być lekarzem, pielęgniarką... może być Goździkową

16..... Podziękowania

17..... Standard postępowania:  
pielęgnowanie pacjenta unieruchomionego  
Komisja Pielęgniarstwa Psychiatrycznego

18.....Z prac Komisji Warunków Pracy i Zatrudnienia

**Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna:**

20.....Edukacyjna rola pielęgniarki w zapobieganiu  
alergii pokarmowej u małych dzieci  
Joanna Cichomska

23..... Kącik biblioteczny

**Z kącika emerytek:**

24..... Piękna nasza Polska  
Zdzisława Kulesza

25..... Wspomnienie o pani Racheli Hutner (1909 – 2008)  
Krystyna Ejsmont

27..... Z żałobnej karty

**Wydawca:** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

**Adres redakcji:** 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

**Redaktor Naczelna:** mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

**Skład:** OIPIP – Agnieszka Wypych

**Druk:** BiK – M. Bernaciak  
91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

## Najważniejsze uchwały i decyzje podjęte podczas:

### ➔ posiedzenia ORPiP w dniu 12 maja 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarce.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 2 pielęgniarki.
- > Dokonano wymiany prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarce.
- > Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk – 3 praktyki.
- > Przyjęto protokoły Komisji Rewizyjnej dotyczące:
  - XXXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,
  - kontroli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi za I kwartał 2009 roku.

Okręgowa Komisja Rewizyjna nie wnosi zastrzeżeń do przebiegu XXXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych oraz do działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

- > Podjęto uchwałę w sprawie wydania opinii dotyczącej projektu uchwały Rady Powiatu Rawskiego w Rawie Mazowieckiej w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej, w której wyrażono negatywną opinię z uwagi na brak rozwiązań odnośnie struktury zatrudnienia w nowej spółce oraz gwarancji niezmienności warunków zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

- > Podjęto stanowisko w sprawie poparcia inicjatywy powołania konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarskiej opieki paliatywnej.

- > Zatwierdzono dofinansowanie w: konferencjach, zjazdach, sympozjach: 7 osobom, szkoleniu specjalizacyjnym: 9 osobom, kursach kwalifikacyjnych: 32 osobom, kursie specjalistycznym: 2 osobom.

Odmówiono dofinansowania 2 osobom ze względów regulaminowych – brak opłacania składki członkowskiej minimum 2 lata przed złożeniem wniosku, wnioski złożone po terminie.

- > Przyznano 1 zapomogę bezzwrotną w wysokości 1500 zł.
- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP do udziału w komisjach egzaminacyjnych w Akademii Zdrowia, ERUDIO i Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi.

### ➔ posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 27 maja 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 1 pielęgniarce i 3 położnym.

- > Dokonano wymiany prawa wykonywania zawodu 2 położnym.

- > Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.

- > Podjęto 3 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych.

- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisji konkursowej na stanowisko ordynatora oddziału.

- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do prac w komisji egzaminacyjnej.

- > Przyznano zapomogi losowe bezzwrotne w wysokości po: 1500 zł: 6 osobom, 500 zł: 1 osobie.

- 1 osobie odmówiono przyznania zapomogi bezzwrotnej z powodu braku nagłego zdarzenia losowego.

- > Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych: 19 osobom, kursach specjalistycznych: 16 osobom, konferencji: 2 osobom.

Odmówiono dofinansowania 6 osobom ze względów regulaminowych: wnioski złożone po terminie, brak 2-letniego okresu wpłacania składki przed złożeniem wniosku na rzecz samorządu

- > Przyznano honoraria dla 4 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie.

- > Zatwierdzono koszty szkoleń i kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi.

### ➔ posiedzenia ORPiP w dniu 17–20 czerwca 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 1 pielęgniarkę i 5 położnych.

- > Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 3 pielęgniarki i 1 położną.

- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki i 1 położną.

- > Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu – 1 pielęgniarce.

- > Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 2 praktyki.

- > Dokonano wpisu do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek i położnych – 2 praktyki.

- > Dokonano zmiany wpisu do grupowych praktyk pielęgniarek i położnych – 1 praktyka.

- > Podjęto decyzję o skróceniu przeszkolenia po przebiegu w wykonywaniu zawodu – 3 pielęgniarkom.

> Na wniosek organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Akademii Zdrowia dokonano zmian wpisów do rejestru kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

> Podjęto uchwały w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:

– Akademia Zdrowia: kurs specjalistyczny w zakresie leczenia ran,

– Multiserwis, NZOZ Prev – Med: szkolenie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

> Podjęto uchwałę w sprawie sfinansowania i zorganizowania konferencji pt. „Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej” w dniu 25 września 2009 roku w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

> Podjęto uchwałę w sprawie wynagrodzeń dla osób prowadzących szkolenia w ramach prewencji odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

> Zatwierdzono zakup nowości dla potrzeb Biblioteki OIPIP w Łodzi.

> Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi podjęła następujące stanowiska w sprawie:

– Zarządzenia Nr 105/DSOZ/08 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna,

– likwidacji Pododdziału Nefrologii i Dializoterapii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi,

– uchylecia decyzji dotyczącej opuszczenia pomieszczeń zajmowanych przez Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

– likwidacji filii Uniwersytetu Medycznego w Piotrkowie Trybunalskim.

> Wytypowano przedstawicieli OIPIP do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

> Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych: 26 osobom, kursach specjalistycznych: 25 osobom, konferencji: 3 osobom.

### ➔ posiedzenia Prezydium ORPIP w dniu 30 czerwca 2009 roku

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarkom.

> Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu – 1 pielęgniarcę.

> Wpisano na listę członków OIPIP w Łodzi – 1 położną.

> Skreślono z listy członków OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarki.

> Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu – 1 pielęgniarcę.

> Podjęto 1 uchwałę dotyczącą rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

> Powołano skład komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego program dla pielęgniarek, organizowanego i finansowanego z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

> Przyznano zapomogi losowe bezzwrotne w wysokości po: 1500 zł – 7 osobom, 500 zł – 2 osobom.

> Przyznano dofinansowania w: szkoleniu specjalizacyjnym: 2 osobom, kursach kwalifikacyjnych: 25 osobom, kursach specjalistycznych: 35 osobom, kursie doskonalącym: 2 osobom, konferencji: 8 osobom, nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich: 1 pielęgniarcę.

Ze względów regulaminowych odmówiono dofinansowania 10 osobom: brak 2 lat opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu, wnioski składane po terminie.

> Przyznano honoraria dla 4 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie.

### ➔ posiedzenia Prezydium ORPIP w dniu 15 lipca 2009 roku

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 6 pielęgniarkom i 2 położnym.

> Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu – 1 pielęgniarcę.

> Wpisano na listę członków OIPIP w Łodzi – 4 pielęgniarki.

> Skreślono z listy członków OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 14 położnych.

> Podjęto 1 uchwałę dotyczącą rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

> Wytypowano przedstawiciela ORPIP w Łodzi do udziału w posiedzeniu komisji kwalifikacyjnej kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjne organizowanego przez WCZP w Łodzi.

> Przyznano zapomogi losowe bezzwrotne w kwocie 1500 zł – 4 osobom.

> Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych: 101 osobom, kursach specjalistycznych: 7 osobom, studiach podyplomowych: 2 osobom, konferencji: 8 osobom, nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich: 1 pielęgniarcę.

Ze względów regulaminowych odmówiono dofinansowania 4 osobom – wnioski złożone po terminie.

> Przyznano honoraria dla 4 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie.

> Powołano skład komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego program dla pielęgniarek, organizowanego i finansowanego z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. ■

## Nowa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Od 5 czerwca 2009 roku obowiązuje ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – PPIRzPP (DzU 2009 r., Nr 52, poz. 417). W kolejnych artykułach Biuletynu postaram się dokonać krótkiej analizy poszczególnych zapisów tejże ustawy.

Na początek przedstawiona zostanie krótka, ogólna charakterystyka, a mianowicie zakres podmiotowy i przedmiotowy tego aktu prawnego. Ustawa ta do praw pacjenta zalicza:

- prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych;
- prawo pacjenta do informacji (o swoim stanie zdrowia, o prawach pacjenta oraz o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych);
- prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych;
- prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- prawo pacjenta do dokumentacji medycznej;
- prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej;
- prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Ustawa gwarantuje m.in. prawo do informacji oraz dostęp do dokumentacji medycznej pacjentowi, a innym osobom, np. bliskim – jeśli chory je do tego upoważni. Wyjątki dotyczą m.in. dzieci. Dostęp do dokumentacji po śmierci chorego będzie możliwy tylko wówczas, gdy za życia złoży on takie oświadczenie – na ręce osoby wskazanej w oświadczeniu.

Ustawa przewiduje również, że bliscy mogą być obecni przy udzielaniu świadczeń medycznych, chyba że lekarz tego odmówi z powodów epidemicznych lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Chory w stanie terminalnym będzie miał prawo do łagodzenia bólu.

Przedmiotowa ustawa wprowadza nowy organ administracji rządowej, który zgodnie z założeniami ma chronić interesy osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych – rzecznik praw pacjenta. Rzecznik będzie wybierany w konkursie zorganizowanym przez ministra zdrowia i powołany przez premiera. Będzie mógł (ale nie musiał) podjąć sprawę na wniosek zainteresowanego. Prowadząc postępowanie, może zwrócić się do właściwych organów o wyjaśnienia, informacje i dokumenty, a następnie skierować wystąpienie do instytucji, która naruszyła prawa pacjenta. Będzie mógł też wszcząć postępowanie cywilne lub przystąpić do trwającego.

Nowa ustawa daje choremu lub jego rodzinie możliwość zawarcia umowy cywilnoprawnej z pielęgniarką lub położną na wykonywanie przez nie dodatkowej opieki. Niedobór liczby pielęgniarek ma być zdaniem ustawodawcy rekompensowany właśnie poprzez możliwość dodatkowej opieki pielęgniacyjnej, którą zapewnia o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

W tym miejscu należy zastanowić się nad interpretacją pojęcia dodatkowa opieka pielęgniacyjna. Zgodnie z art. 34 ustawy o PPIRzPP: „Art. 34. 1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej.

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

Zatem mając na względzie taki zapis ustawowy, stwierdzić należy, iż w zakresie dodatkowej opieki pielęgniacyjnej nie mogą mieścić się świadczenia zdrowotne, które udzielane są przez zakład opieki zdrowotnej. Oznacza, że pielęgniarka (lub położna), która zawrze umowę o świadczenie opieki pielęgniacyjnej z pacjentem, poza godzinami pracy będzie mogła wykonywać odpłatnie dodatkowe czynności, takie jak np. mycie, karmienie czy ścielenie łóżka chorego. Należy zauważyć, iż możliwość zawierania umów cywilnoprawnych pomiędzy chorym a pielęgniarką, położną istnieje w obowiązujących przepisach i nie jest żadnym novum. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej w art. 27a ust. 2 daje prawną podstawę do zawarcia umowy cywilnoprawnej o świadczenie opieki pielęgniacyjnej. Zakres opieki pielęgniacyjnej wyznacza art. 19 ust. 3 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (DzU z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.). Zgodnie bowiem z art. 19 ust. 3 pkt 1 tej ustawy w ZOZ przeznaczonych dla osób wymagających całonocnych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie. Ustawa o ZOZ podkreśla, że prawo do opieki ma charakter dodatkowy i pielęgniacyjny. Zatem mając na względzie powyższe, uznać należy, iż personel szpitala nie jest zwolniony ze swoich obowiązków w zakresie opieki pielęgniacyjnej nad chorym.

Na zakończenie podnieść należy jeszcze kwestię odpłatności za dodatkową opiekę pielęgniacyjną. Racjonalnie rzecz biorąc zoz nie może być obciążony dodatkowymi kosztami funkcjonowania takiej opieki. Zatem zgodnie z art. 35 Ustawy o PPIRzPP: „1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez stacjonarny zakład opieki zdrowotnej.

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

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

Ustawodawca określił w ustawie, za co pacjent ma płacić i na jakich zasadach. Zapisy ustawy o PPIRzPP przewiduje m.in., że cennik za wykonywanie dodatkowych usług pielęgniarskich będzie ustalany przez kierowników poszczególnych placówek ochrony zdrowia. Niestety, nowe przepisy nie zawierają ani katalogu ani nie definiują dokładnie, jakie usługi mogą być wykonywane w ramach dodatkowej opieki. ■

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne na warsztaty nt.

### „Jak nie bać się cukrzycy, porady i informacje”

W programie warsztatów m.in: epidemia cukrzycy, edukacja chorych na cukrzycę, insulinoterapia, prewencja powikłań.

Warsztaty odbędą się w dniu 14 października 2009 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 w godzinach 14.15 – 16.00 (II piętro, duża sala).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17.

Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne oraz interesujące materiały promocyjne.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych wraz z Biurem Koordynacji Transplantacji w Łodzi oraz firmą Novartis Poland uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne na szkolenie nt.

### „European Program on Organ Donation – EPOD – Podstawy dawstwa narządów”

Szkolenie prowadzą: lek. med. Agnieszka Skrzypek-Mikulska i lek. med. Ewa Sobczak.

Szkolenie odbędzie się w dniu:

I edycja – 08.10.2009 roku w godz. 9.00 – 13.00

II edycja – 25.11.2009 roku w godz. 9.00 – 13.00

na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 (II piętro- sala wykładowa).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17.

Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, materiały promocyjne. Liczba miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń.

### Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego - KONFERENCJA

W dniu 10 października przypada coroczny Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego. W bieżącym roku przebiega on pod hasłem: „Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej – rozwijanie leczenia i promocji zdrowia psychicznego”.

Po raz kolejny Komisja Pielęgniarstwa Psychiatrycznego wraz z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Łodzi organizuje poświęconą tym zagadnieniom konferencję. Odbędzie się ona w dniu **09.10.2009 roku na terenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pabianicach**.

Zapraszamy do udziału w niej zarówno koleżanki pracujące w jednostkach leczenia psychiatrycznego, pielęgniarki rodzinne, medycyny szkolnej, jak i wszystkie inne osoby, które chciałyby wymienić się swoimi doświadczeniami związanymi z problematyką zdrowia psychicznego i opieką nad chorymi psychicznie.

Tematyka referatów dotyczyć będzie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, uzależnień, psychiatrii dziecięcej, a także przewidywanych kierunków zmian w leczeniu psychiatrycznym i zasad współpracy POZ-ów z jednostkami opieki psychiatrycznej. Organizatorzy przewidują wystąpienia przedstawiciela NFZ, Wydziałów pielęgniarskich, pracowników psychiatrii.

Karty zgłoszenia na konferencję prosimy kierować do sekretariatu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi według wzoru na s. 6. Liczba miejsc ograniczona.

Szczegółowy program konferencji prześlemy zainteresowanym osobom w terminie późniejszym.

Serdecznie zapraszamy

Komisja ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Komisja ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego zaprasza na konferencję

**„Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki”**

Konferencja odbędzie się **25 września 2009 roku** w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki (budynek A – Pawilon Ginekologiczno-Położniczy, Łódź, ul. Rzgowska 281/289). W programie konferencji:

Sesja I: Zagrożenia wynikające z nieprawidłowości w postępowaniu w medycynie ratunkowej

Sesja II: Agresja w placówkach ochrony zdrowia i sposoby jej przeciwdziałania

Karty zgłoszenia na konferencję prosimy kierować do sekretariatu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do 18 września br. według załączonego poniżej wzoru. Liczba miejsc ograniczona.

TEMAT KONFERENCJI .....

.....

TERMIN KONFERENCJI.....

MIEJSCE KONFERENCJI.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

MIEJSCE PRACY.....

.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

STANOWISKO.....

MIEJSCOWŚĆ, DATA.....



# „Rola i zadania pielęgniarki XXI wieku w opiece paliatywno-hospicyjnej”

PTPOPiH – Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej z siedzibą w Częstochowie – zostało utworzone w 2006 roku. Reprezentuje i jednoczy pielęgniarki z poszczególnych ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej z całego kraju.

Głównym celem działania PTPOPiH jest inicjowanie i podejmowanie działań zmierzających do opracowania i stałego doskonalenia przepisów prawnych regulujących działalność pielęgniarek opieki paliatywnej, wyznaczanie celów, kierunków, zasad kształcenia, integracja osób zajmujących się zagadnieniami pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz udzielanie pomocy w organizowaniu i wdrażaniu opieki paliatywnej i propagowanie wśród społeczeństwa idei tej opieki.

PTPOPiH dla swoich członków organizuje ogólnopolskie konferencje szkoleniowe:

- 2007 rok na temat wypalenia zawodowego w Olsztynie pod Częstochową,
- 2008 rok na temat zapobiegania negatywnym skutkom pracy w interdyscyplinarnym zespole opieki paliatywnej w Złotym Potoku pod Częstochową,
- 2009 rok na temat roli i zadań pielęgniarki XXI wieku w opiece paliatywno-hospicyjnej w Łodzi (Arturówek) w dniach 29 – 31 maja.

Wyżej wymieniony temat uświetnili swoimi wykładami lekarze i pielęgniarki z łódzkich placówek hospicyjnych. Pogoda nie dopisała, ale dopisali goście i uczestnicy. Wszystko przebiegło zgodnie z planem. Zintegrowało się środowisko opieki paliatywnej i hospicyjnej z całej Polski.

Składamy podziękowanie dla Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz przekazujemy kilka zdjęć. ■

Organizatorzy:  
Komisja ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej



Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej Częstochowa i Komisja ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej przy OIPIP w Łodzi serdecznie dziękuje za pomoc w zorganizowaniu ogólnopolskiej konferencji pt. „Rola i zadania pielęgniarki XXI wieku w opiece paliatywno-hospicyjnej”

przewodnicząca Komisji ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej – Elżbieta Ruta

# „Bezpieczny szpital”

mgr Maria Cianciara

W Warszawie 29 maja 2009 roku pod patronatem Ministra Zdrowia odbyła się III konferencja „Bezpieczny szpital”.

Tematyka tegorocznej konferencji była różnorodna i tak, przedstawiono:

- propozycje procedur dezynfekcji inkubatorów noworodkowych;
- adaptacje bakterii do niesprzyjających warunków otoczenia;
- leczenie zapaleń płuc u pacjentów w oddziale intensywnej terapii;
- nowoczesne leczenie inwazyjnych zakażeń grzybiczych; leczenie zakażeń układu moczowego w różnych grupach wiekowych;
- hemioterapię zakażeń jamy brzusznej;
- zapobieganie infekcjom związanym z obecnością cewników naczyniowych, najnowsze zalecenia Komisji Higieny Szpitalnej przy Instytucie Roberta Kocha w Niemczech;
- leczenie sepsy u noworodków;
- zakażenia w neonatologii, aktualne problemy, nowe rozwiązania;
- zakażenia wewnątrzowodniowe, zakażenia połogowe.

Na pytanie „Czy zespoły kontroli zakażeń szpitalnych są przygotowane do hospitalizacji ofiar pandemii, takich jak świńska grypa, SARS, ptasia grypa i podobne nowe mutacje? odpowiadał profesor Andrzej Zieliński – konsultant krajowy ds. epidemiologii.

Bardzo ciekawą prelekcję na temat zakażeń grzybiczych wygłosiła pani profesor Danuta Dzierżanowska – kierownik Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

W ostatnich latach niepokojąco wzrósł odsetek zakażeń grzybiczych u pacjentów hospitalizowanych. Grzyby mogą być odpowiedzialne za zakażenia miejscowe, układowe, uogólnione a także są przyczyną alergii (zapalenie spojówek, dychawica oskrzelowa, katarzyny alergiczne) i zatrucia pokarmowe (powstałe po spożyciu produktów zawierających mykotoksyny). Za grzybicze zakażenia układowe odpowiedzialne są:

- drożdżaki i grzyby drożdżopodobne tj. *Candida*, *Cryptococcus*,
  - pleśnie: *Mucor*, *Rhizopus*, *Aspergillus*, *Penicillium*
- Natomiast do czynników, które sprzyjają występowaniu tych zakażeń należy zaliczyć:

- 1) brak ciągłości tkanek:
  - urazy,
  - oparzenia, również słoneczne,
  - wyprzenia i maceracja naskórka,
  - zabiegi chirurgiczne (zwłaszcza rozległe),
- 2) zwiększenie niszy ekologicznej przez antybiotykoterapię,
- 3) inwazyjne metody diagnostyczne i terapeutyczne:
  - endoskopia,
  - punkcja,
  - cewnikowanie,
  - dializy,
  - intubacja,
  - i inne,
- 4) zaburzenia odporności:
  - wrodzone (defekt neutrofilów, limfocytów T, makrofagów),
  - nabyte (AIDS, kortykoterapia, cytostatyki, radioterapia, nowotwory, przeszczepy narządów, wyniszczenie i niedożywienie),
- 5) choroby metaboliczne:
  - cukrzyca,
  - nadczynność tarczycy,
  - niewydolność nerek,
- 6) stany zapalne:
  - zakażenia bakteryjne.

Analizując zakażenia grzybicze, należy wspomnieć również o czynniku etiologicznym, który je wywołuje. I, tak:

*Candida albicans* to drożdżak, który najczęściej wywołuje zakażenia szpitalne. W organizmie człowieka naturalnie bytuje na błonach śluzowych przewodu pokarmowego, układu moczowo-płciowego, czasami na skórze. W przenoszeniu zakażeń grzybami drożdżopodobnymi ważną rolę odgrywa droga kontaktu bezpośredniego poprzez cewniki naczyniowe i centralne, drenaże, narządy i tkanki, płyny infuzyjne, opatrunki itp. Cewniki dożylnie uważane są za główne źródło uogólnionych zakażeń grzybiczych, ponieważ drożdżaki kolonizują je.

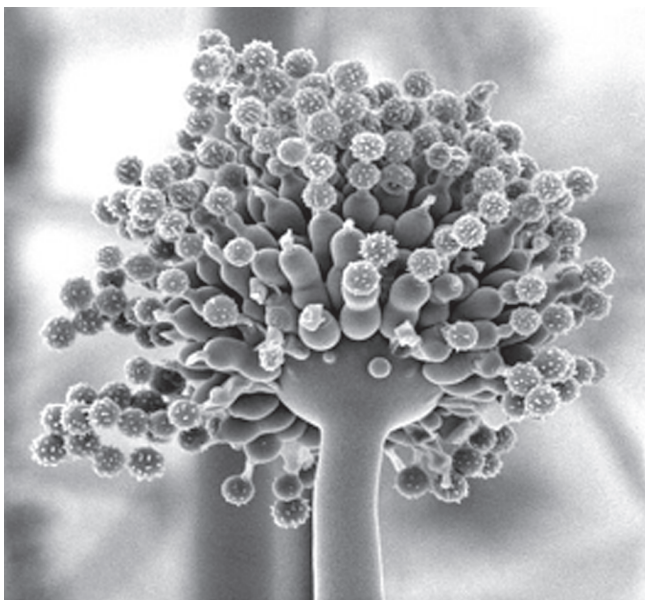
Najważniejszym wektorem zakażeń grzybiczych i nie tylko grzybiczych są ręce personelu medycznego. Najbardziej zagrożone kolonizacją drożdżakami ręce personelu oddziałów chirurgicznych i intensywnej terapii.



Grzyby pleśniowe *Mucor* i *Rhizopus* są odpowiedzialne za ciężkie inwazyjne zakażenie szpitalne, zwłaszcza u pacjentów z cukrzycą (najczęściej niewyrównaną) oraz chorobami nowotworowymi na oddziałach onkohematologicznych.

W szpitalu rezerwuarem tych pleśni jest środowisko a zwłaszcza urządzenia wentylacyjno-klimatyzacyjne. Najczęściej do zakażeń dochodzi droga powietrzną – inhalacja zarodników do zatok przynosowych oraz do dolnych dróg oddechowych. Miejscem inwazji może być także uszkodzona skóra.

Kolejnym bardzo niebezpiecznym grzybem pleśniowym odpowiedzialnym za zakażenia szpitalne jest *Aspergillus fumigatus*. Grzyb ten jest spotykany w glebie, kurzu i w otaczającym nas powietrzu. Do środowiska szpitalnego *Aspergillus* może przedostać się wraz z powietrzem zewnętrznym, skażona żywnością (owocami), wodą, kwiatami ale także na ubraniu i obuwiu osób odwiedzających.



Rys. *Aspergillus*

Najczęściej aspergiloza jako zakażenie szpitalne występuje u pacjentów z immunosupresją, chorych na białaczkę, po przeszczepach szpiku, wątroby, innych narządów, chorych na AIDS oraz u dzieci z przewlekłą chorobą ziarniniakowi. Zakażenie to ma bardzo szybki przebieg i cechuje się dużą śmiertelnością. •ródłem zakażenia grzybiczego uszkodzonej skóry są zanieczyszczone zarodnikami grzybów, narzędzi i sprzęt medyczny np. części do respiratorów, inhalatory, nawilżacze, nieprawidłowo przygotowywane leki, opatrunki a także ręce personelu medycznego.

Zarodniki grzybów w warunkach suchych zachowują swoją żywotność nawet przez wiele miesięcy.

W związku ze wzrostem zakażeń grzybiczych należy podjąć działania prewencyjne polegające:

- dekontaminacji skóry rąk personelu,
- zachowaniu zasad aseptyki podczas zakładania cewników naczyniowych,
- prawidłowej pielęgnacji miejsca wkłucia,
- kontroli i monitorowaniu środowiska szpitalnego,
- prawidłowym postępowaniu z narzędziami i sprzętem medycznym (zwłaszcza do tlenoterapii),
- kontroli urządzeń klimatycznych i wentylacyjnych,
- izolacji pacjentów szczególnie narażonych na zakażenie.

W przypadku powtarzających się zakażeń, zwłaszcza grzybem pleśniowym *Aspergillus* o przebiegu epidemicznym, należy rozważyć bardziej radykalne rozwiązania polegające na wymianie wykładziny czy remoncie oddziału.

Zakażenia szpitalne nie tylko na tle grzybiczym występują na całym świecie, w każdym szpitalu i na każdym oddziale. To od nas pracowników ochrony zdrowia zależy czy umiemy je dostrzec i przeciwdziałać ich występowaniu. ■

mgr Maria Cianciara  
koordynator ds. epidemiologii  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego w Łodzi

ogłoszenie płatne

**Zespół Opieki Zdrowotnej Łódź – Bałuty, ul. Smugowa 6,  
zatrudni pielęgniarki do pracy w medycynie szkolnej  
z ukończonym kursem kwalifikacyjnym dla pielęgniarek medycyny  
szkolnej. Szczegółowe informacje na miejscu.**

**Tel. 042 657 69 50**

# „Szczepienia ochronne”

W Warszawie po raz kolejny odbyło się sympozjum poświęcone szczepieniom ochronnym, którego organizatorami był Oddział Immunologii Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka, Polskie Towarzystwo Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej, Sekcja Wakcynologii, Polskie Towarzystwo Pediatriczne oraz Polskie Towarzystwo Wakcynologii.



Gościem honorowym sympozjum był pan profesor Ron Dagan, który jest kierownikiem Oddziału Dziecięcego w Klinice Pediatrii Uniwersytetu Soroka w Beer-Sheva w Izraelu także profesorem pediatrii i chorób infekcyjnych na Uniwersytecie Ben-Gubiona z Negev w Beer-Sheva.

Na sympozjum przedstawiono następujące zagadnienia:

- racjonalny program szczepień w stanach zaburzenia odporności,
- efektywność szczepień przeciw krztuścowi,
- wpływ szczepień skoniungowaną szczepionką pneumokokowej na częstość występowania inwazyjnej choroby pneumokokowej, zapaleń płuc i zapaleń uszu oraz antybiotykooporności (był to wykład prof. R. Degana),
- naturalna i poszczepienna odpowiedź immunologiczna na antygen pneumokoków,
- nowe aspekty szczepień przeciwko grypie,
- inwazyjna choroba meningokokowi – rosnące zagrożenie.

Wakcynologia jest dziedziną medycyny zajmującą się szczepieniami ochronnymi, zarówno w fazie badań naukowych nad opracowaniem nowych szczepionek, jak i ich późniejszym stosowaniem. Jest to dość nowa gałąź medycyny, która wyodrębniła się z chorób zakaźnych.

W roku 2001 zostało powołane Polskie Towarzystwo Wakcynologii. Towarzystwo zrzesza specjalistów różnych dziedzin, głównie lekarzy – zarówno praktyków, jak i naukowców – zainteresowanych problemem szczepień ochronnych. Podstawowym celem PTW jest upowszechnianie aktualnej i rzetelnej wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień jako metody zapobiegania chorobom.

W Polsce co roku aktualizowany jest Program Szczepień Ochronnych dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych, który ukazuje się w formie Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego. Aktualny POS znajduje się na stronach internetowych pod adresem [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) lub

[www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl). W programie szczepień znajdują się różnego rodzaju preparaty szczepionkowe.

## Podział szczepionek ze względu na formę antygeny:

1. Szczepionki atenuowane – zawierają żywe (odzjadliwione) szczepy drobnoustrojów.
2. Szczepionki inaktywowane – zawierają zabite odtok-szczynione zawiesiny drobnoustrojów.
3. Toksoidy (zwane dawniej anatoksynami) będące odpowiednio przetworzonymi produktami metabolizmu bakterii. Do przygotowania tych preparatów stosuje się silne toksykogenne szczepy bakteryjne.
4. Szczepionki jednostkowe zawierają rozbite drobnoustroje (lub tylko ich fragmenty) posiadające antygeny potrzebne do wywołania odpowiedzi immunologicznej.
5. Szczepionki rekombinowane otrzymywane metodami inżynierii genetycznej, posiadają w swoim składzie białko z komórek drobnoustrojów, stanowiące antygen, wyprodukowane przez komórki innych organizmów.
6. Szczepionki polisacharydowe stanowiące właściwie formę preparatów podjednostkowych (zawierających fragmenty drobnoustrojów). W tych preparatach jako antygen są wykorzystywane wielocukry (polisacharydy) otoczki bakteryjnej, a nie białka, tak jak to dzieje się w przypadku pozostałych rodzajów szczepionek.

## Podział szczepionek ze względu na swoistość preparatu:

1. Szczepionki pojedyncze zawierają antygen jednego drobnoustroju, który daje możliwość uodpornienia przeciwko jednej chorobie.
2. Szczepionki skojarzone zawierają antygeny pochodzące z różnych drobnoustrojów, które uodporniają jednocześnie przeciw kilku chorobom zakaźnym.
3. Szczepionki monowalentne, które w przypadku, gdy dany drobnoustrój zawiera kilka typów, posiadają w swoim składzie antygen tylko jednego z nich.



4. Szczepionki poliwalentne, które w przypadku, gdy dany drobnoustroj zawiera kilka typów, posiadają w swoim składzie antygeny pochodzące z dwóch lub więcej typów tego samego drobnoustroju.

**Podział szczepionek ze względu na postać preparatu:**

1. Szczepionki płynne produkowane w postaci gotowej do podania.

2. Szczepionki liofilizowane (wysuszone) produkowane w postaci proszku, który przed szczepieniem należy rozpuścić w rozpuszczalniku dołączonym do opakowania preparatu.

**Podział szczepionek ze względu na rodzaj drobnoustroju stosowanego w preparatach:**

- szczepionki bakteryjne,
- szczepionki wirusowe,
- szczepionki mieszane.

**Podział szczepionek ze względu na zakres działania uodparniającego:**

- szczepionki swoiste, skierowane przeciw określonym drobnoustrojom,
- szczepionki nieswoiste, skierowane przeciw różnym, nieokreślonym drobnoustrojom.

Większość szczepień jest realizowana zgodnie z następującym schematem, który zapewnia wytworzenie trwałej odporności:

1. Szczepienie podstawowe, w skład którego wchodzi:
  - szczepienie pierwotne, składające się z 2–3 dawek,
  - szczepienie uzupełniające podawane w kilka miesięcy po szczepieniu pierwotnym.
2. Dawki przypominające stosowane najczęściej co kilka lat, które spowodują zwiększenie odporności.

Bardzo istotne jest prawidłowe przechowywanie szczepionek, tak aby zachowały pełną wartość immunologiczną. Wszystkie szczepionki należy transportować oraz przechowywać zgodnie z zasadami zachowania łańcucha chłodniczego.

Łańcuch chłodniczy – środki techniczne i rozwiązania organizacyjne służące utrzymaniu oraz monitorowaniu, zgodnych z zaleceniami wytwórcy, warunków przechowywania, transportu i dystrybucji produktów immunologicznych.

Większość szczepionek musi być przechowywana w temperaturze 2 – 8°C, należy pamiętać o dwukrotnym w ciągu dnia pomiarze temperatury w lodówkach. Zapisy z odczytu muszą być udokumentowane. Termometry do pomiaru temperatury w lodówce powinny znajdować się w centralnym miejscu urządzenia, blisko szczepionek. Termometry te powinny być poddawane procesowi walidacji, zgodnie z opracowanym w danej jednostce sposobem postępowania.

W przypadku kiedy wartości temperaturowe przechowywania szczepionek są niezgodne z zaleceniami producenta lub gdy nastąpiła awaria lodówki należy wstrzymać się od podawania tych szczepionek pacjentom. O zaistniałym fakcie powiadomić stację sanitarno-epidemiologiczną oraz skontaktować się z producentem szczepionek w celu ustalenia dalszego sposobu postępowania z preparatami.

Należy również pamiętać o ścisłym przestrzeganiu daty upływu ważności szczepionek podanych na opakowaniu producenta oraz okresie trwałości szczepionek po ich rozpuszczeniu.

Realizację szczepień ochronnych w Polsce reguluje wiele aktów prawnych, między innymi: ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DzU nr 234, poz. 1570), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 roku w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz U nr 237, poz. 2018), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2002 roku w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych (DzU nr 241, poz. 2097 z późn. zm.), Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 1 kwietnia 2009 roku w sprawie programu szczepień ochronnych na 2009 rok na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DzU Nr 234, poz. 1570) ogłasza się Program Szczepień Ochronnych na 2009 rok.

W Polsce w dniach 20 – 26 kwiecień 2009 roku obchodzony był Europejski Tydzień na Rzecz Szczepień, objęty patronatem Światowej Organizacji Zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego. Natomiast na dzień 28 listopada został zaplanowany po raz pierwszy w Polsce Ogólnopolski Dzień Szczepień. ■

mgr Maria Cianciara  
koordynator ds. epidemiologii  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego w Łodzi

# ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

## „Autorytet pielęgniarki i położnej – blaski i cienie”

Uprzejmie informujemy, iż w dniu 22 czerwca 2009 roku na posiedzeniu komisji konkursowej w składzie:

- 1) Anna Manes
- 2) Krystyna Izdebska
- 3) Danuta Twardowska
- 4) Danuta Zwolińska

spośród 9 prac, które wpłynęły na nasz konkurs, wyłoniono zwycięzców:

I miejsce i 750 zł nagrody otrzymuje autorka pracy pt.:

**„Byłyśmy, jesteśmy, będziemy”**

II miejsce i 500 zł nagrody dla autorki artykułu pt.:

**„Świat nie zawaliłby się,  
gdybym nie była pielęgniarką”**

III miejsce i 300 zł dla autorki artykułu pt.:

**„Nie musi być lekarzem, pielęgniarką...  
może być Goździkową”**

Nagrodę niespodziankę komisja wylosowała dla pracy pt.:  
„O pracy inaczej”

Zwycięskie prace publikujemy na łamach aktualnego wydania Biuletynu na stronach 12–16. Dane osobowe autorów zastrzeżone są do wiadomości redakcji.

Kolejne prace biorące udział w konkursie będą opublikowane w następnych numerach Biuletynu.

Wszystkim autorom konkursowych prac dziękujemy za udział a zwycięzcom serdecznie gratulujemy.

Radakcja Biuletynu

I miejsce

## Byłyśmy, jes

Transformacja systemu ochrony zdrowia po 1999 roku dotyczyła zmian form organizacji i zarządzania służbą zdrowia, ale jak to zawsze bywa przy transformacjach zmiana formy nie zmieniła treści, treści dotyczącej oczywiście nauki zwanej – pielęgniarstwem i wykonywanego z tą nauką zawodu.

Nie żyjemy w romantyzmie – jeden nic nie znaczy. Musimy z wielkiego chaosu stworzyć porządek i ogromną kulturę organizacji, jaką jest pielęgniarstwo. Nie osiągniemy tego wszystkiego rewolucją, ale drobnymi krokami.

W naszym zawodzie są ludzie, którzy sprawiają, że coś się dzieje, są ludzie, którzy obserwują, że coś się dzieje i ludzie, którzy nawet nie wiedzą, że coś się dzieje. Jak w takiej sytuacji budować autorytet zawodowy, podnosić prestiż i charyzmatyczność? To prawie heroiczne zadanie.

Zakorzenione bardzo głęboko przekonanie co do służby a nie profesjonalnego wykonywania naszego zawodu, trudno jest zmienić poprzez ustawy, dyrektywy, zarządzenia czy formy szkolnictwa. To my same musimy o to walczyć. Kolejni ministrowie zdrowia, owszem widzą problem, nawet nas dostrzegają, ale zawsze traktują marginalnie. Niby jesteśmy, wszyscy wiedzą jak bardzo ciężką pracę mamy, jak niskie zarobki, jak nasz zawód jest potrzebny, jaką rolę pełniemy w systemie, ale na tym praktycznie się kończy. Nikt nie odbiera naszej pracy jako elementu zbiorowego sukcesu, którym jest powrót do zdrowia, a nawet życia innego człowieka. Jeśli nie możemy liczyć na

# teśmy, będziemy

tw. „górze”, to co nam pozostaje? Patetycznie mówiąc, wziąć sprawy w swoje ręce i wejść w jeszcze jedną rolę, oprócz już pełnionej, a mianowicie „wojowniczek” i stworzyć jedyną, niepowtarzalną formę zjawiska synergii polegającą na tym, że sukces grupy jest większy, a nawet lepszy niż suma tego, co mogą stworzyć wszyscy członkowie grupy, pracując każdy z osobna. Nie żyjemy w romantyzmie – jeden nic nie znaczy. Musimy z wielkiego chaosu stworzyć porządek i ogromną kulturę organizacji, jaką jest pielęgniarstwo. Nie osiągniemy tego wszystkiego rewolucją, ale drobnymi kroczkami. Czasy się zmieniają, a więc pozostaje równać szeregi i brać się do pracy.

Od czego zacząć? Chyba od nie podcinania gałęzi, na której siedzimy, a więc od nas samych. Kłóćmy się, spierajmy, ale na zewnątrz wychodźmy razem, pokonujemy opór w środo-

wisku przed nowoczesnym pielęgniarstwem, nie tkwimy w tym co było dobre 20 lat temu. Żeby budować autorytet trzeba go najpierw stworzyć za zamkniętymi drzwiami. My przecież znamy sztukę prowadzenia uczciwej rozmowy, bez zakamulowanych intencji i manipulacji, umiemy prowadzić dialog, w poszukiwaniu zrozumiałych racji i argumentów, umiemy pójść na kompromis – wykrzesujemy tylko z siebie taką potrzebę. Z pewnością poczujemy się lepiej, a składowe wypalenia zawodowego znacznie się pomniejszą. Tak wiele się zmieniło poprzez system kształcenia. Nie dzielimy się na „my” i „one”. Nowoczesność musi iść w parze z długoletnią praktyką. Nie wszystko co było kiedyś to złe i niedobre, a ludzie z tamtego systemu to intelektualne braki. Frustracja dotyczy jednych i drugich. Pomóżmy sobie. Nie poniżajmy się. Nie stosujmy terminu „etyka” jako suchej definicji ze słownika wyrazów obcych. Wykształcone, z ogromną praktyką „leciwego” środowiska zawodowego, jesteśmy naprawdę potężną siłą. Nie bądźmy przeciw lekarzom, ale próbujmy stosować zasadę, że to co boskie bogom, a co cesarskie cesarzom, nikomu przez to nie uwłaczając. Rozmawiajmy, tłumaczmy, edukujmy i nie stosujmy potocznie przyjętego sloganu: „proszę rozmawiać z lekarzem”, nawet wtedy jeśli chodzi o wskazówki dotyczące pielęgnowania. Róbmy swoje nie wchodząc w kompetencje lekarzy, ale nie pozwólmy innej grupie zawodowej decydować za nas. Nikt nie musi nas kochać, ale musi szanować za kompetencje i profesjonalizm. Bez szacunku innych przegramy.

Jest to trudne, zważając na fakt, że przysłowiowa „Goździkowa” z reklam ma poniekąd większe uprawnienia niż

my. Starajmy się akceptować same siebie i dbać o naszą inteligencję emocjonalną. Rozmieniamy się na drobne wchodząc w niepotrzebne niesnaski z coraz to bardziej roszczeniowym pacjentem i jego rodziną, prowadząc „dyżurkowe” rozmowy nie bacząc na to, że jesteśmy obserwowane i słuchane.

Swoją energię spożytkujemy na pracy, dobrych relacjach z wszystkimi członkami zespołu. Nie negujemy decyzyjności i pracy innych koleżanek. Nie podkupujemy ich miejsc pracy, kiedy walczą o lepsze jutro. Pracując na kilku etatach, ogromnym zresztą kosztem, stwarzamy ułudę tego, że jest nas dużo, że można nam dać tak nie-

---

Zakorzenione przekonanie co do służby a nie profesjonalnego wykonywania naszego zawodu trudno jest zmienić poprzez ustawy, dyrektywy, zarządzenia czy formy szkolnictwa. To my same musimy o to walczyć.

---

wiele za tak dużo. Jesteśmy silną grupą zawodową, uczestniczymy w życiu społecznym i politycznym. Uwierzmy w końcu w siebie. Nie bądźmy moralnie puste, wygrzewajmy się w ciepłe miłości własnej, szacunku do siebie i drugiego człowieka. Pamiętajmy też, że to my pełniemy kierownicze role na dyżurach, planując, organizując, kontrolując i motywując swoją pracę. Wykonujemy jeden z nielicznych zawodów obdarzonym zaufaniem społecznym. Nie bierzmy udziału w wyścigu szczurów. Na mecie stoimy już na podium. Inni też powinni zdać sobie wreszcie z tego sprawę. ■

specjalista pielęgniarstwa



# Świat nie zawaliłby się, gdybym nie była pielęgniarką

Ludzie boją się chorób i śmierci. Zadają sobie pytanie, dlaczego to właśnie ja jestem chory/chora, dlaczego to w mojej rodzinie ktoś zmarł? Niektórzy omijają temat chorób i śmierci. Od kiedy na ziemi żyje człowiek choroby i śmierć dotyczą również jego.

Wobec powyższego możemy przyjąć, że załóżki pielęgniarstwa powstały wraz z chorobą człowieka. Nie ma

---

Świat nie zawaliłby się gdybym nie była pielęgniarką. Wiem, jak wiele jeszcze nie wiem, choć staram się pilnie nadążać za nowościami. Wiele razy byłam i z pewnością będę z siebie niezadowolona w pełnieniu mojej służby. Jesteśmy przecież w naszej opiece nad chorym jak straż.

---

powodu zakładać, że pierwszy człowiek miał niski iloraz inteligencji, a tym samym emocje związane z uczuciami były jemu obce. Opieka i pielęgnacja nad chorymi związana była z kobietami, bo to one były i są matkami. Dzieliły się swoimi doświadczeniami w pielęgnacji chorych. Doskonaliły metody opieki. Uczestniczyły w leczeniu chorych. Dlatego nasz zawód nigdy nie podlega stagnacji.

W dobie dzisiejszych osiągnięć wielu gałęzi nauk, nasz zawód wymaga od nas, abyśmy nadążały za rozwojem pielęgniarstwa i położnictwa. Należą one przecież do nauk medycznych, wymagających bardzo dużej wiedzy, umiejętności, zdolności, kreatywności, do-

świadczenia, inicjatywy, zaangażowania, świadomości, cierpliwości, pokory, ambicji, poświęcenia, odpowiedzialności, zdrowia, sumienności, tak żeby pielęgniarka mogła odnaleźć w swojej pracy zawodowej swój *genius loci* (od łac. miejsce duszy swojej pracy). Samo być – nie zostać – pielęgniarką to wielkie wyzwanie. Niekończące się uzupełnianie wiedzy. Wykształcenie, nawet wyższe, nie zobowiązuje nas do zaprzestania uzupełniania wiadomości medyczno-pielęgniarskich. Z moich długoletnich obserwacji wyciągnęłam wnioski, może nie będzie on zgodny dla wszystkich, że wykształcenie nie daje jeszcze wiedzy. Uważam, że nieustannie trzeba weryfikować swój stan posiadania informacji na temat medycyny, pielęgniarstwa, doświadczenia i przede wszystkim dzielić się nimi z koleżankami, nawet wtedy, kiedy one nie są zbyt chętne do posiadania wiedzy. Trzeba po prostu znaleźć sposób, a nie jest to łatwe.

Świat nie zawaliłby się gdybym nie była pielęgniarką. Wiem, jak wiele jeszcze nie wiem, choć staram się pilnie nadążać za nowościami. Wiele razy byłam i z pewnością będę z siebie niezadowolona w pełnieniu mojej służby. Jesteśmy przecież w naszej opiece nad chorym jak straż. Faktem jest, że w ówczesnej dobie wiele pielęgniarek i położnych kształci się w wyższych uczelniach, ale problemem jest, czy potrafią tę wiedzę wykorzystać w swojej pracy.

Osobowość pielęgniarki i położnej jest bardzo złożona. Trudno byłoby napisać o tym w kilku zdaniach.

Był taki okres, tuż po przemianach polityczno-gospodarczych, że pielęgniarkę i położną widziano w szarych odcieniach, która nic nie umie i nic nie potrafi, jest opryskliwa i niekulturalna. Prawdziwa cnota nie boi się krytyki.

Słyszę słowa chorych o powołaniu pielęgniarki. Tyle lat już nią jestem, ale nie czuję się powołana. Staram się spełniać oczekiwania chorych, koleżanek i przełożonych oraz wszystkich zespołów, z którymi współpracuję, jak również swoje. Mozolna to droga, ale przynosi wiele radości.

---

Trudno jest osiągnąć profesjonalizm. To ciężka praca przez całe nasze życie zawodowe. Pomóc może w tym pasja, z jaką oddajemy się w wykonywaniu naszych obowiązków i na które świadomie się zgodziłyśmy.

---

Zauważyłam, że chorzy coraz częściej zwracają się po pomoc do pielęgniarki i położnej jako tej, która wie na pewno i najlepiej.

Pielęgniarki i położne zawsze wspierały się, doceniały i szanowały siebie wzajemnie, może nie była to manifestacja zbyt jawna, ale była, jest, trwa i jej fundamenty są bardzo mocne. Umiejętność komunikowania się, kultura osobista, wiedza, doświadczenie, niepowtarzalność uroku osobistego, altruizm, bezinteresowność, lojalność pozwalają umacniać prestiż zawodowy i osobisty pielęgniarki w jej służbie.

Trudno jest osiągnąć profesjonalizm. To ciężka i żmudna praca przez całe nasze życie zawodowe. Pomóc może w tym pasja, z jaką oddajemy się w wykonywaniu naszych obowiązków i na które świadomie się zgodziliśmy.

Negatywnie na nasz autorytet wpływają z pewnością błędy, które zasłu-

Słyszę słowa o powołaniu pielęgniarki. Tyle lat już nią jestem, ale nie czuję się powołana. Staram się spełniać oczekiwania chorych, koleżanek i przełożonych jak również swoje. Mozolna to droga, ale przynosi wiele radości.

gują na upomnienie, naganę, karę. Jest to bardzo przykre dla wszystkich pielęgniarek i położnych. Odpowiedzialność za swoje działania zawodowe jest indywidualna, ale poczucie winy odczuwamy wszystkie.

Sytuacji, które stawiają pielęgniarki i położne w negatywnym świetle może być wiele. Ludzka fantazja nie zna przecież granic. Jeżeli są to bulwersujące sytuacje, nagłaśniają je media, jest to smutne, że ktoś zawiódł. Z drugiej strony nikt nie jest omylny. Nie sądzicie, abyście nie byli sążeni.

Bezgraniczna wiara i dziedzictwo starannie zbieranych doświadczeń, wiadomości z jakimi budowały je nasze poprzedniczki dla potomnych, nakazuje nam chylić czoła i złożyć hołd, że dziś możemy powiedzieć zgodnie: pomagamy ratować życie ludzi, choć często ogólnie media piszą lekarze, a my pielęgniarki jak szara eminencja idziemy swoją ciemną drogą.

Napisałam te kilka słów w oparciu o wiedzę, jaka mi przekazano, wiedzę, którą zdobyłam sama oraz długoletnie doświadczenie w pracy zawodowej, ale możemy prowadzić dialog lub negocjacje. ■

Konrad Wallenrod

III miejsce

## Nie musi być lekarzem, pielęgniarką... może być Goździkową

W dzisiejszych czasach. Hi, hi, a kto jest autorytetem? Pani po operacjach plastycznych, a może bracia Mroczek zdobywający szczyty sławy i prestiżu. Z takiego szacunku to ja wolę zrezygnować. Temat świetny. Zmuszający do przemyśleń. Można go rozwijać na dwa sposoby. Opisywać jak to dzielne dziewczyny (panowie jakoś mniej się garną do tych zawodów) w pocie czoła zdobywają wiedzę, nieustannie się doksztalcają, gotują, piorą, prowadzą dzieci do szkoły, a w chwilach wolnych haftują lub uprawiają działeczkę. Społeczeństwo je wielbi i docenia finansowo. I taka szczęśliwa grupa zawodowa przekracza dzień w dzień drzwi szpitala otoczona jak aureolą autorytetem. No pięknie, ale rzeczywistość skrzeczy. I to dość głośno. Wystarczy pogadać sobie ze znajomymi o opiece zdrowotnej. Jak wygląda jej obraz w oczach przeciętnego chorego? Niezbyt różowo. Według nich pacjent jest zostawiony sam na sam ze swoimi problemami. Nawet ściany są głucho na skargi pokrzywdzonych. Lekarze zamknięci w swoich gabinetach, pojawiający się jak z łaski raz na dzień na oddziale. Pielęgniarki leniwie popijają kawkę, a powinny badać ciśnienie, robić kompresy, zmieniać opatrunki. Salowe, choć niezbyt starannie sprzątają, to traktowane są pobłaźliwie. Ich rola nie jest związana ściśle ze sferą medyczną i stąd chyba mniej krytyczna ocena ich pracy. Znajdą się tacy, co takie zdania odrzucą z marszu. Ludzie się nie znają, to po co brać pod uwagę ich gadanie. A to jest najprostszy sposób na tworzenie fikcji.

A tego życie nie znosi. Tak jak próżni. Wmawianie sobie, że świat jest taki jak go sobie wyobrażamy na dłuższą metę nie jest wskazane. Przebudzenie może być bolesne, bez możliwości podania znieczulenia. Musimy zdawać sobie sprawę, że stykamy się z ludźmi cierpiącymi, przestraszonymi, oderwanymi przez chorobę od utarte-

Stykamy się z ludźmi cierpiącymi, przestraszonymi. Oni nie szukają autorytetu, oni szukają pomocy i my uśmierając ból, głaszcząc rodzającą po głowie, mówiąc do tych potrzebujących słowa pociechy budujemy cegiełka po cegiełce szacunek dla naszego zawodu.

go nurtu ich życia. Trudno im więc w jednej chwili odnaleźć się w nowych szpitalnych warunkach. Oni nie szukają autorytetu, oni szukają pomocy i my uśmierając ból, głaszcząc rodzającą po głowie, mówiąc do tych potrzebujących słowa pociechy budujemy cegiełka po cegiełce szacunek dla naszego zawodu. Wtedy i tylko wtedy. Co podkreślam.

Na tworzeniu komfortu psychicznego leżących na oddziale opiera się szacunek, a więc i autorytet naszego zawodu. Niestety, nie zawsze dokuczliwa choroba mija tak szybko jakby pacjent sobie życzył. Stąd i takie krzywdzące nas osady. Z osobistych doświadczeń wiemy, że w momentach

dokuczliwego bólu marzymy tylko o jego zlikwidowaniu. I ten dobry, kto go szybko nas pozbawi. Nie musi być lekarzem, pielęgniarką, może być Goździkową. I mamy problem reklam. Lecą od rana do wieczora, a w nich kulejący dziadkowie po posmarowaniu kolana maścią dziarsko ruszają z wiatrem w zawody. Kichająca i kaszłająca panienka po potknięciu proszeczka rażno przystępuje do pracy i nawet śliczny nosek jej nie czerwienieje. Jak za dotknięciem czarodziej-skiej różdżki wszelkie choroby znikają.

To czemu siostra tak nie potrafi? Nie chce jej się leku podać. I potem wieść gminna mówi, że pani Zosia chodziła po lekarzach, tak coś z pół roku, a biodro bolało i bolało, zastrzyki dostawała, co to po nich jeszcze gorzej rwało, a sąsiadka jej doradziła specyfik i jak ręką odjął. I kto tu będzie miał większy autorytet – służba zdrowia czy znajoma.

Nasz zawód nie zajmuje pierwszych miejsc w rankingach zaufania, ale z pewnością jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest niechęć współczesnego człowieka do chorowania, starzenia się i śmierci. Obecnie gorszego stanu zdrowia, pewnych ograniczeń związanych z wiekiem nie traktuje się jak naturalnej kolei rzeczy, a raczej jak kataklizm. A my widzimy ludzi w chwilach ich słabości, wymiotujących, płaczących, krzyczących z bólu, przeklinających swój los, przestających logicznie myśleć, poddanych wiel-

kiemu psychicznemu i fizycznemu napięciu. To nie są miłe chwile, takie chwile chce się zapomnieć i to jak najszybciej. A wypierając z pamięci straszny pobyt w szpitalu, wypiera się i nasze starania przynoszące ulgę. Jeszcze dam przykład pewnej odmienności w ocenach zawodów. Strażak wynosi dziecko z płonącego domu. Jest bohaterem, wiem, ale jak pielęgniarka i lekarz mają sekundy na podjęcie właściwego leczenia, chwilę na diagnozę i równie krótki moment na podanie leku, to nie są równie zdeterminowani w ratowaniu ludzkiego życia. Ale to strażak jest godny podziwu. A my – przecież to ich obowiązek, od tego są te „łapiduchy”. Nas też te chwile walki o przetrwanie pacjenta dużo psychicznie kosztują. Nie będę opisywać tych doznań. Zna je każdy pracujący przy chorych. Życie nam mówi, że o autorytety trudno.

Minęły czasy jednego wielkiego cieszącego się estymą człowieka. Dziś wybiera się wśród wielu zawodów, religii, regionów geograficznych i to jest dobre. Ja wolę jak ludzie sami szukają swoich własnych ścieżek, niech błądzą, niech wyciągają wnioski z sukcesów i porażek. I niech nie traktują białego personelu jak kapłanów nowej wiary. Ja chciałabym z pacjentem współpracować, chciałabym, aby choć trochę znał fizjologię swego organizmu. Wtedy leczenie będzie łatwiejsze i szacunek dla niosących pomoc większy. Ale to jeszcze długa droga.

Dziś zamiast uczyć ludzi przemijania pokazuje się starsze panie po tysiącu operacji plastycznych jak ochoczo wkładają seksowną bieliznę. A ja bym wolała zobaczyć uroczą siedemdziesięciolatkę czytającą w fotelu książkę. A w stringach niech sobie chodzi, ale prywatnie. Niedzisiejsze podejście. Chyba tak, ale jeśli tylko będziemy żądać od życia wiecznej młodości i całodobowego uśmiechu, to przepraszam świat zwariuje. Niektórzy twierdzą, że już to zrobił. Jest jakaś częśćka prawdy w tym twierdzeniu. Z jaką pasją i namiętnością telewizjowie oglądają wyczyny Joli Rutowicz lub innych znanych nie wiadomo z czego, ale podziwianych i wielbionych. I marzenie wielu być jak owa Jola, a kto chciałby być pielęgniarką Agnieszką. Chętnych brak. Ja zdaję sobie sprawę z chwilowości sławy tych ekranowych idoli, ale znikną ci przyjdą inni.

Na pociechę nam wszystkim mniej cenionych od serialowych gwiazd powiem, że my mamy zawód, który będziemy wykonywać całe życie. Mamy piękne chwile, gdy witamy nowego człowieka, gdy pacjent odzyskuje przytomność po próbie podróży na tamtą stronę. I wiecie, nic cenniejszego w naszym zawodzie nie ma. Nie autorytet, nie finanse, a właśnie te chwile dają nam siłę do pracy. Tak myślę. I te piękne momenty mam w pamięci szykując się do pracy w czasie ciemnego, zimowego świtu. Wtedy najtrudniej utrzymać pogodę ducha. ■

„Spałam i śniłam, że praca to przyjemność, obudziłam się i zobaczyłam, że praca to obowiązek. Zaczęłam pracować i przekonałam się, że może być jednym i drugim...”

W związku z przejściem na emeryturę pragniemy złożyć serdeczne podziękowania pani **Teresie Kilan** za profesjonalną, pełną zaangażowania, długoletnią pracę zawodową. Panią Teresę Kilan znamy jako osobę o ogromnej odpowiedzialności, wysokim morale, wrażliwości na ludzkie potrzeby, świetnie współpracującą z zespołem pielęgniarskim i lekarskim.

Jednocześnie wyrażamy słowa uznania za uśmiech, życzliwość i ogromne serce, jakie wkładała w swoją pracę i czego mieliśmy okazję doświadczać na co dzień.

Życzymy zdrowia, radości, zadowolenia w życiu osobistym i realizacji zamierzonych planów.

Personel Pielęgniarski Oddziału Kardiologii Interwencyjnej Szpitala MSWiA w Łodzi



# Standard postępowania: pielęgnowanie pacjenta unieruchomionego

Unieruchomienie polega albo na chwilowym przytrzymaniu chorego przy pomocy siły fizycznej, albo na trwającym dłużej unieruchomieniu go przy pomocy różnych środków (pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa).

Każde unieruchomienie jest ograniczeniem wolności osobistej (przymus bezpośredni) i nie może być podejmowane pochopnie. Jego zastosowanie czyni lekarza odpowiedzialnym za zapewnienie choremu opieki i bezpieczeństwa. Powinien on starannie nadzorować wykonanie takiego polecenia. Przymus bezpośredni stosuje się w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta, własnego i otoczenia.

## I. Kryteria struktury:

- a) w oddziale pracuje odpowiednia ilość wykwalifikowanego personelu,
- b) zatrudniony personel został przeszkolony, posiada wiedzę i umiejętności w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego,
- c) zatrudniony personel posiada wiedzę i umiejętności w zakresie: diagnozowania, planowania i realizacji opieki pielęgniarskiej nad chorym unieruchomionym, którą ciągle aktualizuje,
- d) w oddziale panują odpowiednie warunki lokalowe umożliwiające unieruchomienie i pielęgnowanie pacjenta unieruchomionego,
- e) każdy oddział jest wyposażony w wystarczającą ilość bezpiecznego sprzętu,
- f) personel oddziału prowadzi dokumentację unieruchomienia i opieki nad chorym unieruchomionym,
- g) oddział pracuje na zasadach zespołu terapeutycznego,
- h) pielęgniarki zapewniają kompleksową opiekę nad pacjentem,
- i) pielęgniarki są świadome swoich emocji i potrafią nimi pokierować dla dobra pacjenta,
- j) przymus bezpośredni trwa tak długo jak jest to konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia.

## II. Kryteria procesu:

Pielęgniarka:

1. Monitoruje stan pacjenta nie rzadziej niż co 15 minut.
  - a) monitoruje stan chorego również podczas snu,
  - b) ocenia prawidłowość unieruchomienia,
    - sprawdza czy pasy „łapki” nie są związane zbyt luźno lub zbyt ciasno,
    - c) zapewnia krótkotrwałe odbezpieczenie pod nadzorem personelu nie rzadziej niż co 4 godziny,
    - d) w razie wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia osoby unieruchomionej niezwłocznie powiadamia lekarza,
    - e) informacje o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (z opisem stanu psychicznego i somatycznego) zamieszcza w dokumentacji.
  2. Diagnozuje potrzeby pacjenta, planuje, realizuje opiekę w zakresie:
    - a) ocenia stan higieniczny pacjenta podejmuje działania z zakresu zaspokojenia potrzeb higienicznych w zależności od pobudzenia pacjenta podejmuje stosowne działania:
      - wykonuje toaletę w łóżku,
      - w miarę uspokojenia się pacjenta transportuje go do łazienki i wykonuje u niego toaletę lub pomaga mu,
        - prowadzi toaletę jamy ustnej (z uwzględnieniem protez),
        - dokonuje zmiany pościeli i bielizny osobistej,
        - zapewnia szczególną higienę kroczną, w tym szczególnie u kobiet podczas menstruacji,
      - b) monitoruje gospodarkę wodnoelektrolitową pacjenta:
        - prowadzi u pacjenta bilans płynów i dokumentuje,
        - potrafi zaobserwować zachowanie

pacjenta wynikające z zaburzeń elektrolitowych,

- często pol pacjenta, zapobiega zachłyśnięciom,
- na zalecenie lekarza podaje płyny infuzyjne,
- c) zapewnia optymalne żywienie w zależności do stanu fizycznego i psychicznego pacjenta:
  - karmi pacjenta często w małych ilościach,
  - dobiera rodzaj diety w zależności od stanu somatycznego pacjenta, możliwości gryzienia, żucia i połykania,
  - ew. podaje posiłek przez sondę.
  - d) monitoruje wydalanie moczu i stolca:
    - w miarę potrzeby zabezpiecza pamperszem,
    - w szczególnych przypadkach na zalecenie lekarza stosuje cewnikowanie,
    - kontroluje ilość i charakter wypróżniania,
    - analizuje ryzyko i prowadzi profilaktykę przeciwoleżynową,
    - czuwa przy chorym (w razie potrzeby zostawia zapalone światło),
    - zapewnia intymność i poszanowanie godności chorego,
    - chroni pacjenta przed działaniami niepożądanymi ze strony innych,
    - e) kontakt słowny na każdym etapie trwania unieruchomienia.

## III. Kryteria wyniku:

- pacjent ma zapewnioną kompleksową opiekę pielęgniarską,
- w przypadku długotrwałego unieruchomienia nie dochodzi do powikłań,
- przymus bezpośredni stosowany jest tylko na niezbędny okres czasu,
- przebieg unieruchomienia udokumentowany jest w stosownej dokumentacji. ■

# Z prac Komisji Warunków Pracy i Zatrudnienia

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w 2008 roku przeprowadziła ankietę wśród pielęgniarek i położnych dotyczącą lat pracy w zawodzie, dodatkowego zatrudnienia, warunków pracy w każdym miejscu zatrudnienia. Ankietę opracowała Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia.

Dynamiczny rozwój pielęgniarstwa w Polsce został zapoczątkowany przyjęciem ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Środowisko podjęło działania zmierzające do usamodzielnienia się zawodowo. Samorząd doprowadził do wejścia w życie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, co dało warunki prawne do rozwoju usług pielęgniarstkich.

Obowiązujący Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej zawiera zasady etyczne, będące przewodnikiem przy podejmowaniu decyzji i działań.

Każdy człowiek ma swoją tożsamość osobistą i społeczną. Składnikiem tożsamości społecznej jest identyfikacja z wykonywanym zawodem.

Dane statystyczne podają, że w naszym kraju pracuje około 250 tysięcy pielęgniarek i położnych. Są jedną z najliczniejszych grup zawodowych. Zapewniają opiekę pielęgniarstwą, edukację zdrowotną, profilaktykę chorób, psychiczne wspieranie chorych i ich rodzin. Profesjonalistką nie zostaje się z dnia na dzień. Potrzeba wiele lat nauki, wiedzy i doświadczenia. Przestały pełnić funkcję pomocniczą w stosunku do lekarza w sprawie podejmowania opieki pielęgniarstkiej i nie wymagają od niego autoryzowania. Ludzie cenią zawód pielęgniarki i położnej z powodu pozytywnych cech ich charakteru i pracy, którą wykonują.

Według wielu badaczy zawód ten nie jest ceniony. Społeczeństwo docenia go wtedy, gdy same potrzebuje pomocy. Zniechęcające elementy to niskie wynagrodzenie, od wielu lat nie podlega racjonalnym modyfikacjom.

Bardzo istotny fakt, że jest to bardzo ciężka praca fizyczna i psychiczna, charakteryzująca się dużymi podległościami służbowymi, obłożona dodatkowymi czynnościami biurokratycznymi.

Wykonywanie zawodu odbywa się w warunkach zróżnicowanych. Niektóre z nich mogą negatywnie wpływać na stan zdrowia. Są określane czynnikami narażenia zawodowego. Najczęściej występujące to: fizyczne, chemiczne, biologiczne i psychofizyczne.

We współczesnej opiece medycznej właściwa pielęgnacja prowadzi do zwiększenia efektywności leczenia, czyli do zwiększenia jakości usług. Świadczenie ich na wysokim poziomie zależy od umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem zawodowym, który może i prowadzi w wielu przypadkach do wypalenia zawodowego.

Potrzeba świadczenia opieki i pomocy jest jedną z najistotniejszych potrzeb społecznych. Od pielęgniarki i położnej oczekuje się profesjonalizmu, aktualnego zasobu wiedzy, umiejętności i kompetencji w podejmowaniu decyzji w zakresie pielęgnowania w zdrowiu i chorobie, przede wszystkim w promowaniu zdrowia i profilaktyce chorób. Powinna podejmować niezależne decyzje dotyczące pielęgnowania i organizacji różnych form opieki pielęgniarstkiej. Być samodzielną podczas realizacji wszystkich zadań i czynności zawodowych, przejawiać inicjatywę w planowaniu, wyborze metod a przy tym ponosić pełną odpowiedzialność za jakość wykonywanej pracy i świadczonej opieki. Duży odsetek pielęgniarek i położnych twier-

dzi, że ich praca nie spełniła oczekiwań pod względem finansowym, czego konsekwencją jest, że nie daje im pełnej satysfakcji. Od pewnego czasu wiele krajów Unii Europejskiej zaczyna odczuwać znaczne braki aktywnego zawodowo personelu pielęgniarstkiego. Zauważalne braki kadrowe mogą przybrać dramatyczne rozmiary. Prognozy i dane demograficzne wskazują, że odsetek osób młodych i czynnych zawodowo maleje, natomiast zwiększa się starszych. Ogólna liczba pielęgniarek czynnych zawodowo zmniejszyła się o ponad 15 procent i nadal spada. Na przestrzeni ostatnich lat poziom zatrudnienia nowego personelu w charakterze pielęgniarki i położnej w polskiej ochronie zdrowia jest bardzo niski. Statystyki alarmują, że na 10 tysięcy mieszkańców przypada 49 pielęgniarek.

Nie ma idealnych systemów opieki zdrowotnej. Rządy wszystkich państw stale ją modernizują, poprawiają jakość funkcjonowania, starają się ograniczać wzrost wydatków. Na kształt opieki zdrowotnej wpływa historia, sytuacja zdrowotna i ekonomiczna oraz w bardzo dużym stopniu polityka.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w 2008 roku przeprowadziła ankietę wśród pielęgniarek i położnych dotyczącą lat pracy w zawodzie, dodatkowego zatrudnienia, warunków pracy w każdym miejscu zatrudnienia.

Ankietę opracowała Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia. Ankietowano 1021 osób, w tym: 903 pielęgniarki, 3 pielęgniarzy, 115 położnych. Wyniki ankiety:

## **Pielęgniarki**

Staż pracy pielęgniarek:

- od 0 do 5 lat pracy było 33 osoby tj. około 4 proc. ankietowanych,
  - od 6 do 10 lat pracy było 69 osób tj. około 8 proc. ankietowanych,
  - od 11 do 15 lat pracy było 142 osoby tj. około 16 proc. ankietowanych,
  - od 16 do 20 lat pracy było 181 osób tj. około 20 proc. ankietowanych,
  - od 21 do 25 lat pracy było 174 osób tj. około 19 proc. ankietowanych,
  - od 26 do 30 lat pracy było 216 osób tj. około 24 proc. ankietowanych,
- Powyżej 30 lat pracy było 60 osób tj. około 7 proc. ankietowanych.

Około 2 proc. brak odpowiedzi na to pytanie.

Pielęgniarki ze stażem pracy:

- od 0 do 15 lat pracy to około 28 proc. pracujących pielęgniarek,
- od 16 do powyżej 30 lat pracy to około 70 proc. pracujących pielęgniarek,
- od 26 lat pracy do powyżej 30 to około 31 proc. pracujących pielęgniarek.

Pielęgniarki w każdym przedziale stażu pracy podejmują pracę dodatkową. Pracę dodatkową podejmuje ponad 20 proc. pielęgniarek ankietowanych i większość dodatkowego zatrudnienia, bo ponad 60 proc. jest na umowę zlecenie.

Najczęściej dodatkową pracę podejmują pielęgniarki ze stażem pracy:

- od 0 do 5 lat pracy: pracę dodatkową podejmuje około 24 proc. pielęgniarek ankietowanych,
- od 6 do 10 lat pracy: pracę dodatkową podejmuje około 32 proc. pielęgniarek ankietowanych,
- od 21 do 25 lat pracy: pracę dodatkową podejmuje około 22 proc. ankietowanych pielęgniarek,
- od 26 do 30 lat pracy: pracę dodatkową podejmuje około 20 proc. ankietowanych pielęgniarek.

W grupie pracujących od 0 do 5 lat pracy w zawodzie są takie osoby, które są w wieku od 23 roku życia do 50 roku życia. A w grupie ze stażem pracy od 6 do 10 lat pracy w zawodzie są takie osoby, które mają od 26 do 48 lat życia.

## **Położne**

Staż pracy położnych:

- od 0 do 5 lat pracy było 9 osób, tj. około 8 proc. ankietowanych położnych,
- od 6 do 10 lat pracy było 12 osób, tj. około 10 proc. ankietowanych położnych,
- od 11 do 15 lat pracy było 11 osób, tj. około 10 proc. ankietowanych położnych,
- od 16 do 20 lat pracy było 28 osób, tj. około 24 proc. ankietowanych położnych,
- od 21 do 25 lat pracy było 17 osób, tj. około 15 proc. ankietowanych położnych,
- od 26 do 30 lat pracy było 23 osoby, tj. około 20 proc. ankietowanych położnych.

Powyżej 30 lat pracy było 9 osób, tj. około 8 proc. ankietowanych położnych.

Około 4 proc. nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Położne pracujące od 16 do powyżej 30 lat pracy stanowią 67 proc. ankietowanych położnych.

Najliczniejszą grupę stanowią położne ze stażem pracy od 16 do 20 lat pracy, bo aż 24 proc.

Położne pracujące od 26 do 30 lat pracy stanowią 20 proc. ankietowanych położnych.

Z opracowanej ankiety wynika, że:

- 20 proc. położnych pracujących podejmuje pracę dodatkową,
- 70 proc. z tych pracujących dodatkowo położnych jest zatrudnionych na umowę zlecenie.

\*

Najczęściej wymieniane przez pielęgniarki i położne uciążliwości występujące w miejscu pracy to:

- brak odzieży ochronnej,
- niska płaca niewspółmierna do odpowiedzialności,
- zbyt mała obsada pielęgniarek i położnych na dyżurze,
- mobbing w miejscu pracy,
- utrudniony dostęp do szkoleń,
- praca ponad siły,
- braki w sprzęcie,

- zbyt duża biurokracja,
- złe relacje interpersonalne,
- brak urlopów szkoleniowych,
- brak urlopów zdrowotnych,
- brak dodatku za uciążliwość i szkodliwość,
- nadmiar pracy nie należącej do pielęgniarek,
- zła współpraca z kadrą zarządzającą,
- doległości bólowe kręgosłupa, nóg, rąk z powodu przeciążenia pracą,
- brak motywacji do podnoszenia kwalifikacji,
- brak systematycznych szkoleń,
- zbyt duże obciążenia psychiczne,
- brak prawidłowej organizacji pracy,
- brak środków higienicznych,
- złe oświetlenie.

Wiele z tych uciążliwości można wyeliminować przy odpowiednim zrozumieniu problemu przez osoby pracujące i zarządzające.

Złe relacje interpersonalne, brak odpowiedniej komunikacji, mobbing w miejscu pracy, brak urlopów szkoleniowych i inne problemy wymieniane przez koleżanki pielęgniarki i położne można usunąć z naszej pracy natychmiast poprzez odpowiednie podejście do problemu, a o ile chętniej chodziłoby się do pracy.

Uśmiech na twarzy pielęgniarki, położnej i profesjonalizm to coś, co pozwala powrócić szybciej do zdrowia. Starajmy się więc wykonywać nasze obowiązki tak, aby ten uśmiech powracał na twarze naszych koleżanek i naszych podopiecznych, bo jest nas coraz mniej a obowiązków coraz więcej. ■

Literatura:

1. Anna Blak-Kaleta, zespół autorów: Praktyczny poradnik dla pielęgniarek i położnych, 2006.
2. Kruszewska X.: Systemy opieki zdrowotnej na świecie, Świat lekarza, 2, 2009.
3. Radkiewicz P., Widerszal-Bazyl M.: Dlaczego pielęgniarki odchodzą z zawodu, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 1-2, 2005.
4. Taranta E.: Strategia i priorytety, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 10, 2008.
5. Wojtan W.: Tożsamość zawodowa, Magazyn Pielęgniarki i Położnej.



# Edukacyjna rola pielęgniarki w zapobieganiu alergii pokarmowej u małych dzieci

Alergią pokarmową nazywamy nieprawidłową odpowiedź immunologiczną organizmu na spożywane do żywności. Jest to nieprawidłowa reakcja organizmu dziecka na określone składniki pożywienia, które przez zdrowego człowieka są dobrze tolerowane.

Rozwój alergii pokarmowej u dzieci warunkują czynniki genetyczne, środowiskowe oraz czynniki wspomagające, do których zaliczamy niedojrzałość przewodu pokarmowego, choroby przewodu pokarmowego, wrodzone i nabyte defekty immunologiczne. W tych przypadkach alergia pokarmowa może być spowodowana zwiększoną przepuszczalnością jelita dla dużych cząsteczek oraz niedojrzałością ogólnej i miejscowej odpowiedzi immunologicznej.

Częstość wystąpienia choroby alergicznej znacznie wzrasta jeżeli u jednego lub obojga rodziców występuje choroba atopowa. Alergia pokarmowa występuje również częściej u niemowląt żywionych sztucznie mieszankami mlecznymi od urodzenia, u których ponadto zbyt wcześnie są wprowadzane stałe produkty pokarmowe.

Okres wczesnego dzieciństwa ma zasadnicze znaczenie w rozwoju chorób alergicznych. W tym okresie życia, przy sprzyjających czynnikach konstytucjonalnych, czynnikach środowiskowych i niedojrzałości immunologicznej ustroju dziecka może dojść do załamania tolerancji pokarmowej ustroju

i rozwoju alergii dotyczącej różnych układów i narządów.

Najczęstszą postacią alergii u małych dzieci jest alergia na białka mleka krowiego. Dlatego jeżeli w rodzinie występują choroby alergiczne i dziecko zalicza się do grupy ryzyka, powinno się szczególną uwagę zwracać na jego dietę.

Najlepszym sposobem zapobiegania wystąpienia alergii u dzieci jest karmienie niemowlęcia piersią. Najskuteczniejszą ochroną jest wyłączenie karmienia piersią do 6 miesięcy życia, bez jakichkolwiek pokarmów uzupełniających. Zwykle w tym wczesnym okresie rozwoju niemowlęcia żywionego naturalnie nie ma potrzeby dopajania i dokarmiania, zwłaszcza potencjalnie alergizującym mlekiem modyfikowanym.

Jednak objawy alergii mogą pojawić się także u niemowląt karmionych wyłącznie mlekiem matki. Związane jest to z niewielką ilością alergenów pokarmowych, które przedostają się do pokarmu z diety matki.

Alergia pojawić się może już w 2 – 3 miesiącu życia i najczęstszą jej postacią są zmiany skórne w postaci

Okres wczesnego dzieciństwa ma zasadnicze znaczenie w rozwoju chorób alergicznych. W tym okresie życia może dojść do załamania tolerancji pokarmowej ustroju i rozwoju alergii dotyczącej różnych układów i narządów.



# ieganiu

Anna Cichomska

pokarmy lub związki dodawane  
które przez zdrowego człowieka



wysypki. Skóra jest zaczerwieniona, sucha i łuszczy się. Innymi manifestacjami choroby mogą być:

- kolka jelitowa,
- biegunka,
- długotrwały nieżyt nosa,
- nawracające zapalenia dróg oddechowych.

Alergii pokarmowej można zapobiegać, a jeśli już wystąpi, to zmniejszać jej objawy. Kluczową rolę odgrywa tu dieta dziecka w pierwszym roku życia. I tak na przykład karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia alergii pokarmowej. Pokarm kobiety zawiera substancję zwaną immunoglobuliną s-IgA, która hamuje reakcje alergiczne. Dlatego przynajmniej przez pierwsze 4 – 6 miesięcy życia dziecka należy je karmić piersią.

Jeżeli dziecko ma tendencje do uczuleń, w pierwszym roku życia nie należy podawać mu silnie alergizujących produktów. Wszystkie nowe produkty należy wprowadzać do diety dziecka powoli i stopniowo, uważnie obserwując reakcje dziecka. Jeżeli zareaguje alergią, łatwo będzie zlokalizować jej przyczynę i wykluczyć dany pokarm z diety.

Zmiany w diecie warto omówić wcześniej z lekarzem pediatrą, który powinien być informowany o nieprawidłowych reakcjach na spożywane pokarmy.

Niemowlęta ze skłonnościami do alergii powinny później niż ich rówieśnicy przechodzić na pokarmy stałe, mogą je jeść najwcześniej od 6 miesięcy.

Najczęstsze objawy alergii pokarmowej u dzieci to:

- zmiany skórne w postaci wysypki,
- dolegliwości żołądkowo-jelitowe,
- zaburzenia snu, płaczliwość.

Zaobserwowanie któregoś z powyższych objawów po spożyciu przez dziecko określonego pokarmu pozwala stwierdzić alergię pokarmową.

Rozpoznanie alergii pokarmowej rozpoczyna się wywiadem, prześledzeniem historii chorobowej oraz przepro-

wadzeniem testów skórnych, testów z krwi.

Podane poniżej zalecenia mogą być przydatne w zapobieganiu rozwojowi choroby alergicznej u niemowląt urodzonych w rodzinach obciążonych atopią:

1. W okresie ciąży kobieta powinna unikać tych pokarmów, na które jest sama uczulona lub uczulone jest poprzednie dziecko.

2. Karmienie wyłącznie piersią do 6 miesięcy życia jest jednym z ważniejszych czynników zapobiegania alergii pokarmowej w okresie niemowlęcym.

3. W okresie karmienia piersią kobieta powinna unikać pokarmów, które z dużym prawdopodobieństwem mogą wywołać reakcje alergiczne, np.: mleka, jaj, orzechów ziemnych, cytrusów.

Jednak do tych restrykcji dietetycznych należy podchodzić z rezerwą i zanim się je wprowadzi, trzeba bezwzględnie poradzić się lekarza, by nie dopuścić do niedoborów żywieniowych.

4. Jeśli karmienie piersią jest niemożliwe, należy przedyskutować z lekarzem możliwość doboru optymalnej dla niemowlęcia mieszanki mlekozastępczej.

5. Kontrolowane wprowadzanie nowych składników diety. Każdy nowy produkt należy wprowadzać pojedynczo, w małych ilościach i uważnie przyglądać się reakcji organizmu dziecka. Jeśli po podaniu porcji nowego pokarmu pojawi się luźny, wodnisty stolec lub nawet niewielka pokrzywka to może być normalna reakcja organizmu na nowe składniki pokarmowe. Dopiero dłuższe utrzymanie się objawów i ich nawroty przy kolejnych próbach podania „podejrzanego” produktu może oznaczać uczulenie na ten nowy składnik diety. Wtedy taki produkt należy z diety odstawić.

6. Nowe pokarmy nie powinny być wprowadzane do diety dziecka w czasie, kiedy jest ono chore.

7. Stosowanie produktów bezglutenowych (ryż, kukurydza, gryka) do końca 1 roku życia u niemowląt z ryzykiem wystąpienia alergii. Jak najdłuż-

sze unikanie zbóż zawierających gluten (pszenica, żyto, jęczmień, owies).

8. Dodawanie do zupki żółtka jaja kurzego dopiero w 10 miesiącu. Z wprowadzaniem białka jajka czekamy do końca 1 roku życia dziecka.

9. Podawanie dziecku produktów nieuczulających. Do grupy pokarmów „bezpiecznych” zalicza się: jabłka, marchew, buraki, porzeczki. Pokarmy potencjalnie alergizujące to: owoce cytrusowe (pomarańcze, cytryny, mandarynki, banany), truskawki, poziomki, pomidory. Tych owoców i warzyw należy unikać przynajmniej do końca 1 roku życia.

10. W żywieniu niemowląt należy stosować tylko naturalne składniki, bez konserwantów.

Jeśli pomimo zastosowania środków profilaktycznych dojdzie do rozwoju alergii pokarmowej, a leczenie dietą eliminacyjną nie przynosi oczekiwanych efektów, należy rozważyć uzupełnienie go leczeniem farmakologicznym. Decyzję o włączeniu takiego leczenia może podjąć jedynie lekarz.

Zachorowalność na alergię u dzieci gwałtownie w Polsce rośnie, a mimo to nadal często są one zbyt późno wykrywane. Matki dopiero po wielu latach dowiadują się, że mogłyby uchro-

nić dziecko przed poważniejszymi powikłaniami, gdyby odpowiednio wcześniej inaczej z nimi postępowały.

Rolą pielęgniarki w edukacji rodziców jest omówienie problemów związanych z alergią pokarmową. Pielęgniarka informuje rodziców jak zapobiegać wystąpieniu choroby alergicznej. Zwraca uwagę na profilaktykę alergii już w czasie ciąży i laktacji. ■

Praca napisana pod kierunkiem mgr Agnieszki Renn-Żurek przez Annę Cichomską – studentkę III roku studiów zaocznych na kierunku pielęgniarstwo

reklama

centrum edukacji  
**Erudio**

Centrum Edukacji ERUDIO  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)  
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277  
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE  
PRZEZ TELEFON  
**042 630 95 59**

LUB PRZEZ INTERNET  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)

## ZAPRASZAMY NA KURSY



### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatriczne

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych

### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stonią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi

**CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIW W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIW W ŁODZI**

**PŁATNOŚĆ  
ROZKŁADAMY NA  
DOGODNE,  
MIESIĘCZNE RATY**

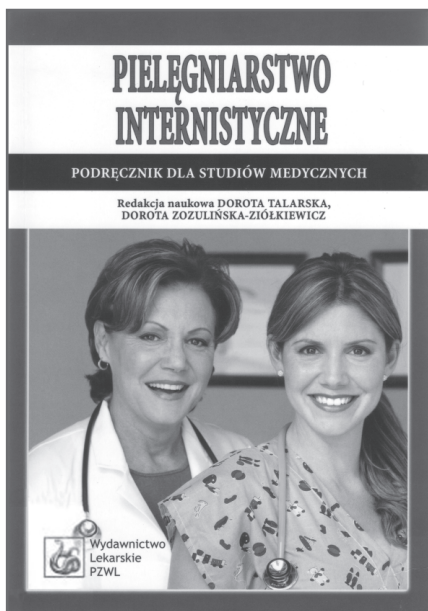
*Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIW w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach*

**GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!  
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**

[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)

„Powinniśmy badać stare idee i teorie, ponieważ jest to jedyny sposób zrozumienia nowych wartości”

A. Einstein



**Pielęgniarstwo internistyczne.  
Podręcznik dla studiów medycznych**

Dorota Talarska, Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

Warszawa 2009

ISBN 978-83-200-3654-1

Publikacja zawiera opis postępowania pielęgniarskiego w poszczególnych jednostkach chorobowych z uwzględnieniem najważniejszych problemów pielęgnacyjnych. W każdym rozdziale uwzględniono przygotowanie do badań diagnostycznych oraz wskazówki edukacyjne dla pacjentów. Przedstawiono również zagadnienia dotyczące usprawniania chorych, reakcji pacjentów na hospitalizację oraz higieny pracy pielęgniarki.

Książka składa się z dwóch części. Część pierwsza poświęcona zagadnieniom ogólnym przedstawia min. reakcje pacjenta wynikające z hospitalizacji, praktyczne aspekty komunikacji: pielęgniarka – pacjent, badanie podmiotowe i przedmiotowe wykonywane przez pielęgniarkę internistyczną, teoretyczne podstawy procesu pielęgnowania, dokumentacja procesu pielęgnowania pacjenta leczonego zachowawczo, metody i techniki stosowane przez pielęgniarkę internistyczną podczas edukacji pacjentów. W części drugiej przedstawiono zagadnienia szczegółowe: opiekę pielęgniarską nad osobami z chorobami układu krążenia, z chorobami układu oddechowego, chorobami układu pokarmowego, z chorobami układu krwiotwórczego, z chorobami układu moczowego, z niewydolnością nerek, z cukrzycą, z chorobami tkanki łącznej, z chorobami zakaźnymi, po przeszczepach. Przedstawiono również usprawnianie pacjentów w wybranych schorzeniach internistycznych oraz zagrożenia zawodowe i podstawowe zasady ich ograniczania na stanowisku pracy pielęgniarki internistycznej.

Książka jest adresowana przede wszystkim do studentów kierunku pielęgniarstwo oraz pielęgniarek pracujących na oddziałach o profilu internistycznym. Może być również pomocna dla osób sprawujących profesjonalną opiekę, np. dla pracowników socjalnych lub asystentek osób przewlekle chorych.

główny specjalista ds. merytorycznych  
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

# Piękna nasza Polska...

Zdzisława Kulesza

W dniu 16 maja wyjeżdżamy na dwudniową wycieczkę po „wschodniej ścianie Polski” – od Chełma do Włodawy, Romanowa, Sławatycz, Kodenia, Jabłecznej i Radzyna Podlaskiego

## Pierwszy dzień

O godz. 14.00 dojeżdżamy do śródmieścia Chełma i idziemy do zabytkowej Kopalni Kredy. Wydobywanie kredy sięga czasów średniowiecza a powstałe tunele służyły też jako schronienie dla mieszkańców w okresie najazdów. W XVI – XVIII wieku nastąpiło intensywne wydobywanie kredy i doprowadziło do łączenia się pojedynczych wyrobisk w większe kompleksy ale stworzyło niebezpieczeństwo katastrof górniczych pod ziemią, a budowlanych na powierzchni. Zmniejszono wydobywanie i zasypano korytarze.

W latach 1937 – 1939 zorganizowano 300-metrową trasę turystyczną. Obecna ma około 2 km długości i biegnie przez trzy podziemne kompleksy korytarzy.

Pan przewodnik wspominał też o Duchu Bieluchu – gdy zgąsło światło ujrzeliśmy fosforyzującą postać, która okazała się bardzo sympatycznym duchem. Niespodzianką był również występ wokalnie – gitarowy duetu.

Po opuszczeniu kopalni udajemy się do kościoła pw. Rozesłania św. Apostołów, który w 1975 roku zaliczony został do zerowej grupy światowego dziedzictwa kultury. Ufundował go Władysław Jagiełło jako wotum wdzięczności za zwycięstwo nad Krzyżakami 15 lipca 1410 roku w kościelne święto – stąd nazwa świątyni. Budowę obecnego kościoła wg projektu Pawła Fontany rozpoczęto 15 kwietnia 1753 roku. Wnętrze przyozdabia polichromia wykonana przez Józefa Filewicza. W ołtarzu głównym Obraz Matki Boskiej Nieustającej Pomocy w przepięknej ramie zsuwa się

w dół i ukazuje się nam słynący łaskami XVII-wieczny krucyfiks. Oglądamy piękne wnętrza bogate w obrazy, rzeźby i malowidła.

We Włodawie muzeum zastaliśmy zamknięte, ale obejrzeliliśmy plakaty starych fotografii z życia miasta i ludności żydowskiej. Udajemy się do Kościoła św. Ludwika i Klasztoru Ojców Paulinów przybyłych tu w 1698 roku na zaproszenie hetmana Wielkiego Księstwa Litewskiego – właściciela miasta.

Na obiad i nocleg jedziemy do Okunienki nad jeziorem Białym o powierzchni 106 ha. Wieczór spędzamy przy ognisku z bratem Albertem, który zaszczycił nas swą obecnością, jak również śpiewem piosenek biesiadnych razem z nami.

## Drugi dzień

W Romanowie zwiedzamy dwór rodziny Kraszewskich, gdzie u swej babki spędzał dzieciństwo pisarz Józef Ignacy Kraszewski. Jest to jedyne muzeum w Polsce całkowicie poświęcone autorowi tylu książek historycznych, obyczajowych, społecznych oraz powieści. Przewodnik ukazał nam bogate życie pisarza oraz jego wszechstronne zdolności i wyszliśmy ubogaceni tą wiedzą i zadowoleni.

Udajemy się do Sławatycz, gdzie zwiedzamy 550-letnią cerkiew, którą w 1938 roku udało się ocalić ludziom przed zniszczeniem. Idziemy nad Bug płynący w naturalnym biegu, przy nim na łące stoi słup graniczny, po drugiej stronie rzeki nasi sąsiedzi – Białoruś.

W Kodeniu, które słynie z sanktuarium z papieskim obrazem Matki

Boskiej Gregoriańskiej de Guadalupe – Miłosierna Matka Jedności i Królowa Podlasia oraz wielu relikwii rzymskich męczenników podarowanych księciu Mikołajowi Sapieżę przez Urbana VIII są ozdobą tej pięknej świątyni. Zwiedzamy też Kaplicę Sapiechów a w piwnicy zburzonego zamku w sklepieniu chleb, miód i inne oryginalne wyrobki ojców oblatów.

W Jabłecznej zwiedzamy piękny obiekt – Monaster św. Onufrego założony w 1497 roku. Główna świątynia w stylu klasycystycznym na planie krzyża greckiego wzniesiona została w 1838 – 1840 roku.

Trzyrzędowy piękny ikonostas oddziela prezbiterium od części przeznaczonej dla wiernych. Wokół znajduje się ładnie utrzymany ogród oraz dwie kaplice.

Ostatni cel zwiedzania to Radzyń Podlaski, gdzie zwiedzamy zespół pałacowo-parkowy Potockich. Oglądamy pałac z dziedzińca głównego, gdyż wnętrza zajmują różne instytucje. Całość robi imponujące wrażenie, książęce korony, atyki postaciowe, herb jelonka, oranżeria z 1756 roku w stylu rokoka projektu Fontany – na dachu grupa rzeźb z rydwanem Apollina. Wokół park, klomby kwiatowe we wgłębieniach po obu stronach bramy wjazdowej. Opuszczamy Radzyń Podlaski z mieszanymi uczuciami, że taki piękny zespół pałacowy nie doczekał się jeszcze odpowiedniego przeznaczenia oraz odnowy.

W tej krótkiej relacji pragnęłam streścić naszą dwudniową wycieczkę, w której tak ciekawie i bogato odkrywaliśmy Polesia czar... ■



# Wspomnienie o pani Racheli Hutner (1909 – 2008)



„Z wielkim żalem i smutkiem przyjąłam wiadomość, że w dniu 23 lipca 2008 roku w wieku 99 lat odeszła pani Rachela Hutner – nestorka polskiego pielęgniarstwa, uhonorowana najwyższym odznaczeniem w pielęgniarstwie – Medalem Florencji Nightingale.”  
Minister Zdrowia – Ewa Kopacz

„Była to osoba o niezwyklej wrażliwości moralnej. Celem swojego długiego, blisko stuletniego życia uczyniła spieszenie z pomocą cierpiącym bliźnim i temu powołaniu zawsze pozostawała wierna. Rachela Hutner była jedną z najwybitniejszych postaci w dziejach polskiego pielęgniarstwa”  
Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej

„W pamięci mojej i moich koleżanek pozostaniesz, pani Rachelo, jako osoba o szerokich horyzontach myślowych! Twoja wizja naukowego pielęgniarstwa w Polsce w połączeniu z autentyczną troską o dobro chorego jako najwyższego prawa w profesji pielęgniarstwie, patriotyzm oraz miłość do człowieka bez względu na rasę, wyznanie, przynależność i stan posiadania będą wzorem dla młodych pokoleń pielęgniarek... Dzisiaj nad Twoim grobem, pani Rachelo, jako Twoja studentka, Twoja koleżanka w zawodzie i Senator RP pragnę podziękować Najwyższemu Bogu, że byłaś z nami, podziękować za to, że Twoje życie wzbogaciło nas i życie naszej Ojczyzny, Polski”  
Senator RP – Janina Fetlińska

„Była Ona współtwórcą akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce. Autorką pierwszego w Polsce programu nauczania z zakresu organizacji i zarządzania dla pielęgniarek, wykładowcą w latach 1969 – 1975 Zakładu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie, została także Doktorem Honoris Causa tejże uczelni... Po raz pierwszy w skali kraju otrzymała go pielęgniarka dyplomowana, jedna z najwybitniejszych przedstawicielek powojennego pielęgniarstwa. Wyróżnienie to odebrałyśmy jako nobilitację całej społeczności pielęgniarek i położnych”  
w imieniu Władz Uczelni WM w Lublinie – prof. Anna Ksykiewicz

„Powtarzając za profesorem Marianem Klamutem możemy stwierdzić, że myśl i dzieło Racheli Hutner to fundament, na którym kolejne pokolenia mogą budować gmach swojego pielęgniarstwowego losu i przygotowywać plany na przyszłość”.  
Prezes NRPiP – Elżbieta Buczkowska

Cytowane tylko niektóre wystąpienia wygłoszone w dniu pogrzebu nad grobem Pani Racheli wyrażają szacunek dla Jej wiedzy, osobowości i dokonanych skierowanych na kształtowanie i doskonalenie zawodu pielęgniarstwa, mając na uwadze dobro człowieka.

Pani Rachela Hutner urodzona w Warszawie w 1909 roku (zmarła 23 lipca 2008 roku), maturę uzyskała w 1927 roku. Rozpoczęła studia na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym UW, opuściła wydział po dwóch latach i wstąpiła do Szkoły Pielęgniarstwa w Warszawie przy ul. Dworskiej 17. Dyplom pielęgniarki otrzymała w 1937 roku. Podjęła pracę w charakterze instruktorki w szpitalu na oddziale ortopedycznym. W roku 1938 wyjechała na stypendium do Anglii w celu zapoznania się z teoretycznym i praktycznym zakresem pielęgniarstwa domowego. Rozpoczęła tam pracę i naukę. Po wybuchu wojny, ponieważ zmieniono Jej status ze stypendystki na płatnego pracownika-pielęgniarki, podjęła decyzję o wstąpieniu do Szkoły Pielęgniarstwa. W 1944 roku uzyskuje pełne prawo pielęgniarki, w tym charakterze pracuje w rejonie otwartym. W czasie bombardowania Londynu w 1940 roku niesie pomoc rannym. W 1944 roku otrzymuje ponownie propozycję wyjazdu na stypendium do USA, zostaje przyjęta na Wydział Pedagogiki Pielęgniarstwa przy Wayne University w Detroit jako „Specjal Student”. Do Polski powraca w 1948



roku. Zatrudniona zostaje w MZIOS, Referacie Pielęgniarstwa, pracuje m.in. w zespole, którego zadaniem było opracowanie założeń programowych, dydaktycznych i pedagogicznych w kształceniu i doskonaleniu pielęgniarek.

Pani Rachela Hutner była pierwszym kierownikiem i współorganizatorem Ośrodka Kształcenia Nauczycielek Pielęgniarstwa. W roku 1960 otrzymała 3-miesięczne stypendium Fundacji Rockefellera w celu zapoznania się z nowymi trendami w kształceniu działalności zawodowej w szko-

Uroczystości pogrzebowe  
w lipcu 2008 roku

Rocznica śmierci Racheli Hutner  
Przy grobie od lewej: Irena Kosobudzka-Starzec (przyjaciółka zmarłej) oraz  
Elżbieta Garwacka-Czachor –  
wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych



łach i stowarzyszeniach pielęgniarek w Europie. W roku 1964 uczestniczy w kursie (Dania) z zakresu administracji pielęgniarstwa zorganizowanym przez Światową Organizację Zdrowia, następnie uczestniczy w kilkumiesięcznym kursie z zakresu opieki pielęgniarskiej nad chorym w domu zorganizowanym przez Polski i Szwajcarski Czerwony Krzyż.

Przez dwie kadencje wytypowana przez Zarząd Główny PTP działała w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek. Pełniła również funkcję eksperta ds. pielęgniarstwa w Europejskim Biurze Światowej Organizacji Zdrowia. Pod redakcją Pani Hutner wydano podręczniki szkolne: „Podręcznik dla pielęgniarek” (1996) i „Pielęgniarstwo specjalistyczne” (1962). Otrzymała wiele odznaczeń i dyplomów m.in. Krzyż Kawalerski Odrodzenia Polski, Medal Florence Nightingale, Honorową Odznakę Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Część w jakimś tylko stopniu ukazującą działalność zawodową, naukową i społeczną pani Racheli, pragnę uzupełnić o słowa wypowiedziane nad grobem przez panią Wandę Topolską, która mieszka w Kanadzie, a z Panią Rachelą związana była od dziecka poprzez swoją mamę, która była najlepszą przyjaciółką pani Hutner. Pani Wanda Topolska opowiadała, że ciocia Rachela była trochę inna od innych cioć i pań, które znały. Określała ją jako bajeczną, zaczarowaną, cudowną. Mówiła również, że ciocia Rachela miała też tę drugą stronę swojej osobowości, zasadniczą, wymagającą, moralizującą, a ładniej mówiąc dydaktyczną, oczekiwała i wymagała wiele od siebie i od bliskich. Uczyła jak żyć uczciwie z nastawieniem na dawanie z empatią ze wskazaniem szukanie dobrych stron przeciwnika i zrozumienia jego postępowania. Pani Wanda mówi dalej: „Moja córka Ania to następne pokolenie uwielbiające ciocię Rachelę. Ania z mężem przyjeżdżała do Warszawy na rozmowy o życiu i moralności.

Z Ciocią Ania miała parę tych rozmów, żeby jak mówiła nie stracić nic z mądrości przekazywanej przez Ciocię. Ciocia Rachelę uczyła słowem i swoim postępowaniem”.

Uczestniczyłam w pogrzebie pani Racheli Hutner, znałam Ją osobiście, kończyłam kurs doskonalący w Ośrodku Doskonalenia, którego Dyrektorem była pani Hutner. Następny mój kon-

takt z panią Rachelą był w okresie prac nad ustawą o samorządzie zawodowym i ustawą o zawodzie pielęgniarstwa i położnej. Zostałam zaproszona do domu pani Racheli, rozmowa z Nią na różne tematy zawodowe, w tym bieżące sprawy dotyczące proponowanych ustaw pozwoliły optymistycznie i z wiarą oczekiwać pozytywnych zmian w zawodzie. Wiedza, siła

argumentacji, optymizm i wiara w ludzi oraz ciągle intensywne uczestniczenie pani Racheli w udoskonalaniu zawodu i ogólnie życia ludzi zdrowych i chorych wywarły na mnie wrażenie. Pozostają z podziwem i ogromnym szacunkiem. ■

Zdjęcia pochodzą ze zbiorów prywatnych Autorki oraz z archiwum NRPIP

## Z żałobnej karty

„Również umiowanie jest jednym z naszych życiowych zadań”

Marek Aureliusz

13 lipca 2009 roku odeszła pani

**Maria Zborowska**

Nauczycielka i Wychowawczyni łódzkich pielęgniarek i położnych.

Uczyła trudnych i jednocześnie pięknych zawodów.

Uczyła, że być pielęgniarką, położną to zaszczyt i odpowiedzialność.

Była wymagającym, a zarazem oddanym nauczycielem.

Dziękujemy za wszystko czego nas uczyła swoim godnym i szlachetnym życiem.

Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych w Łodzi



Z wielkim smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 16 kwietnia 2009 roku odeszła od nas na zawsze nasza Koleżanka, pielęgniarka oddziałowa, długoletni pracownik CRO – pani

**Teresa Felisiak**

Zawsze ciepła, uśmiechnięta i życzliwa ludziom, cieszyła się dużym uznaniem kierownictwa i sympatią współpracowników.

Pogrążone w smutku żegnają Ją koleżanki z CRO z oddziału C III oraz pozostali współpracownicy

*Teresko...*

*Pracowałaś długo z nami*

*Jak w rodzinie – było różnie*

*Dzisiaj godnie Cię żegnamy*

*Siostra byłaś – to brzmi dumnie*

*Chociaż bytu czas przemija*

*Smutek trwa nie do zniesienia*

*Ktoś – jak Ty – nietuzinkowy*

*Nie doczeka zapomnienia*

*Dzisiaj czas dla Ciebie stanął*

*Życia Twego iskra zgasła*

*W sercach naszych pozostaniesz*

*We wspomnieniach będziesz nasza...*

*człowiek - najlepsza inwestycja*

**Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych informuje o możliwości kształcenia pielęgniarek i położnych w ramach Projektu systemowego „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie zawodowe kadr medycznych**

*Beneficjent systemowy:* Ministerstwo Zdrowia - Departament Pielęgniarek i Położnych

*Wykonawcy Projektu :* Uczelnie wybrane w ramach postępowania przetargowego do prowadzenia studiów pomostowych w ramach Projektu

*Cel ogólny Projektu:*

- uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa,
- zwiększenie motywacji uczestników projektu do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych, np. dwuletnich studiów magisterskich,
- podniesienie poziomu samooceny na gruncie zawodowym oraz społecznym.

*Do udziału w Projekcie uprawnione są pielęgniarki i położne:*

- posiadające świadectwo dojrzałości,
- będące absolwentami: pięcioletnich liceów medycznych, dwuletnich medycznych szkół zawodowych, dwupółletnich medycznych szkół zawodowych i trzyletnich medycznych szkół zawodowych,
- posiadające prawo wykonywania zawodu,
- zatrudnione w zawodzie pielęgniarki/położnej,
- zakwalifikowane do Projektu po rekrutacji zgodnej z kryteriami wybranej Uczelni.

*Realizacja Projektu:*

- uruchomiono studia pomostowe i dokonano pierwszego naboru w październiku 2008 przez 32 uczelnie wybrane w ramach postępowania przetargowego do prowadzenia studiów pomostowych w ramach Projektu, studia rozpoczęło 2909 pielęgniarek i położnych,
- dokonano kolejnego naboru w lutym 2009 przez 9 uczelni wybranych w ramach postępowania przetargowego, studia rozpoczęło 365 pielęgniarek i położnych,
- najbliższy nabór rozpocznie się w październiku 2009,
- czas trwania studiów wynosi od dwóch do pięciu semestrów, w zależności od wykształcenia zawodowego pielęgniarki/położnej,
- podmiotem odpowiedzialnym za rekrutację, termin naboru, wymagane dokumenty są uczelnie prowadzące studia pomostowe, wybrane w ramach postępowania przetargowego,
- warunki uczestnictwa w Projekcie określa umowa zawarta pomiędzy Uczelnią a uczestnikiem Projektu (pielęgniarką/położną),
- udział własny pielęgniarki/położnej we współfinansowaniu kosztów jednego semestru studiów pomostowych nie może przekroczyć 350 złotych w 2009 roku,
- dofinansowanie obejmuje pielęgniarki/położne przez cały okres studiów na wszystkich ścieżkach kształcenia,
- ostatni nabór będzie przeprowadzony w roku akademickim 2012/2013,
- zakończenie Projektu nastąpi w 2015 roku.
- **kwota przeznaczona na realizację Projektu wynosi około 180 mln złotych**

*Rezultat Projektu:*

- **dofinansowaniem studiów pomostowych w latach 2008-2015 ma zostać objętych 24 tysiące pielęgniarek i położnych,**

*Informacje na temat projektu:*

- [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) w zakładce „Pielęgniarki i położne”,
- Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa tel. 22 635 58 40, fax. 22 831 21 77.

**WAŻNE!**

- **dypłomy i świadectwa uzyskane w poprzednich systemach kształcenia pielęgniarek i położnych są ważne na terenie Polski, a ukończenie studiów pomostowych nie jest obowiązkowe,**
- **data graniczna kształcenia na studiach pomostowych 2010/2011 została zniesiona**

*Ogłoszenie współfinansowane jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego*