

w numerze:

BIULETYN NR 7-9/2010

Rozstrzygnięcie
konkursu „Kształcenie
zawodowe pielęgniarek

i położnych –
blaski i cienie”

s. 14

Mundur
pielęgniarski w
tradycji zawodu
pielęgniarskiego

s. 22

Jak rozpoznać
przemoc domową?

s. 26

Utrzymanie
prawidłowej
temperatury ciała
noworodka

s. 30

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo Przewodniczącej Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
- 3 **Serwis informacyjny**
- 8 **Radca prawny radzi**
- 10 **Szkolenia, konferencje, sympozja**
- Sprawozdania**
- 13 „Wyzwania zawodu położnej”
- Rozstrzygnięcie konkursu „Kształcenie zawodowe
pielęgniarek i położnych – blaski i cienie”**
- 14 Nowe wyzwania, stare nadzieje
- 17 Czyż byśmy były gorsze?
- 19 Dlaczego wybrałam ten kierunek studiów?
- 21 **Kącik biblioteczny**
- 22 Mundur pielęgniarski w tradycji zawodu pielęgniarskiego
- 26 Jak rozpoznać przemoc domową?
- Utrzymanie prawidłowej tempetatury
ciała noworodka cz. II
- 30
- Koło emerytek**
- 34 Majowe wydarzenia
- 35 **Podziękowania**
- 36 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 ma-
teriałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamó-
wionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640 - 7679
Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

„...A mnie jest szkoda lata i letnich
złoty wspomnień... a mnie jest żal”
(E. Szlechter)



Drogie Koleżanki i Koledzy!

Witam wszystkich bardzo
ciepło po przerwie urlopowej.

Powroty z wakacji, chwile
zatrzymane na fotografiach,
filmach – będą dla wielu z Nas
pamiątką i wspomnieniem
mile spędzonych urlopów,

wyjazdów w gronie najbliższych i przyjaciół.

Nadszedł jednak czas, aby wrócić do
rzeczywistości i naszych wytyczonych celów,
które wspólnie przyjdzie nam realizować.

Niestety, jest też wiele problemów, które
staramy się – w miarę naszych możliwości –
rozwiązywać a przynajmniej minimalizować.

Wiele emocji i kontrowersji wzbudziła
ostatnio propozycja Ministerstwa Zdrowia
do zmiany rozporządzenia w sprawie
świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia
szpitalnego mówiąca o sprawowaniu opieki
na oddziale zachowawczym przez jedną
pielęgniarkę lub położną nad
20 pacjentami w ciągu jednej zmiany, na
oddziałach zabiegowych nad 16, a na
oddziałach dziecięcych nad 15 pacjentami.
Droży Państwo, moim skromnym zdaniem
propozycja MZ w takiej formie wydaje się
być nie tylko nieprzemyślana, lecz wręcz
niestosowna. Nie można przecież określić
liczby pacjentów, jeśli nie uwzględnia się
specyfiki oddziału, stanu pacjentów i rodzaju
świadczeń wykonywanych na tym oddziale!

Gdzie tu jest miejsce na jakość opieki
pielęgniarskiej? Jak należy i z najwyższą
starannością wykonać zabiegi i uzupełnić
dokumentację? Uważam to za

absurdalne i niemożliwe do
pogodzenia. To jest moje
zdanie na ten temat. Ocenę
tego stanu rzeczy pozostawiam
Państwu do własnych przemyśleń
i analizy. Mam tylko ogromną
nadzieję, że fala negatywnych
emocji i reakcji środowiska
pielęgniarek i położnych skłoni

Ministerstwo Zdrowia do rozsądnych decyzji
i spowoduje, iż wspólnymi siłami – związków
zawodowych i przedstawicieli samorządu –
uda się wypracować kompromis w tej kwestii.
Kolejnym nurtującym nas od dawna
problemem jest proces przekształcania
szpitali w spółki, a co za tym idzie nieuchronna
zmiana formy zatrudnienia naszych
koleżanek. Chodzi oczywiście o zmianę
warunków zatrudnienia z umowy o pracę
na umowę cywilno-prawną. Największy
problem tkwi, oczywiście, nie w samej
zmianie tylko w sposobie przekazywania lub
inaczej wymuszania na naszych koleżankach
zmiany formy zatrudnienia. Podjęliśmy wiele
kroków jako przedstawiciele samorządu
zawodowego, uczestnicząc często w bardzo
trudnych spotkaniach i negocjacjach
z pracodawcami, wraz ze związkami
zawodowymi pielęgniarek i położnych
wspólnie staramy się o wypracowanie jak
najlepszych rozwiązań dla naszych koleżanek.
Proszę Państwa jak zwykle o cenne
uwagi i szczere opinie. Zapraszam do
współpracy w podejmowaniu tak ważnych
dla naszej grupy zawodowej decyzji.

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
mgr Zofia Komorowska

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

ORPiP w dniu 8 czerwca 2010 roku

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 1 pielęgniarki i 1 położnej

► Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 2 pielęgniarki.

► Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarki.

► Podjęto 5 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

► Powołano składy osobowe komisji egzaminacyjnej na szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego (program dla pielęgniarek) i pielęgniarstwa pediatrycznego, organizowane i finansowane z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

► Zatwierdzono skład kadry dydaktycznej kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego (program dla pielęgniarek) organizowanego i finansowanego z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

► Podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia nowego wzoru karty zgłoszeń na kursy i szkolenia organizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych – wzór nowej karty na stronie internetowej: www.oipp.lodz.pl

► Przyznano zapomogi bezzwrotne pielęgniarki, która poniosła straty materialne w wyniku powodzi oraz rozpatrzone pozytywnie odwołanie od decyzji odmownej przyznania zapomogi.

► W ramach przygotowań do realizacji projektu Program operacyjny Kapitał Ludzki. Priorytet IX Rozwój i wykształcenia i kompetencji w regionach, działanie 9,3 Upowszechnianie formalnego kształcenia ustawicznego „Postępowanie w stanach zagrożenia życia” podjęto uchwałę na realizację ww. projektu.

► Zgodnie z ustawą o podatku dochodowym podjęto uchwałę w sprawie opodatkowania członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi korzystających z dofinansowań szkoleń, kursów, konferencji, zjazdów, sympozjów i innych.

► Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi postanowiła objąć patronatem honorowym Projekt Leonardo da Vinci „Szkolne pielęgniarki w akcji” wyznaczając do współpracy w ww. projekcie Komisję Pielęgniarek Medycyny Szkolnej.

► Podjęto uchwały dotyczące zasad organizacji i zasad funkcjonowania Biura oraz regulaminu pracy pracowników Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

► Przyznano honoraria autorom artykułów opublikowanych w Biuletynie.

► Przyznano dofinansowania w:

- kursach kwalifikacyjnych: 8 osobom,
- kursach specjalistycznych: 4 osobom,
- szkoleniu specjalizacyjnym: 1 osobie,
- konferencji: 5 osobom,

Ze względów regulaminowych – wnioski złożone po terminie – odmówiono dofinansowania 2 osobom.

► Przyznano jednej osobie nagrodę po ukończeniu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo z oceną bardzo dobry w dyplomie.

► Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisji konkursowej na stanowisko naczelniej pielęgniarki w SP ZOZ w Kutnie.

Prezydium ORPiP w dniu 23 czerwca 2010 roku

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru położnych 1 położnej.

► Dokonano wymiany prawa wykonywania zawodu 3 pielęgniarkom.

► Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 5 pielęgniarek.

► Skreślono z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi 4 pielęgniarki i 1 pielęgniarka.

► Podjęto 2 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

► Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych: Centrum Edukacji ERUDIO – kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią (program dla pielęgniarek) i kurs specjalistyczny w zakresie monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży i porodu, (program dla położnych).

► Przyznano zapomogi bezzwrotne:

- 1 osobie: 2000 zł w związku ze zniszczeniem lokalu mieszkalnego w wyniku pożaru,

- 1 osobie: 1500 zł,
- 1 osobie przyznano pomoc finansową w wysokości 1200 zł.

▶ Przyznano dofinansowania w:

- szkoleniu specjalizacyjnym: 2 osobom,
- kursach kwalifikacyjnych: 32 osobom,
- kursie specjalistycznym: 3 osobom,
- konferencji: 21 osobom,
- studiach podyplomowych: 2 osobom.

▶ Przyznano dwóm osobom nagrodę po ukończeniu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo z oceną bardzo dobry w dyplomie.

▶ Podjęto uchwały w sprawach organizacyjnych Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zatwierdzające m.in. skład Szkolnego Zespołu Nadzorującego egzamin pisemny potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny oraz wysokości uposażeń dla wykładowców prowadzących zajęcia w szkole.

▶ Podjęto uchwałę w sprawie przystąpienia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do przetargu w Ministerstwie Zdrowia na szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i pielęgniarstwa chirurgicznego.

▶ Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do pracy w komisjach konkursowych na stanowiska:

- naczelną pielęgniarkę w Szpitalu Wojewódzkim w Bełchatowie.
- pielęgniarkę oddziałowej w Szpitalu Wojewódzkim w Bełchatowie, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Zgierzu i w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Piotrkowie Trybunalskim.
- ordynatorów.

▶ Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

Prezydium ORPiP w dniu 14 lipca 2010 roku

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 8 pielęgniarkom i 1 położnej.

▶ Dokonano wymiany prawa wykonywania zawodu 5 pielęgniarkom i 1 położnej.

▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarki.

▶ Skreślono z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi 2 pielęgniarki.

▶ Podjęto 2 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

▶ Podjęto decyzję o skrócenie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dłuższej niż pięć lat.

▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych: Agencja Usług Oświatowych „Omnibus” – szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, (program dla pielęgniarek).

▶ Trzem osobom przyznano zapomogi bezzwrotne w wysokości 1500 zł, jednej osobie przyznano pomoc finansową w wysokości 1200 zł.

▶ Podjęto decyzję o odmowie przyjęcia członków innej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych na kursy organizowane i finansowane z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – brak wolnych miejsc na kursach.

▶ Przyznano nagrody autorom artykułów, które zajęły trzy pierwsze miejsca w opublikowanym w Biuletynie konkursie „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych – blaski i cienie”.

▶ Na wniosek przewodniczącej Komisji Położnych dokonano aktualizacji członków komisji.

▶ Podjęto uchwały w sprawie uzupełnienia zbiorów Biblioteki Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz zakupu sprzętu biurowego do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

▶ Zatwierdzono składy osobowe kadry dydaktycznej do prowadzenia szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

▶ Przyznano dofinansowania w:

- kursach kwalifikacyjnych: 108 osobom,
- kursach specjalistycznych: 22 osobom,
- kursach doskonalących: 3 osobom,
- studiach podyplomowych: 2 osobom,
- konferencjach, zjazdach: 7 osobom

Ze względów regulaminowych – brak dwóch lat opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu – odmówiono dofinansowania 3 osobom.

▶ Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

▶ Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do pracy w komisjach konkursowych na stanowiska pielęgniarki oddziałowej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach.

oprac. mgr Anna Manes
sekretarz ORPiP w Łodzi

Apele i stanowiska XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

APEL Nr 1 **XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.**

do: Premiera Rządu, Ministra Zdrowia,
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

w sprawie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o podjęcie zdecydowanych działań zmierzających do wprowadzenia jednolitej zasady zawierania wieloletnich umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Zawieranie umów na okres roku i krótszy nie pozwala na racjonalne planowanie udzielania świadczeń, ich doskonalenie i poczucie stabilizacji zarówno dla świadczeniobiorcy jak i świadczeniodawcy.

Umowy wieloletnie z zagwarantowaniem corocznej waloryzacji stawek za udzielanie świadczeń powinny być standardowym sposobem współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeniodawców spełniających wymogi formalne określone w przepisach prawa.

Przedmiotowe rozwiązanie jest zdecydowanie korzystniejsze dla właściwej organizacji pracy zarówno płatnika jak i świadczeniodawców.

Przewodnicząca Zjazdu

APEL Nr 2 **XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.**

Do: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Ministra Zdrowia

w sprawie nowelizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o podjęcie zdecydowanych działań zmierzających do nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia. Zmieniony akt prawny powinien obejmować zakres świadczeń, do wykonywania których uprawnienie wynika z tytułu ukończenia poszczególnych rodzajów kształcenia przeddyplomowego oraz określonych form kształcenia podyplomowego. Niecelowym i niedopuszczalnym jest wymuszanie ukończenia kształcenia podyplomowego wobec umiejętności uzyskiwanych podczas nauki zawodu.

Przewodnicząca Zjazdu

APEL Nr 3 **XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.**

Do: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego
Funduszu Zdrowia

w sprawie minimalnych norm zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o podjęcie działań mających na celu zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania minimalnych norm zatrudnienia.

Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej normy zatrudnienia powinny być określone dla wszystkich grup zawodowych w ochronie zdrowia. Wskaźniki powinny być konkretne, dające możliwość pełnej i właściwej realizacji zadań na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy, gwarantujące właściwą jakość usług zdrowotnych, dostępność, a także bezpieczeństwo. Poziom zatrudnienia musi być możliwy do zweryfikowania zarówno przez podmioty udzielające świadczeń jak i płatnika.

Przewodnicząca Zjazdu

APEL Nr 4 **XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.**

Do: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

w sprawie umożliwienia położnym uzyskania tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o podjęcie działań zmierzających do umożliwienia położnym – absolwentkom szkół pomaturalnych uzyskanie tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa.

Odpowiednio zmodyfikowany programy kształcenia uwzględniający program nauczania zrealizowany w szkole pomaturalnej pozwoliłyby na zmniejszenie kosztów kształcenia, a jednocześnie pozwolił na ograniczenie potencjalnego wzrostu bezrobocia w grupie położnych.

Proponowane rozwiązanie pozwoliłyby także na uzupełnienie braków kadrowych w grupie zawodowej pielęgniarek, co będzie miało znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów i pielęgniarek, których już obecnie zaczyna brakować.

Przewodnicząca Zjazdu

APEL NR 5
XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.

Do: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

w sprawie odliczeń podatkowych

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zobowiązują Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych do wystąpienia do Ministra Finansów o podjęcie inicjatywy legislacyjnej w odniesieniu do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych i wprowadzenie możliwości odliczania od dochodu kosztów kształcenia podyplomowego i obowiązkowych składek z tytułu przynależności do samorządu zawodowego.

Przewodnicząca Zjazdu

1. Do władz państwowych:
 - o niezwłoczne zagwarantowanie pielęgniarkom i położnym wynagrodzenia na poziomie 150% corocznie waloryzowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.
2. Do społeczeństwa:
 - o zrozumienie, że starania samorządu pielęgniarek i położnych o wyższe wynagrodzenia podyktowane są także troską o stan opieki zdrowotnej w Polsce,
 - o wspieranie całego środowiska pielęgniarskiego w jego walce o godne warunki pracy w Polsce.
3. Do środowiska pielęgniarek i położnych:
 - o solidarne wspieranie postulatów ekonomicznych samorządu pielęgniarskiego,
 - o upowszechnianie świadomości zagrożeń wynikających z utrzymywania się obecnej sytuacji płacowej oraz konieczności jak najszybszych zmian w pielęgniarstwie.

Przewodnicząca Zjazdu

APEL Nr 6
XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.

Do: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych o zamieszczenie na stronie internetowej szerszego banku pytań – zadań testowych odrębnych dla poszczególnych dziedzin specjalizacji.

Przedstawiony w „banku pytań” zakres pytań jest bardzo ograniczony i nie odzwierciedla zakresu programowego dla poszczególnych dziedzin i metodologii konstruowania zadań egzaminacyjnych. Rozwiązanie przedmiotowej sprawy, zgodnie z życzeniem środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, będzie miało niewątpliwie korzystny wpływ na proces przygotowań do egzaminu, któremu zawsze towarzyszy duży stres.

Przewodnicząca Zjazdu

APEL Nr 8
XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o podjęcie działań zmierzających do określenia polityki rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w uzgodnieniu ze środowiskiem zawodowym, a następnie podjęcie działań zmierzających do wdrożenia ustalonej polityki do obowiązującego porządku prawnego.

- Polityka w tym zakresie powinna uwzględniać:
- warunki kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych, w celu zapewnienia odpowiedniej liczby pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia,
 - miejsce i znaczenie pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia,
 - potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego w zakresie świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, położne,
 - warunki kształcenia podyplomowego, z uwzględnieniem sposobu finansowania tego kształcenia,
 - priorytety w zakresie świadczeń i dostępności do nich w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych.

Przewodnicząca Zjazdu

APEL NR 7
XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mając na uwadze dobro członków samorządu pielęgniarek i położnych, dostrzegając ich powszechne niezadowolenie ze skandalicznie niskich zarobków, będąc świadkiem spadku zainteresowania młodzieży nauką w tych zawodach, coraz częstszymi faktami odchodzenia od zawodu, narastającym zjawiskiem emigracji motywowanej ekonomicznie domagają się stanowczo podjęcia przez Państwo działań na rzecz podniesienia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. W tym celu Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują:

STANOWISKO Nr 1
XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.

Delegaci zgromadzeni na XXV Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o zaniechanie praktyk stosowanych przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia polegających na narzucaniu rażąco niekorzystnych warunków finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej w 2010 roku. Monopolistyczna

pozycja na rynku ubezpieczeń zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia pozwala na ustalanie finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach pielęgniarstwa długoterminowego na poziomie niższym niż rzeczywiste koszty realizacji tych świadczeń. Odkąd istnieje ten produkt na rynku świadczeń zdrowotnych, poziom finansowania osobodnia w tym świadczeniu przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednym z najniższych w skali kraju.

Warunki kontraktowania tego świadczenia w 2010 roku przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia doprowadzą w szybkim czasie do:

- drastycznego pogorszenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowym dla pacjentów przewlekle chorych, niepełnosprawnych,
- likwidacji większości podmiotów pielęgniarstwa udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach pielęgniarstwa długoterminowego,
- pogorszenia sytuacji pielęgniarek, które wykonują wyżej wymienione świadczenia w ramach umów o pracę lub umów cywilno-prawnych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Pielęgniarska opieka długoterminowa, realnie finansowana, jest i tak dużo tańsza od pobytu pacjenta w szpitalu, czy zakładzie opiekuńczo-leczniczym, opiekuńczo-pielęgnacyjnym i powinna być preferowana przez instytucje, które odpowiadają za sposób wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne.

Świadczenia w ramach pielęgniarstwa długoterminowego, pielęgniarki realizują w miejscu pobytu pacjenta, w jego otoczeniu domowym, czyli środowisku najbardziej dla niego przyjaznym i komfortowym.

Od wielu lat rodziny pacjentów przewlekle chorych nie mogły liczyć na kompleksową opiekę pielęgniarstwa nad swoimi bliskimi. Pielęgniarska opieka długoterminowa oraz świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej finansowane metodą zadaniową były szansą dla wielu pacjentów na w miarę bezpieczne i normalne funkcjonowanie w swoich domach. Pacjenci i ich rodziny nie będą już mieli takiego dostępu do potrzebnych im świadczeń, a jeżeli nawet znajdą się podmioty udzielające świadczeń w ramach pielęgniarstwa długoterminowego, to będą to najprawdopodobniej nowe podmioty, nowe osoby, do których będą musieli przyzwyczaić się.

Ograniczenie świadczeń spowoduje, iż pacjenci dotychczas objęci pielęgniarstwem długoterminowym będą musieli znacznie częściej korzystać z opieki medycznej udzielanej w ramach pomocy doraźnej, leczenia szpitalnego, a to będzie prowadziło do dalszego wzrostu kosztów tych świadczeń medycznych, które będzie finansował Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wiele indywidualnych, grupowych praktyk pielęgniarek, położnych powstało by kontraktować świadczenia pie-

łęgniarstwa w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, teraz mogą pozostać bez środków do życia. Dramatyczna jest również sytuacja pielęgniarek wykonujących indywidualne czy też grupowe praktyki w domach pomocy społecznej, ponieważ proponowane środki finansowe na świadczenia pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej wykonywanej w stosunku do osób znajdujących się pod tym samym adresem grożą tym, iż pacjenci domów pomocy społecznej pozostaną bez należytej i gwarantowanej im przez prawo i państwo opieki.

Przewodnicząca Zjazdu

STANOWISKO Nr 2 XXV OZPiP w Łodzi z dnia 22 kwietnia 2010 r.

Delegaci XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają uwagę zarządzającym publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, a także organom założycielskim i rejestracyjnym, że kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych musi pozostawać w kompetencjach osób posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub odpowiednio położnej.

Zasady wykonywania przedmiotowych zawodów uregulowane zostały w przepisach ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.). Zgodnie z cytowaną ustawą wykonywanie tych zawodów polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające określone kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

Przedmiotem wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej jest w szczególności: wykonywanie świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia. Realizacja powyższych świadczeń odbywa się m.in. poprzez:

- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- realizację zleceń lekarskich,
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych,
- nauczanie zawodu, prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa, kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych.

Nadzór bezpośredni i kontrolę nad działalnością pielęgniarek i położnych, a tym samym za wykonywanie zadań pionu sprawować powinny zatem osoby posiadające prawo wykonywania zawodu i kwalifikacje dodatkowe przewidziane przepisami prawa. Osoba kierująca w zakładzie pracą pracowników pionu pielęgniarstwa/zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa, pielęgniarka naczelną/pełni przede wszystkim funkcję administracyjną i powinna podlegać bezpośrednio dyrektorowi naczelnemu zakładu i być członkiem ścisłego zarządu zakładu.

Przewodnicząca Zjazdu

Uprawnienia pielęgniarek oddziałów zabiegowych w zakresie podawania leków do cewnika zewnątrzoponowego

Podawanie leków do przestrzeni zewnątrzoponowej przez pielęgniarkę było już przedmiotem opinii konsultanta wojewódzkiego z województwa świętokrzyskiego w dziedzinie pielęgniarstwa oraz konsultanta wojewódzkiego z tego samego województwa w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki z dnia 29.05 2008 roku.

Generalnie pielęgniarka nie może wykonywać przy chorym czynności, do których nie ma przygotowania zawodowego. Przygotowanie zawodowe pozwalające na uzyskanie uprawnień do podawania leków zewnątrzoponowych polega w myśl Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (DzU Nr 197 póź. 1923) na posiadaniu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub posiadaniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Wyjątek od tej zasady określony został w § 1 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zalecenia lekarskiego (DzU Nr 210 póź. 1540). Zgodnie z powyższym zapisem pielęgniarka uprawniona jest do podawania na zlecenie lekarskie dożylnie, zewnątrzoponowo i podskórnie leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych objętych opieką paliatywną z uwzględnieniem nowoczesnych technik (stosowanie analgezji sterowanej przez chorego, ciągłego podawania leków i płynów podskórnie przy użyciu zestawu „Butterfly” oraz infuzorów) pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

Żadne z przepisów regulujących działania pielęgniarki nie przewiduje innych wyjątków (poza podanym wyżej) podawania leków zewnątrzoponowych przez pielęgniarkę nie posiadającą specjalizacji lub kursów kwalifikacyjnych z zakresu anestezyjologii. ●

Co należy rozumieć pod pojęciem „opis zdarzenia” w księdze raportów pielęgniarstkich

Kwestia księgi raportów pielęgniarstkich uregulowana została w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2006 r., nr 247, poz. 1819 z późn. zm.)

Zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia dokumentację medyczną dzieli się na dokumentację indywidualną odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń, w postaci co najmniej historii choroby i dokumentację zbiorczą, odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń. Zgodnie z § ww. rozporządzenia księga raportów pielęgniarstkich wchodzi w skład dokumentacji zbiorczej wewnętrznej.

Księga raportów pielęgniarstkich powinna zawierać krótką statystykę oddziału, numer kolejny wpisu, datę sporządzenia raportu, dane identyfikujące pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania, dane identyfikujące pielęgniarkę oraz jej podpis.

Zarówno w ww. rozporządzeniu jak i innych rozporządzeniach (DzU z 2003 r., nr 147 poz. 1437 i DzU z 2001 r., nr 83 poz. 903) dotyczących indywidualnej dokumen-

tacji medycznej nie określono definicji „zdarzenia”, jednak wg mnie należy zinterpretować je w sposób dość szeroki. W księdze raportów pielęgniarstkich należy, według mnie, umieszczać wszelkie istotne zdarzenia występujące na oddziale, tj. planowane badania diagnostyczne z podaniem nazwiska pacjenta, który ma być poddany badaniu, zabiegi operacyjne z podaniem nazwiska pacjenta, który ma być poddany zabiegowi operacyjnemu, stwierdzony brak lub uszkodzenie sprzętu medycznego, agresywne zachowania pacjenta lub jego rodziny z określeniem, którego pacjenta wpis ten dotyczy, ale także takie, które dotyczą pacjenta, tj. kontrola i ocena parametrów życiowych, samopoczucie pacjenta, prowadzonej terapii.

Tak szeroką interpretację zdarzenia można wysnuć z treści §53 ust. 1 ww. rozporządzenia przewidującego obowiązek udostępniania m.in. dokumentacji zbiorczej w zakresie wpisów dotyczących pacjenta w warunkach określonych w art. 18 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 2007 r., nr 14, poz 89 z późn. zm.). ●

radca prawny
Hanna Jagielska



ŁÓDZKI SALON NAUKOWY

KONFERENCJA "Wokół stomii"

22 października 2010 r., Łódź

Program Konferencji to kompendium wiedzy, od przygotowania pacjenta do operacji, poprzez zabieg, opiekę pooperacyjną, postępowanie z workami stomijnymi oraz codzienną higienę. Duży blok programu poświęcony jest temu jak zapewnić wsparcie psychologiczne pacjentom stomijnym i onkologicznym.

Wykłady poprowadzą:

prof. dr hab. n. med. Adam Dziki wraz z zespołem

dr n. med. Józef Bojko - Konsultant Woj. Anestezjologii i jeden z inicjatorów akcji „Szpital bez bólu” - Opole

dr Mariola Kosowicz - psychoonkolog i psychoterapeuta Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie - Warszawa

mgr Anna Świtacz - terapeuta i superwizor Programu Simontona - Łódź

Szczegółowy program znajdziecie Państwo na stronie internetowej www.lodzki salon naukowy.pl
Wypełnienie formularza na stronie jest jedyną formą rejestracji udziału w konferencji. Uczestnictwo w Konferencji jest potwierdzone certyfikatem.
Koszt uczestnictwa: do 30 IX - 80zł, po 30 IX - 120zł

Patronat nad konferencją objęli:

Konsultant Wojewódzki d.s. Chirurgii Ogólnej
Województwa Łódzkiego
prof. dr hab. n. med. Adam Dziki

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Województwa Łódzkiego



Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa ogólnego
Województwa Łódzkiego - mgr Wiesława Orłowska

Łódzkie Stowarzyszenie Stomijne.

Na pytania odpowiada organizator:
Centrum Doradczo-Szkoleniowe "proVena"
biuro@provena.com.pl,
tel. 798 641 278, 695 271 227
Ilość miejsc ograniczona.
Decyduje kolejność zgłoszeń.



„Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnymi”

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zaprasza położne i pielęgniarki rodzinne oraz położne i pielęgniarki zainteresowane niniejszą tematyką na II edycję kursu doskonalącego w zakresie opieki nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnymi, który odbędzie się w dniach 24 – 25 listopada 2010 roku, w godzinach od 9,00 do 13,45 na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 – II piętro, sala wykładowa.

Patronat merytoryczny kursu: dr hab. n. med. Ewa Gulczyńska – Kierownik Kliniki Neonatologii Instytutu „CZMP”, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Neonatologii.

Zgłoszenia w oryginale (na drukach opracowanych przez OIPIP) należy dostarczyć do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (ul. Piotrkowska 17) w godzinach pracy biura. Uczestnicy otrzymają certyfikaty. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc decyduje kolejność zgłoszeń.



Wolne miejsca na kursach i szkoleniach do końca 2010 roku (stan na dzień 30.07.2010)

1. KURS SPECJALISTYCZNY W ZAKRESIE:

- dla pielęgniarek i położnych: „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych” Nr 06/07, planowany termin IV kwartał 2010, 18 miejsc
- dla pielęgniarek: „Wykonywanie i ocena testów skórnych” w terminie 11.10.-10.11.2010, 9 miejsc

2. KURS DOSKONALĄCY W ZAKRESIE:

- dla pielęgniarek i położnych: „Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnymi”, w terminie 24-25.11.2010, 40 miejsc

3. WARSZTATY EDUKACYJNE W ZAKRESIE:

- dla pielęgniarek i położnych:
„Blżej cukrzycy”, w terminach: 13.09.; 11.10.; 13.10.; 08.11.2010 r., w godz. 14.00-16.00, 30 miejsc
„Hipoglikemia poposiłkowa”, w terminach: 23.09.2010 r., w godz. 14.15-16.00, 40 miejsc
„Insulinoterapia”, w terminach: 16.09.; 07.10.; 18.11.2010 r., w godz. 14.00-16.00, 35 miejsc

Informacji udziela Sekcja Szkoleń Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy biura, pod nr tel. 42 639 92 62.



„Sepsa – problemy pielęgnacyjne chorego w intensywnej terapii”

Naczelną Pielęgniarką oraz zespół pielęgniarski Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi serdecznie zaprasza na konferencję naukowo-szkoleniową: „Sepsa – problemy pielęgnacyjne chorego w intensywnej terapii”.

Jako wykładowców zaprosiliśmy wybitnych specjalistów. Konferencja odbędzie się w dniu 01.10.2010 roku w godzinach 9.00 – 14.00 w Auli Palucha Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi ul. Kopcińskiego 22. Zgłoszenia uczestnictwa prosimy kierować do dnia 17.09.2010 roku do sekretariatu Naczelnej Pielęgniarki – nr. tel. 42 6776884 w godz. 10.00 – 13.00.



„Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej”

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi organizuje konferencję naukowo-szkoleniową nt. „Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej”

Termin: 15.10.2010 r. godz. 9.00–15.00

Miejsce: ICZMP w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, aula – Pawilon Ginekologiczno-Położniczy.

W programie tegorocznej konferencji poruszone będą m.in.: zagadnienia związane z pracą pielęgniarki w oddziale ratunkowym oraz zagrożenia występujące na stanowisku pielęgniarki operacyjnej i psychiatrycznej.

Przedstawiona zostanie również sytuacja demograficzna i zdrowotna pielęgniarek województwa łódzkiego.

Karty zgłoszenia na załączonym druku należy składać do 1 października 2010 roku w sekretariacie Biura OIPiP w Łodzi, p. 308.



„Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej: leczenie i promowanie zdrowia psychicznego”

Konferencja naukowo-szkoleniowa organizowana przez Komisję Pielęgniarek Psychiatrycznych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi „Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej: leczenie i promowanie zdrowia psychicznego”.

Termin: 11.10.2010 roku, godz. 9.00–15.00.

Miejsce: Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II, ul. Czapliniecka 123, Bełchatów.

W programie m.in.:

- Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna w trybie wnioskowym, w kontekście poszanowania praw pacjenta poradni zdrowia psychicznego (B. Kmieciak)
- Formy organizacyjne leczenia psychiatrycznego. Tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (G. Korybut)
- Środowiskowa pielęgniarka psychiatryczna – nowy model opieki pielęgniarskiej. Kompetencje i zadania pielęgniarki w czeskiej opiece psychiatrycznej (W. Nyklewicz)
- Płaszczyzny zawodów medyczno-społecznych (A. Głowacka)
- Promocja zdrowia psychiatrycznego – potrzeba działania (D. Wolska-Trylińska)
- Dorosłe dzieci alkoholików – (Wiktor Sapiejka)

Karty zgłoszenia na załączonym druku należy składać do 1 października 2010 roku w sekretariacie Biura OIPiP w Łodzi, p. 308.

Karta zgłoszeń na konferencje „Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej” oraz „Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej: leczenie i promowanie zdrowia psychicznego” znajduje się na stronie 12 lub do pobrania na stronie internetowej www.oipp.lodz.pl

KARTA ZGŁOSZENIA

TEMAT KONFERENCJI:

.....
.....

TERMIN KONFERENCJI:

.....
.....

MIEJSCE KONFERENCJI:

.....

IMIĘ I NAZWISKO:

.....

MIEJSCE PRACY:

.....
.....

TELEFON KONTAKTOWY:

.....

STANOWISKO:

.....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA:

.....

ELŻBIETA GLINKA

Wyzwania zawodu położnej

samodzielność, odpowiedzialność, współpraca

W dniach
7 – 8 maja
uczestniczyliśmy
w II konferencji
zorganizowanej
z okazji Dnia
Położnej przez
Komisję ds.
Położnych przy
Okręgowej Radzie
Pielęgniarek
i Położnych
w Gdańsku.
Konferencja
odbywała się na
terenie Centrum
Hotelowo-
Konferencyjnym
Hotel „Orle”.

Ośrodek położony jest na Wyspie Sobieszowskiej, w lesie, w odległości 150 m od brzegu Bałtyku. Niestety, panująca w dniach 7 i 8 maja pogoda nie pozwoliła nam cieszyć się w pełni z uroków nadmorskich krajobrazów.

Konferencję otworzyła i gości powitała pani Danuta Adamczyk-Wiśniewska – przewodnicząca ORPiP w Gdańsku, pełniąca również funkcję wojewódzkiego konsultanta ds. pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego. Wprowadzając w tematykę konferencji omówiła „Prawne aspekty samodzielności zawodowej położnych”.

★

W pierwszym dniu konferencji omawiano następujące zagadnienia:

1. Najnowsze zastosowania komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
 2. Pozapłacowe czynniki motywujące położne do wykonywania zawodu.
 3. Udział położnych w programie masowych badań cytologicznych.
 4. Diagnostyka laboratoryjna u kobiet w ciąży.
 5. Standard opieki okołoporodowej, przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia, przedstawiła prezes Fundacji „Rodzić po ludzku” pani Anna Otffinowska.
 6. Samodzielność położnych we wspieraniu kobiet wchodzących w okres okołomenopauzalny.
 7. Nowa metoda w diagnostyce raka szyjki macicy. Cytologia na podłożu płynnym.
 8. Rola położnej w opiece nad dzieckiem niepełnosprawnym – dogoterapia.
 9. Wspomaganie dziecka w rozwoju. Rola położnej.
- Pierwszy dzień zakończył się uroczystą kolacją.

★

Podczas obrad drugiego dnia omawiano:

1. Samodzielność w pracy położnej rodzinnej, którą przedstawiła Beata Balon, położna, która od roku 2006 prowadzi indywidualną praktykę położniczą na terenie miejscowości Gniew i okolic.
2. Realizację opieki położniczej w placówkach o różnym stopniu referencyjności.

Konferencja zakończyła się w sobotnie południe. Czekala nas podróż do Łodzi a potem już proza życia.

Elżbieta Glinka
Przewodnicząca Komisji Położnych

Rozstrzygnięcie konkursu

„Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych – blaski i cienie”

Uprzejmie informujemy, iż w dniu 15 czerwca 2010 roku na posiedzeniu komisji konkursowej w składzie: Anna Manes, Danuta Zwolińska Małgorzata Guminiak-Zdziarska, Danuta Twardowska, Mirosława Olejniczak, spośród 9 prac, które wpłynęły na nasz konkurs, wyłoniono zwycięzców:

I miejsce i 750 zł nagrody otrzymuje autorka pracy pt.:
**„Nowe wyzwania,
stare nadzieje”**

II miejsce i 500 zł nagrody dla autorki artykułu pt.:
„Czyż byśmy były gorsze?”

III miejsce i 300 zł dla autorki artykułu pt.:
**„Dlaczego wybrałam
ten kierunek studiów?”**

Nagrodę niespodziankę komisja wylosowała dla pracy pt.: **„Panta rhei”**

Zwycięskie prace publikujemy na łamach aktualnego wydania Biuletynu na stronach 14 – 21.

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.

Redakcja Biuletynu

Nowe wyzwania

W pielęgniarstwie przez długi czas nurt zmian był bardzo słaby, aby w dużym stopniu nasilić się w ciągu ostatnich kilku lat.

Zmiany dotyczące wymagań w stosunku do licznych grup zawodowych w naszym kraju związane są ściśle z innymi przekształceniami ostatniego dwudziestolecia: społeczno-ustrojowymi. Równoległe z przystosowaniem standardów kształcenia do wymogów Unii Europejskiej następuje profesjonalizacja wielu dziedzin życia. Mało kto, zapewne, wyobraża sobie obecnie, by jego dziecko nauczane było przez osobę, która nie posiada wyższego wykształcenia. Lub policjanta bez matury.

W pielęgniarstwie przez długi czas nurt zmian był bardzo słaby, aby w dużym stopniu nasilić się w ciągu ostatnich kilku lat. Marazm, jak sądzę, związany był z ogólną sytuacją w służbie zdrowia, jej zachowawczym charakterem, ścisłą hierarchizacją, paternalistycznym podejściem do pacjentów i współpracowników przez lekarzy. Wiele osób uważało, że transformacja ominię nasze środowisko.

Aktualne przeobrażenia wymuszone są przez rosnące oczekiwania pacjentów/klientów, wymogi europejskie, światowe. Ale również przez zwiększającą się samoświadomość zawodową



ania, stare nadzieje

Czy studia licencjackie, magisterskie zwiększają kompetencje praktykujących już pielęgniarek? Moim zdaniem tak. Wiele zależy jednak od motywacji osoby podejmującej wyzwanie związane z kształceniem na wyższym poziomie.

pielęgniarek, szukających (za przykładem zagranicznych koleżanek) możliwości realizacji innych funkcji niż tylko pomocniczych w stosunku do działań lekarzy.

Obserwowana jest jednak pewna polaryzacja stanowisk, opinii pielęgniarek. Część środowiska dąży do zmian, część zaś uważa (nie zważając na ustawy stanowiące o zawodzie), iż wykształcenie, które zdobyło nie miało żadnych minusów i powinno wystarczyć na całe życie zawodowe. Sytuację potęguje fakt dużej rozbieżności pomiędzy pielęgniarstwem akademickim a praktycznym w przeszłości. Wystarczy poczytać nasze fora internetowe, wymianę opinii między „licealistkami” oraz „magisterkami” by zrozumieć, że postawy konserwatywne są wśród nas wielce żywotne.

Uderzający jest również widoczny w tym miejscu wzajemny brak szacunku, zrozumienia a także solidarności zawodowej. Podczas gdy świat zachodni zastanawia się nad edukacją, kompetencjami „pielęgniarki zaawansowanej praktyki” my marzymy o powrocie nauczania na poziomie szkoły średniej.

W mojej opinii spór o przygotowanie przeddyplomowe jest w swej istocie sporem o kształt naszej roli: matka/opiekunka czy profesjonalistka. Współczesne pielęgniarstwo musi łączyć obie te opcje, wymagając od adeptek zarówno określonych cech osobowości jak i wiedzy pozwalającej na kry-

tyczne spojrzenie na własne ograniczenia oraz na wdrażanie zdobyczy aktualnej nauki do praktyki. Pielęgniarstwo ewoluuje – już nie tylko empatia i odpowiedzialność (ale to też, na pierwszym miejscu!), sprawność techniczna wykonywania zabiegów, ale również weryfikacja poprzez badania naukowe sposobów postępowania, korzystanie z medycznych baz danych, aby jak najlepiej służyć pacjentowi. To także zrozumienie złożonej często sytuacji psychologicznej, społecznej podopiecznego. Rozpoznanie jego problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych, dostosowanie działań do jego indywidualnych potrzeb. Udzielenie wyczerpujących informacji dotyczących stylu życia sprzyjającego zdrowiu, przyjmowania leków, ich skutków ubocznych itp. Tych zadań nie da się realizować dobrze bez ciągłego podnoszenia kwalifikacji.

Czy studia licencjackie, magisterskie zwiększają kompetencje praktykujących już pielęgniarek? Moim zdaniem – tak. Wiele zależy jednak od motywacji osoby podejmującej wyzwanie związane z kształceniem na wyższym poziomie. Jeśli idziemy na uczelnię czy kursy podyplomowe tylko po to by „mieć papier” albo uważamy, że „musimy”, efekt wysiłku może być niewielki, bez względu na jakość nauczania. Najbardziej istotna może być wtedy organizacja zajęć, praca dziekanatu, mniej – wartość merytoryczna wykładów. Oso-

ba interesująca się wykonywaną pracą, ukształtowana zawodowo potrafi wynieść korzyść z zajęć pozornie dalekich od dziedziny, którą aktualnie się zajmuje. Studia dają poczucie kompetencji w szerszym zakresie, pozwalają na spojrzenie z pewnego dystansu na to co robimy. Pokazują, że jesteśmy jednymi z dobrze przygotowanych członków zespołu terapeutycznego. Mających określoną wiedzę, umiejętności i inną, nam właściwą, perspektywę, z której patrzymy na pacjenta.

Okres przejściowy, w jakim obecnie się znajdujemy, związany jest z pewnymi niedociągnięciami. Wynikają one z braku jasnych kryteriów pozwalających na wykonywanie konkretnych czynności, świadczenia usług, pełnienia ról przez osoby z różnym stopniem wykształcenia pielęgniarskiego. Rodzi to paradoksy m.in. w odbywaniu obowiązkowych praktyk zawodowych w trakcie studiów. Posiadający prawo do wykonywania zawodu (we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej) „uczą się” np. toalety chorego. W konsekwencji w wielu placówkach nie ma odzwierciedlenia zróżnicowania wykształcenia w zróżnicowaniu płac.

Okres przejściowy, jak sama nazwa wskazuje, kiedyś jednak się skończy. Mają tego świadomość pielęgniarki/położne, które w dużej liczbie korzystają ze stworzonej możliwości tzw. studiów pomostowych. Znaczne skrócenie czasu ich trwania, dofinansowywanie, pozwala na możliwość uzyskania tytułu licencjata, dostępną w tej formie jedynie nielicznym grupom zawodowym.

Moje pięcioletnie studia (po ukończonym studium medycznym) były unikatem chyba w skali światowej. Łączna liczba godzin – blisko 9000 – zadziwić może nawet najzgorzalszych przeciwników polskich pielęgniarek. Zadbali o to nasi ustawodawcy...

Roczny licencjat można potraktować jak rodzaj kursu pozwalającego na zaktualizowanie wiedzy i nowe podejście do pracy. Do tego potrzeba jednak jasnego sprecyzowania swoich

celów, otwartego umysłu i pomocy ze strony wykładowców. Często zdarza się niestety, że również oni nie posiadają dobrze określonej wizji sylwetki osoby kończącej studia przeznaczone dla osób już czynnych zawodowo.

Zmiany systemu kształcenia i objęcie nimi pielęgniarek pracujących „przy łóżku pacjenta” dają nie istniejące wcześniej możliwości. W przeszłości edukację na poziomie wyższym kontynuowały osoby pragnące pełnić funkcje kierownicze lub dydaktyczne. Obecnie rodzi się szansa połączenia nauki i sztuki pielęgnowania, teorii z praktyką, co stwarza warunki do rozwoju pielęgniarstwa jako dziedziny bardziej autonomicznej.

Innym problemem jest podejście większości pracodawców (na szczęście nie wszystkich jeszcze) do zagadnienia podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki. Chętnie widzą „gotowy produkt”, jako zbędne postrzegając pomaganie (np. poprzez urlopy szkolne/szkoleniowe) personelowi w tym procesie. Wskazuje to na brak dbałości o jakość świadczonej przez nas pracy.

Wiele kontrowersji wśród praktykujących pielęgniarek budzi poziom umiejętności osób młodych opuszczających mury uczelni medycznych. Moim zdaniem spór ten jest w dużym stopniu niepotrzebny i powstaje na linii nowe – stare.

Musimy pamiętać, że żadne studia nie przygotowują w pełni do pełnienia samodzielnie ról zawodowych, szczególnie w tak zróżnicowanym świecie pielęgniarstwa. Są jedynie bazą, podstawą, na której buduje się umiejętności zaawansowane. Te zdobywa się w określonych oddziałach, specjalizacjach. Temu też służyć powinny podyplomowe kursy kwalifikacyjne. Stąd również wynika potrzeba edukacji przez całe życie zawodowe.

Absolwentki posiadają często cechy, za które ich nie lubimy, a których im zwykle zazdrościmy: umiejętność stawiania granic, poczucia własnej wartości, wiedzy teoretycznej. Dlaczego jest ich tak mało, dlaczego rośnie luka pokoleniowa?

Odpowiedź jest oczywista dla wszystkich, którzy znają realia w polskich szpitalach. Brak satysfakcjonujących zarobków, określonej ścieżki rozwoju zawodowego, brak możliwości awansu zarówno poziomego jak i pionowego (zależny jest on zwykle od przypadku lub preferencji przełożonych). Utrudniony dostęp do zdobywania dalszych stopni naukowych („szklany sufit”, o który objają się pielęgniarki pragnące zajmować się badaniami naukowymi, niezrozumienie również ze strony własnego środowiska).

Praca trudna, nie niosąca prestiżu, choć szanowana przez ogół. Brak realnych norm zatrudnienia. Duża odpowiedzialność społeczna i prawna, rozbieżność pomiędzy akademicką wizją pielęgniarstwa a rzeczywistością szpitali, poradni. A kierunek jest jednym z trudniejszych – wystarczy porównać liczbę godzin wykładów oraz praktyk (nawet na medycynie jest ich mniej!), nie wspominając o obciążeniu psychicznym i fizycznym. Dodatkowo w świadomości społecznej pielęgniarka to tylko asystent lekarza. „Po co pielęgniarkom studia? Chyba tylko po to, by żądać wyższych płac” – piszą na forach internauci.

Ja nie żałuję godzin spędzonych na uczelni. Mimo wszystko. Mimo różnych uwag czy komentarzy, mimo zrezygnowania z wielu chwil spędzonych z rodziną (zawsze jest coś za coś ...), możliwości dodatkowej pracy. Mając perspektywę oddalającego się wieku emerytalnego myślę, że warto było.

Tymczasem staram się wykorzystywać nabytą wiedzę w miarę istniejących możliwości. Takie też istnieją – trzeba tylko aktywnie ich szukać, nie chować dyplomu do szuflady.

Swoim dzieciom powtarzamy żeby się uczyły bo to da im lepsze perspektywy, wybór. Mam cały czas nadzieję, że zdanie to będzie prawdziwe kiedyś również w stosunku do pielęgniarstwa. ●

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji

Czyż byśmy były gorsze?

Jestem pielęgniarką z 20-letnim stażem pracy, pracuję czynnie zawodowo. Naukę zawodu rozpoczęłam w latach 80-tych, dyplom pielęgniarki można było wówczas uzyskać po ukończeniu pięcioletniego liceum medycznego. Korzystając z okazji, dziękuję wszystkim nauczycielom z tamtego okresu, którzy nie tylko nas uczyli, ale również wychowywali. Wpływali na naszą osobowość, kształtując w nas cechy prawdziwej pielęgniarki.

Mój stały niedosyt wiedzy oraz chęć podnoszenia kwalifikacji zawodowych sprawiał, że uczestniczyłam w różnych kursach, skończyłam specjalizację zachowawczą, aż w końcu podjęłam decyzję o rozpoczęciu studiów na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa UM. Po uzyskaniu tytułu magistra pielęgniarstwa ciągle czuję niedosyt w zakresie doskonalenia zawodowego a czasem nawet dyskomfort i niezadowolenie.

Temat pracy to „Blaski i cienie w kształceniu zawodowym pielęgniarek i położnych”. Moim zamiarem nie jest nikogo osądzać, ale chciałabym przedstawić moje subiektywne odczucia. Wyrażając swoją opinię zacznę od pozytywnych aspektów nauczania. Na przełomie lat widzimy wiele więcej

możliwości w podnoszeniu kwalifikacji w kształceniu pielęgniarek i położnych. Jest to szeroki przekrój kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych, szkoleń, możliwości studiów II i III stopnia, studiów pomostowych, a nawet po uzyskaniu tytułu magistra – studiów poddyplomowych. Wiele form kształcenia jest dofinansowanych, a co za tym idzie nie wymagają ponoszenia kosztów przez beneficjenta. Satysfakcja jest tym większa, jeżeli osoba nauczająca jest profesjonalistą i w sposób ciekawy potrafi przekazać wiedzę i doświadczenie. Mamy coraz więcej magistrów, doktorów pielęgniarstwa. Spotkałam na swojej drodze zawodowej wiele mądrych pielęgniarek i położnych. Coraz częściej można spotkać zgodę zakładów pracy na tak zwane urlopy szkoleniowe, na autodokształcanie się. Dobrze zorganizowane kursy i szkolenia obecnie nie należą już do rzadkości. Kursy i szkolenia organizowane w ramach projektów z Unii Europejskiej – np. Program Kapitał Ludzki, są dla nas wielką szansą i okazją w rozwoju zawodowym. Od nas samych zależy, czy chcemy podnosić swoje kwali-

fikacje, rozwijać się zawodowo i być profesjonalistami.

Rozważając wady w kształceniu zawodowym chciałabym zwrócić uwagę na następujące aspekty.

Na samym początku ośmielałam się zwrócić uwagę na program nauczania pielęgniarek i położnych. W trakcie studiów na jednym z przedmiotów dowiedziałam się bardzo dokładnie o zabiegach na otwartym sercu, natomiast nikt nie powiedział nam o nowoczesnych metodach leczenia odleżyn (jakże ważny temat dla pielęgniarek). Dlaczego? Odpowiedź jest prosta – wykłady były prowadzone przez lekarzy specjalistów z zakresu kardiochirurgii. Podkreślałam, że my pielęgniarki mamy być profesjonalistkami z zakresu pielęgniarstwa, profilaktyki a nie leczenia. Nie wątpię w wiedzę lekarzy, jeżeli jednak słuchaczkami są pielęgniarki, położne, to zakres materiału przedstawionego na wykładach powinien być dostosowany do tej grupy zawodowej. Innym przykładem może być sala ćwiczeń i tam odbywające się zajęcia.

Mamy XXI wiek, także w pielęgniarstwie, a tymczasem z przerażeniem patrzyłam jak nauczycielka pokazując toaletę chorego w łóżku podmywała pacjenta przez polewanie krocza wodą

W TRAKCIE STUDIÓW

DOWIEDZIAŁAM SIĘ BARDZO

DOKŁADNIE O ZABIEGACH NA

OTWARTYM SERCU, NATOMIAST

NIKT NIE POWIEDZIAŁ NAM

O NOWOCZESNYCH

METODACH LECZENIA ODLEŻYN

z dzbanka. Proszę mi wskazać szpital, w którym w taki sposób wykonuje się toaletę (przypominam, że były to zajęcia z pielęgniarkami bez położnych).

Zakres wiedzy przekazywany w ramach kształcenia pielęgniarek jest bardzo szeroki, często przekraczający kompetencję pielęgniarek i położnych. Szkoda, że nie możemy skupić się, aby więcej czasu poświęcić na czysto pielęgniarskie sprawy, aby móc reprezentować profesjonalizm w szerokim tego słowa znaczeniu.

Dobór kadry nauczającej ma bardzo duże znaczenie w kształceniu postaw przyszłych pielęgniarek i położnych.

Ukazując pozytywne aspekty kształcenia zawodowego, wspomniałam o bardzo dobrze przygotowanych wykładowcach. Pozwólm, by takie osoby nas nauczały. Moim zdaniem wykładowca to osoba, która posiada dużą wiedzę i potrafi przekazać ją słuchaczom. Jak wcześniej wspomniałam kończyłam studia jako osoba dojrzała zawodowo. Z przerażeniem przepisywałam książki podczas niektórych wykładów. Obcojęzyczna koleżanka w czasie jednego z wykładów, na którym przepisywałyśmy wspomnianą książkę, stwierdziła, że wykładowca czytający z foliogramu, przeszkadza jej w przepisywaniu. Nauczyciele, którzy prowadzą naukę zawodu praktycznego tzw. praktykę zawodową powinni pracować czynnie zawodowo. Pielęgniarka, która nigdy nie pracowała w zawodzie, nie ma doświadczenia w praktyce, nie połączy teorii z praktyką.

Coraz częściej spotyka się szkolenia wewnątrzzakładowe. Jeżeli już takie są, to chwalmy się nimi, niech one rzeczywiście się odbywają, a nie jak często to widzę, są fikcją. Mamy w swoich zakładach pracy wielu mądrych ludzi, wykorzystajmy to. Tu nie potrzeba dużego nakładu finansowego, a odrobinę dobrej woli i zainteresowania ze strony osób kierujących.

Apeluję do wszystkich pań/panów pełniących rolę kierowniczą: to wam powinno zależeć na dobrze wykształconym, fachowym personelu. Zarządzając takimi pracownikami macie mniej problemów, a praca przynosi satysfakcję i efekty. Mam nadzieję, że już nigdy z ust pielęgniarki na kierowniczym stanowisku nie usłyszę: „A po co to pani? To pani prywatna sprawa!”. Z przerażeniem obserwowałam kiedyś pewną panią oddziałową, która wprowadzając nową procedurę nie udostępniła jej pielęgniarkom odcinkowym, robiła z tego tajemnicę. Uważała się za niezastąpioną. Ale czy była taka naprawdę? Co reprezentowała swoim zachowaniem?

Odpowiadając na postawione pytania dotyczące blasku i cieni w kształceniu pielęgniarek i położnych uważam, że na te pytania nie da się w sposób jednoznaczny odpowiedzieć. Odpowiedź tkwi w wielu problemach, z jakimi boryka się pielęgniarstwo.

Pielęgniarstwo jest nauką i zawodem niezależnym, samodzielnym. Ale czy jest tak w rzeczywistości? My jako członkowie zespołu terapeutycznego mamy współpracować z pozostałymi osobami, a nie być od nich zależny-

mi. Przecież znamy swój zakres obowiązków.

Nie potrafię zrozumieć, dlaczego zakłady pracy udzielają lekarzom więcej urlopów szkoleniowych, stwarzają większe możliwości rozwoju zawodowego niż pielęgniarkom i położnym. Czyż byśmy byli gorsze? Dlaczego pielęgniarki naczelne, przełożone, oddziałowe, koordynujące podlegają pod dyktando szpitala (lekarzy)? Dlaczego na awans pielęgniarki największy wpływ ma lekarz (ordynator oddziału)? Czy na tym polega nasza niezależność i samodzielność zawodowa? Nasze prace na obronach są często pracami lekarskimi, a nie pielęgniarskimi, gdyż promotorami tych prac są właśnie lekarze. Pisane prace pod kierunkiem lekarzy, często nie mają nic wspólnego z pielęgniarstwem.

Mimo rozwoju pielęgniarstwa nadal nasz zawód nie jest samodzielny i podlegamy pod lekarzy.

Przyszedł czas, aby to zmienić, ale właśnie tutaj potrzebna jest nasza wiedza i perfekcjonizm. Musimy reprezentować profesjonalizm w szerokim tego słowa znaczeniu, być zjednoczoną grupą zawodową. Każde zmiany należy zaczynać od samego siebie, najpierw dawać, a później brać.

Życzę sobie oraz wszystkim koleżankom i kolegom, aby nasz zawód stał się niezależną profesją, a nasza praca była częścią lepszego jutra. ●

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji

Dlaczego wybrałam ten kierunek studiów?

Wybierając kierunek pielęgniarstwo nikt nie przypuszczał, że będzie dietetykiem, rehabilitantem, filozofem, psychologiem i lekarzem w jednej osobie – pielęgniarce

Lipiec 2007 roku – koniec żmudnej, długiej drogi do zdobycia prawa wykonywania zawodu. Wspaniale! Wolność! Wakacje! Praca! Co ja sobie myślałam wybierając ten kierunek studiów? Hm... Ratowanie ludzkiego życia, poznawanie ludzi i ich zachowań w niecodziennych sytuacjach, piękno i osobliwy urok białego munduru (jego czystość, niewinność, empatia), praca w zespole (razem z lekarzami, ratownikami, psychologiem). Innymi słowy, szpital jako jedna wielka rodzina. I chyba za dużo w tym było oglądania serialu „Ostry dyżur”.

Co dała nam zmiana systemu kształcenia pielęgniarzek? Nie ma studium czy liceum medycznego. Teraz są studia. I to dwustopniowe. Zajęcia od rana do nocy (od bardzo wczesnego rana do ciemnej nocy). Poza domem ponad 15 godzin. Zajęć od groma, większość w dzikim pędzie (bo materiału dużo, a czasu mało). Ktoś tutaj chyba tego wszystkiego tak do końca dokładnie nie przemyślał.

Wykłady z kliniki:

- odbywają się,
- profesor zapomniał,
- profesor ma konferencję lub ważniejsze sprawy na głowie niż wykład dla studentów pielęgniarstwa,

- slajdy są po angielsku i przygotowane dla kierunku lekarskiego,

- profesor w pełni przygotowany do zajęć, wykazujący szacunek w stosunku do słuchaczy – rzadkość.

Ćwiczenia nie wyglądały lepiej. Coś pokazali, poopowiadali, grup pięć (ratownicy, lekarski trzy, no i my – pielęgniarstwo), oczywiście najlepiej zakupić sobie od razu aparat słuchowy, aby cokolwiek usłyszeć. Dla zabicia czasu wywiadzik z pacjentami, którzy po siódmym razie zadawania tych samych pytań mieli dość – i nie dziwota, jak królik doświadczałny.

Wykłady z pielęgniarstwa to przede wszystkim nauka szybkiego pisania plus podzielność uwagi. Materiału ogrom, a czasu jak na lekarstwo. Trzeba było być bardzo pojętnym, aby przebyć przez niektóre ćwiczenia (np. cewnikowanie, wykonując je raz na sali demonstracyjnej, po pół roku zrobić to samo na ocenę na praktykach – gratulacje i powodzenia). Teraz studia to szybki kurs dorastania i obóz przetrwania. Wiele osób odeszło z tego kierunku, ponieważ nie dało rady. To psychiczne i fizyczne umęczenie. Wiele niedomówień o czas zajęć, ich miejsce. Przemieszczania się z jednego końca Łodzi w drugi w 20 minut (nierealne,

ale według uniwersytetu wykonalne), brak swojego miejsca, brak dostępu do jakichkolwiek informacji. Wybierając ten kierunek nikt nie przypuszczał, że będzie dietetykiem, rehabilitantem, filozofem, psychologiem i lekarzem w jednej osobie – pielęgniarce.

Myślę, że zmiana systemu kształcenia nie spełnia pokładanych w nim oczekiwań. Wydział nie ma swojego konkretnego miejsca, sale demonstracyjne są fatalnie wyposażone. Lekarze, profesorowie mało się z nami liczą (żeby zapomnieć o egzaminie też trzeba być w pełni poświęconym swojej pracy).

Studia pielęgniarckie to nadal eksperymentowanie, metoda prób i błędów. Co jest lepsze: pielęgniarce – człowiek, czy pielęgniarce – robocik? Szkoda jednak, że to wszystko odbywa się kosztem studenta i pacjenta. Nie wiele osób wybiera ten kierunek, a już garstka go kończy. Dlaczego pytacie? A co nam fundują media i rzeczywistość? Płaca nijaka, służba zdrowia stoi kiepsko (a raczej już leży). Szacunku w społeczeństwie dla tego zawodu nie ma: lekarz Bóg, a na pielęgniarce to można wszystkie brudy wylewać. Ale przede wszystkim same się wzajemnie nie szanujemy (większość uto-

piłaby się nawzajem w kałuży, gdyby się tylko dało).

Droga kształcenia jest wyboista i ciężka do przebycia. Skończyłam licencjat – cudownie! Ale chwileczkę, z tą euforią trochę ostrożniej. A dwa kolejne lata magisterki? I jeszcze pogodzić to z pracą. W sumie nie było tak źle. Jedyne z czego się śmiać, to z faktu, że ocenia się mnie za zakładanie wkłucia obwodowego przy mojej 2,5-letniej praktyce w zawodzie (gdzie nie takim pacjentom się je zakłada – bez ciśnienia, bez widocznych żył, podczas reanimacji, pacjentom z przykurczami) pacjentowi samodzielnemu z pięknymi żyłami, jak malinki. Organizacja taka sama, jak na licencji, wybieranie promotora i recenzenta do pracy magisterskiej – koszmar, ale się udało i sierpień roku 2009 równał się koniec studiów. Nie oznacza to, że teraz człowiek wie wszystko. Warto więc zainteresować się jakimiś kursami. Wybór taki sobie, terminy w porządku. Ale jeśli chcę zrobić trzy kursy w roku? Koszt jednego pokryje Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, a za resztę trzeba zapłacić i to niemałe pieniądze.

Drugi problem to czas, a właściwie jego brak. Nie ma oddelegowania.

Teraz studia to szybki kurs dorastania i obóz przetrwania. Wiele osób odeszło z tego kierunku, ponieważ nie dało rady. To psychiczne i fizyczne umęczenie. Zająć od groma, większość w dzikim pędzie. Ktoś tutaj chyba tego wszystkiego tak do końca dokładnie nie przemyślał.

Z dyżuru na kurs i odwrotnie – znowu maratonik. To może jakieś szkolenie w pracy? Większość to nudne slajdy i monotony wykład, zero nowości – „klepanie” tego, co już wiemy. Może warto się poświęcić i przyjść, chociaż dla tego kawałka papieru otrzymywanego za udział w szkoleniu?

Czy Twoim zdaniem zmiany w systemie kształcenia zawodowego spełniły oczekiwania Twoje i naszego środowiska? Moim zdaniem nie. Jest wiele luk i niedomówień. Wydział stworzono za szybko, aby uczelnia mogła stać się uniwersytetem. Nikt nie pomyślał, jak to będzie wyglądało i czy to ma jakikolwiek sens. Nie ma stabilnego fundamentu i cała budowla się chwieje i trzeba trzymać kciuki, aby nie upadła.

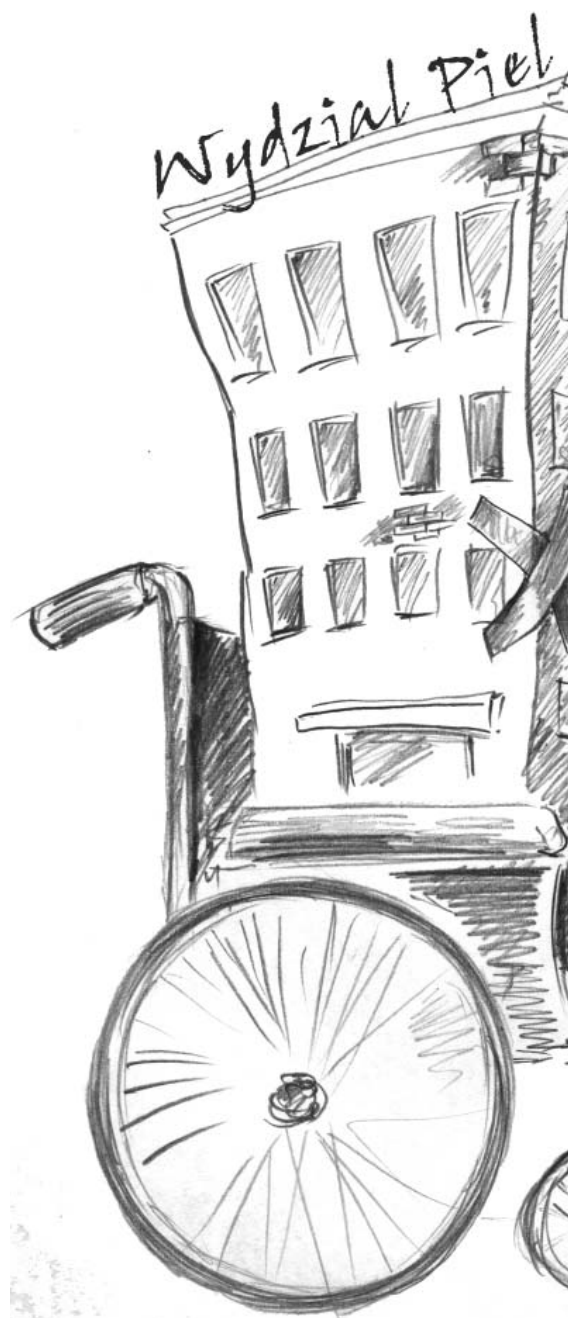
Czy społeczność pielęgniarek i położnych zainteresowana wzbogacaniem wiedzy i rozwijaniem umiejętności ma ku temu stworzone możliwości? Nie tym sprzętem, nie w takich warunkach ekonomicznych. Nie da się być w dwóch miejscach jednocześnie. Nie da się kształcić w dziedzinie, której nie ma na liście (ciągle tylko leczenie ran, szczepienia itd. – pielęgniarstwo ma wiele ciekawych „zakamarków”, trzeba tylko chwilę nad nimi pomyśleć).

Jak sądzisz, czy właściwe jest dbanie o jakość kształcenia? Jak dbam, tak mam. Każda z nas musi dbać o to sama. Jak sobie nie doczytasz sama, nie przetłumaczysz z polskiego na nasze i ciekawie nie zreferujesz, to nic z tego. U nas jakość kształcenia, to byle do przodu.

Co tak naprawdę decyduje, że wydziały pielęgniarstwo i położnictwo nie mogą pochwalić się liczbą studiujących? Można by wymieniać w nieskończoność (fatalna płaca, praca często ponad siły te psychiczne zwłaszcza, brak akceptacji otoczenia, ciągła walka o pozycję w „rodzinie medycznej”, brak komfortu dodatkowego bezstresowego kształcenia i podnoszenia kwalifikacji zawodowych).

Pielęgniarstwo – to powołanie i służba społeczna; to opieka, dyscyplina praktyczna, sztuka i wiedza; to gotowość pomagania i unikatowa profe-

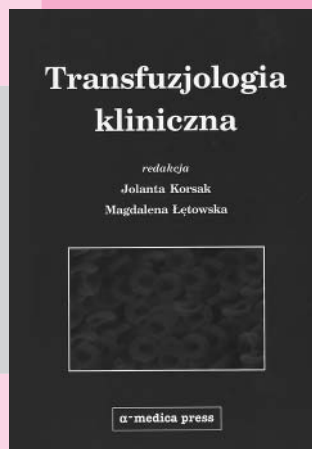
Wydział stworzono za szybko, aby uczelnia mogła stać się uniwersytetem. Nikt nie pomyślał, jak to będzie wyglądało i czy to ma jakikolwiek sens. Nie ma stabilnego fundamentu i cała budowla się chwieje. Trzeba trzymać kciuki, aby nie upadła.



sja ujmująca człowieka w sposób holistyczny; to chęć dawania siebie innym. Tak naprawdę każda z nas własną osobą definiuje pojęcie pielęgniarstwa (mimo tylu przeszkód stojących na naszej drodze). Jeśli się to kocha, da się radę, pogodzi obowiązki domowe z pracą i dodatkową nauką na kursach czy specjalizacjach.

Studia uczą twardej rzeczywistości, hartują na dalszą drogę. Widząc co jest w tym systemie złe, może jesteśmy tym pokoleniem, które ma go naprawić? •

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji



Transfuzjologia kliniczna

Jolanta Korsak (red.)
Magdalena Łętowska (red.)
Wydawnictwo α-medica press
Bielsko-Biała 2009
ISBN 978-83-7522-040-7

Wprowadzenie nowoczesnych metod pobierania i preparatyki krwi otworzyło drogę do nowoczesnego leczenia krwią i jej składnikami. W związku z tym okazało się, że konieczne jest opracowanie podręcznika „Transfuzjologia kliniczna”, w którym powinny zostać zawarte najnowsze zasady leczenia krwią. Podręcznik ten adresujemy przede wszystkim do lekarzy różnych specjalności, podejmujących decyzję o przetoczeniu krwi w swojej codziennej pracy i pragnących pogłębić swą wiedzę, a także do studentów medycyny.

Niniejsza publikacja nawiązuje do tradycji pierwszego podręcznika „Współczesna transfuzjologia”, dzięki któremu wykształciło się kilka pokoleń polskich transfuzjologów, ostatni raz wydanego w 1985 roku pod redakcją profesorów: Witolda Rudowskiego i Sławomira Pawelskiego.

Książka, którą bierzecie Państwo do ręki, zawiera przede wszystkim informacje pomagające w codziennej praktyce klinicznej. Rozdziały mają taki sam układ edytorski, ułatwiający znalezienie potrzebnych wiadomości, i obejmują zagadnienia transfuzjologiczne dotyczące specjalności i sytuacji klinicznych, w których leczenie krwią i jej składnikami jest najczęściej stosowane. Ze względu na ograniczoną objętość podręcznika przedstawiono w nim tylko takie poglądy i metody postępowania, których wartość potwierdziły badania kliniczne, a skutkiem było opracowanie wytycznych lub zaleceń.

Przed podjęciem każdej decyzji o przetoczeniu krwi należy uwzględnić doświadczenie kliniczne lekarza, dostępne wyniki systematycznie prowadzonych badań klinicznych oraz szczególną sytuację chorego, jego cechy i preferencje.

Piśmiennictwo zamieszczone jest na końcu każdego rozdziału. Obejmuje ono tylko najważniejsze pozycje, wiodące podręczniki, wytyczne i zalecenia oraz najnowsze artykuły z czasopism medycznych.

Jako redaktorki chciałybyśmy serdecznie podziękować Autorom podręcznika, którzy zechcieli przyjąć nasze zaproszenie, za ich trud i starania, aby treść przygotowanych przez nich rozdziałów była wykładnikiem postępu wiedzy w transfuzjologii klinicznej (J. Korsak, M. Łętowska). •

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska



Mundur pielęgniarski

w tradycji

Historia munduru pielęgniarskiego to historia habitu zakonnego Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia. Habit to symbol ubóstwa, wyrzeczenia się samego siebie i służenia ludziom, szczególnie słabym i chorym.

Pielęgniarki powinny pieczołowicie podtrzymywać tradycje pielęgniarstwa uwarunkowane historycznie. Utrwalane symbole jako czytelne i oczywiste znaki rozpoznawcze zawodu, wskazują na odrębność zawodową pielęgniarek od innych zawodów medycznych.

Określoną w przepisach prawa zawodowego w 1935, 1936, 1971 i 1995

roku oznaką odrębności zawodu pielęgniarskiego jest mundur i czepek pielęgniarski. Ustawodawca określał wzór i zastrzegał, że noszenie przez osoby nieuprawnione ustalonego wzoru munduru i czepka jest wzbronione (5, 8).

Historię czepka i przynależnej broszki szkolnej Nasi Koledzy opisali w Biuletynie nr 5 i nr 6/2010 roku.

Czepek pielęgniarskiego nie wolno było nosić bez założenia munduru pielęgniarskiego. Mundur pielęgniarski jest określony jako zestaw odzieży noszonej przez probantki i pielęgniarki dyplomowane w czasie wykonywania czynności zawodowych. Strój noszony przez pielęgniarki składał się z płóciennego czepka, fartucha uszytego z szarego płótna z białym kołnierzykiem i mankietami, bawatu czyli fartucha krzyżowego uszytego z białego płótna, peleryny sukiennej, granatowej bez rękawów oraz trzewików (1, 3, 9, 11) – zdj. 1. Ubiór słuchaczy szkół pielęgniarskich w okresie międzywojennym, jak i powojennym ściśle określał regulamin szkoły.



zdj. 1
Pielęgniarka
odcinkowa.



zdj. 2
Pracownia
umiejętności
pielęgniarskich, 1967.

zawodu pielęgniarckiego

W Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa mundury stanowiły własność szkoły i były szyte na miarę w pierwszych tygodniach pobytu słuchaczek w szkole, w czasie ich pierwszej teorii. Słuchaczce ubranej w mundur pielęgniarcki stawiane były wymagania. Do munduru nie wolno było nosić ozdób i biżuterii, które mogły przeszkadzać w pracy, skaleczyć chorego i być trudne w umyciu z zanieczyszczeń. Nieodłącznym w pracy zegarek należało nosić przypięty do górnej kieszonki bawatu lub sukienki na czarnej wstążeczce albo sznureczku (2, 9, 10, 11).

Poza godzinami pracy niedozwolone było noszenie munduru na ulicy. Słuchaczka zgłaszająca się do dyrektorki szkoły, do sekretariatu w sprawach szkolnych lub osobistych musiała być w pełnym umundurowaniu (2).

Historia munduru pielęgniarckiego to historia habitu zakonnego Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia. To szara, długa sukienka z szerokimi rękawami. Takie sukienki i białą chusteczkę na głowie nosiły siostry zakonne Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia od 1633 roku. Habit zakonny to symbol ubóstwa i wyrzeczenia się samego siebie w miłości do Boga i służenia ludziom, szczególnie słabym, chorym, nieporadnym, zaniedbanym i biednym.

W liceach medycznych uczennice do ceremonii czepkowania nosiły w pracowni ćwiczeń biały fartuch i białą chusteczkę na głowie (1, 10, 11) – zdj. 2.



zdj. 3
Jadwiga Romanowska
jako słuchaczka, 1921.



zdj. 4
Ubiór słuchaczki WSP na praktykach
z pielęgniarstwa społecznego.



zdj. 5
Mundur pielęgniarski
uczennicy Liceum
Medycznego
w Sieradzu, 1972.

W 1836 roku opracowano wzór munduru pielęgniarskiego różniący się znacznie od stroju zakonnego. Wiązało się to z powstaniem Szkoły Pielęgniarstwa dla diakonis w Kaiserwerth.

Diakonisa to w Kościele ewangelickim członkini świeckiego stowarzyszenia kobiet pracująca przez pięć lat jako nauczycielka lub pielęgniarka (7).

Euphemia von Rensselear ze szpitala w Bellevue była pierwszą projektantką stroju przeznaczonego wyłącznie dla pielęgniarek. Było to w 1876 roku i od tego roku noszenie pielęgniarskiego munduru stało się już zwyczajem. Styl, wzór i krój munduru wzorowany był na modzie damskiej i wyróżniał poszczególne szkoły pielęgniarskie.

Na zmiany w stylu stroju dla pielęgniarek wpływ miała w dalszym ciągu kobieca moda, ale i stan wiedzy na temat bakterii. Było to powodem skrócenia sukien i spódnic jako części munduru, by uniknąć stykania się ich krawędzi z ziemią, brudną podłogą.

By ułatwić mycie rąk do przedramion skrócono również rękawy sukien.

Moda mundurów pielęgniarskich zmniejszyła oraz zaokrągliła ostre i wysokie kołnierze, które utrudniały ruchy rąk i głowy (1, 10).

Autorzy artykułu uważają, że w ten sposób kształtowały się pierwsze

prawidłowości obowiązujące przy wykonywaniu zawodu pielęgniarskiego. Prawidłowości tworzyły sposób postępowania, który przestrzegany przez grupę zawodową stawał się obowiązującą zasadą wykonywania pielęgniarstwa.

W okresie międzywojennym w szkołach pielęgniarskich mundury pielęgniarskie wzorowane były na mundurach noszonych przez słuchaczki szkół amerykańskich. Wynikało to z faktu, iż pierwszymi dyrektorkami szkół polskich były nauczycielki nauk pielęgniarskich skierowane do Polski przez Misję Amerykańskiego Czerwonego Krzyża (2) – zdj. 3, 4.

Projekty wzorów zmieniały się i oscylowały w kierunku projektów polskich nauczycielek. Te projekty przetrwały okres wojny i obowiązywały z niewielkimi zmianami do 1995 roku – zdj. 5.

Zmiany we wzorach mundurów pielęgniarskich wynikały z potrzeby wyróżnienia i odróżnienia szkół pielęgniarskich. Było to związane z promocją szkoły w placówkach kształcenia praktycznego i dobrą rekrutacją na kolejny rok kształcenia.

Mundurki uczennic różniły się kolorem tkaniny, z której była uszyta sukienka, kształtem kołnierzyków

zdj. 6
Do 1992 roku uczennice liceów medycznych maturę zdawały w mundurach pielęgniarskich. Egzamin maturalny w Liceum Medycznym nr 3, 1982.



i mankietów. Będzie to widoczne na zdjęciach zamieszczonych w przygotowywanym artykule o ceremoniach szkolnych. Do 1992 roku uczennice liceów medycznych maturę zdawały w mundurach pielęgniarskich – zdj. 6.

Okres powojenny do dzisiaj to zmiany w stylu munduru pielęgniarskiego od sukien, sukienek, fartuchów po akceptację garsonek i spodniów w różnej kolorystyce.

O mundurze pielęgniarskim i wymaganiach stawianych uczennicom w czasie jego noszenia pisała Stefania Wołynka w swoim podręczniku „Pielęgniarstwo ogólne” w wydaniu z 1971 roku na stronie 44 (9).

W roku 1995 następuje zmiana nazwy z munduru pielęgniarskiego na odzież ochronną zgodnie z obowiązującymi przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy.

Mundur pielęgniarski miał znaczenie ochronne. Zabezpieczał skórę i bieliznę osobistą przed zakażeniem i przenoszeniem drobnoustrojów oraz innych zanieczyszczeń ze środowiska szpitalnego do środowiska domowego. Mundur pielęgniarski to też estetyczny wygląd pielęgniarki, która w ten sposób ma wzbudzać zaufanie u pacjentów, ich bliskich i współpracowników. Odzież ochronna ma spełniać te zadania (10).

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego ustalił wzór stroju galowego dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych. Inicjatywa była odpowiedzią na zapotrzebowanie środowiska.

13 maja 2010 roku na X Kongresie Pielęgniarek Polskich zaprezentowano wzór munduru galowego pielęgniarki i pielęgniarza. Przewodnicząca Zarządu Głównego – pani mgr Dorota Kilańska – stwierdziła, że „środowisko potrzebuje wzorców i wytycznych, by wrócić do dawnych tradycji, kształtować nowe pokolenia pielęgniarek nie tylko w zakresie umiejętności, ale postaw i szacunku dla symboli zawodu” (4).

Na uroczystości dyplomowania studentów kierunku Pielęgniarstwo Aka-

zdj. 7
Uroczysty strój galowy
dla pielęgniarki



demii Humanistyczno-Ekonomicznej pani mgr Dorota Kilańska zaprezentowała uroczysty strój galowy dla pielęgniarki – zdj. 7.

Strój galowy ma być noszony wówczas, gdy pielęgniarki reprezentują środowisko pielęgniarskie w uroczystościach państwowych, spotkaniach rządowych, ceremoniach zawodowych w kraju i zagranicą (4).

Co to może oznaczać dla nas, studentów? Czyżby powrót do celebrowania ceremonii tak znaczących i pięknych w historii pielęgniarstwa?

O tym napiszą Nasi Koledzy w następnym artykule. ●

Literatura:

1. Górajek-Jóźwik J. Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2010.
2. Jezińska M.B. Pochylone nad człowiekiem. Z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa 1921 – 1945. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa. 1991.
3. Kulczyńska T. Podręcznik pielęgniarstwa. Wydawnictwo PZWL. Warszawa. 1962.
4. Portal pielęgniarki i położnych, www.pielęgniarki.info.pl; data dostępu 27.07.2010.
5. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o pielęgniarstwie z 17 marca 1936 roku, Dz.U. 28, poz. 227, 228, 229.
6. Ślusarska B. Symbolika zawodu pielęgniarskiego. „Almamater”. 1. (42). 2005
7. Tokarski J. Słownik Wyrazów Obcych. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa. 2003.
8. Ustawa o pielęgniarstwie z 21 lutego 1935, Dz.U. 27, poz. 199.
9. Wołynka S. Pielęgniarstwo ogólne. Wydawnictwo PZWL. Warszawa. 1971.
10. Zarzycka D. Symbolika zawodu pielęgniarki. Analiza retrospektywna. Biuletyn Świętokrzyskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. 5. 2004. 2-3.
11. Zarzycka D. Symbole i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa – relikty czy wartość zawodowa. „Problemy Pielęgniarstwa”. 2009. 17. (1). 54-62.

Ewa Grochowska
Anetta Gałaj-Żydek

Studenckie Koło Historyczne
Kierunek Pielęgniarstwo Akademii
Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi
Opiekun Koła
mgr piel. D. Kozłowska



Jak rozpoznać przemoc

Przemoc nie zmniejsza skłonności do przemocy: przemoc rodzi jeszcze więcej przemocy (Aaronson, Wilson, Akart, 1997)

W światowej skali przestępstw przestępstwa przeciwko rodzinie zajmują trzecie miejsce i należą do najczęściej popełnianych, a równocześnie stosunkowo rzadko ujawnianych. Ich ofiarami padają osoby słabsze fizycznie – głównie kobiety i dzieci, które obawiają się zgłaszania przypadków przemocy. Wśród najczęściej stosowanych form przemocy kroniki policyjne wymieniają: przemoc fizyczną, znęcanie się, maltretowanie psychiczne (pod postacią izolacji, ograniczenia snu lub pożywienia, dostarczania narkotyków, groźby zabójstwa), wykorzystanie seksualne (pretekstem mogą być normy obyczajowe typu gwałt w małżeństwie) oraz zaniedbywanie (głównie dotyczy potrzeb psychicznych dzieci).

Przemoc rodzinna jest zjawiskiem osobliwym z różnych powodów. Przede wszystkim dlatego, że choć trudno

w to uwierzyć ludzie sobie najbliżsi krzywdzą się, zadając sobie ból i cierpienie.

Kiedy spotykamy kobietę – ofiarę przemocy domowej, wydaje się nam niepojęte, że można tkwić w tak niezdrowym układzie. Wierzmy, że gdyby nam to się przydarzyło, na pewno byśmy wiedziały, co zrobić. Tymczasem statystyki pokazują, że niezwykle trudno jest przerwać zakłęty krąg przemocy.

Przyjrzyjmy się więc temu, w jaki sposób dochodzi do powstania przemocy domowej i dlaczego kobiety tkwiące w takich związkach się na to godzą.

Definicja przemocy

Według Ireny Pospiszył przemoc to: „Wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji.” (1994, s. 14)

W światowej skali przestępstw przestępstwa przeciwko rodzinie zajmują trzecie miejsce i należą do najczęściej popełnianych, a równocześnie stosunkowo rzadko ujawnianych. Ich ofiarami padają osoby słabsze fizycznie – głównie kobiety i dzieci

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

radzić domową?



Charakterystyka sprawcy przemocy domowej

Aby zrozumieć, w jaki sposób rozwija się przemoc w rodzinie, należy zatrzymać się nad psychospołecznym funkcjonowaniem jej sprawców. Jest to dość trudne zadanie, gdyż sprawcy przemocy niechętnie poddają się badaniom, nawet jeśli są do tego zmuszeni nakazem sądowym. We własnej percepcji charakteryzują siebie jako osobę normalną, zwykle nie dostrzegają w sobie ani nie odczuwają anomalii. Z tego względu nie poszukują pomocy psychologicznej i starają się nie dopuszczać nikogo do swego wewnętrznego świata.

Takie podejście do samego siebie jest wyrazem działania mechanizmów obronnych (uruchamianych nawykowo, czyli bez autorefleksji typu zaprzeczanie), dzięki czemu sprawcy przemocy próbują unikać odpowiedzialności za swoje brutalne zachowanie (także we własnym odczuciu). Osoby uciekające się do przemocy mają łatwość w wy-

szukiwaniu sytuacji, w których ich zachowania są nie tylko tolerowane, ale mogą nawet stać się obiektem podziwu – sprawca przemocy może być odbierany przez otoczenie jako osoba silna, władcza itd.

Zdarza się nawet, że sprawcy przemocy są postrzegani jako „normalni, zdrowi mężczyźni, mający podobne psychologiczne problemy, jak wszyscy inni ludzie”.

W literaturze przedmiotu można znaleźć typologię sprawców przemocy, jednakże niezależnie od przynależności do określonego typu, ważne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, w jakich warunkach kształtuje się skłonność do stosowania przemocy.

Badania prowadzone m.in. na gruncie polskim wyraźnie wskazują, że czynnikiem predysponującym do takich zachowań jest doświadczenie przemocy i maltretowania w dzieciństwie. W psychologii ukuto termin „miedzypokoleniowy cykl przemocy”, który jest odpowiedzialny za przyjmowanie określonych zachowań od ro-

dziców przez ich dzieci, nawet jeśli dane zachowanie jest złe. Do innych czynników wyzwalających tego typu zachowania należą: nadużywanie alkoholu przez rodziców, złe relacje między rodzicami oraz warunki, które sprzyjają wykształceniu się osobowości autorytarnej. Jest to osobowość o rysach psychopatycznych, która dąży do przejęcia kontroli nad otoczeniem. Taka potrzeba jest szczególnie silna u osób, które dorastały w atmosferze agresji, ocierały się o niekonsekwentne style wychowawcze, co w efekcie powodowało silne zaburzenie poczucia bezpieczeństwa.

W jaki sposób sprawca przejmuję kontrolę nad partnerem?

Jak już wiadomo, sprawcy przemocy obsesyjnie dążą do przejęcia kontroli nad otoczeniem. Jest to im potrzebne do względnie dobrego samopoczucia. Dramat polega na tym, że żadne zachowania nie są w stanie zapewnić

sprawowania stałej kontroli, co oczywiście wzbudza frustrację u sprawcy przemocy. W efekcie owej frustracji odzywają się zachowania przemocowe, których celem jest utrzymanie kontroli.

Wśród zachowań prowadzących do przejścia kontroli nad partnerem znajdują się:

1. Dążenie do osłabienia ofiary poprzez żądanie absolutnej uległości – ofiara w końcu staje się niepewna siebie i ma niskie poczucie własnej wartości, co z kolei buduje w niej pewność, że zasługuje na takie właśnie traktowanie.

2. Dążenie do izolowania ofiary od innych osób postrzeganych jako źródło potencjalnego wsparcia prowadzi do pułapki geograficznej, czyli poczucia totalnego osamotnienia i opuszczenia przez wszystkich.

3. Świadome wywoływanie u ofiary przerażenia i poczucia bezradności, już wkrótce stanie się to podłożem do rozwoju wyuczonej bezradności.

4. Wymaganie wdzięczności za pozostawienie przy życiu – w ten sposób

rozwijają się „efekt sztokholmski” – ofiara jest wdzięczna sprawcy za pozostawienie jej przy życiu, w skrajnych przypadkach może odczuwać względem niego nawet miłość.

5. Nieuzasadnione wybuchy złości – ich celem jest ciągłe wzbudzanie u ofiary poczucia zagrożenia i niepewności. Życie w ciągłym strachu powoduje, że osoba jest gotowa do ciągłego poddawania się woli sprawcy, aby ten zapewniał choć minimalne poczucie bezpieczeństwa.

6. Zachowania utrwalające w ofierze przekonanie, że sprawca jest wszechmocny.

7. Ustanawianie drobiazgowych zasad i reguł dotyczących wspólnego mieszkania, to także ma wzbudzać poczucie niepewności i wdrażać do totalnego podporządkowania się.

8. Przeprosiny z powodu złego zachowania – ich celem jest ułaskawienie na chwilę ofiary, aby ta nie odeszła. Sprawcy przemocy oczekują bowiem od partnera symbiotycznego związku i wsparcia w radzeniu sobie z włas-

nymi emocjami, ponieważ, paradoksalnie, cechują się wysokim poziomem lęku (jawnego i ukrytego). Dlatego Erich Fromm stwierdził, że pragnienie kontrolowania otoczenia wpływa nie z siły, lecz ze słabości i jest sposobem na zyskanie siły wtórnej.

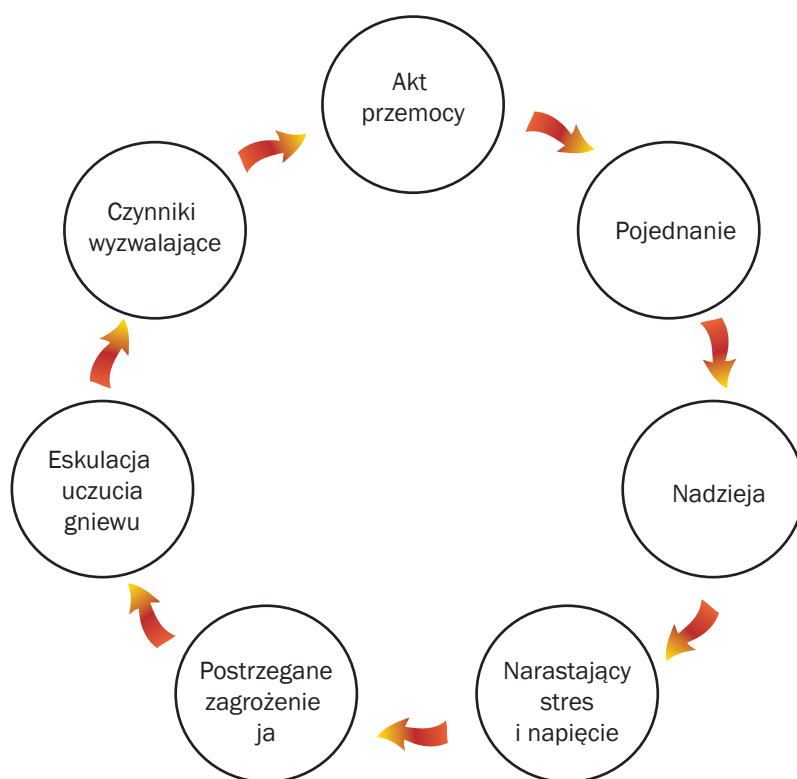
Warto pamiętać, że z wysokim poziomem lęku wiąże się podwyższony poziom depresji i wrogości wobec otoczenia.

Charakterystyka ofiary przemocy

U kobiet będących ofiarami przemocy można zaobserwować syndrom „bitej żony”. Mechanizm powstawania tego syndromu odwołuje się do rozwoju wyuczonej bezradności, która jest osiowym objawem syndromu „bitej żony”.

Wyuczona bezradność jest tożsama z przekonaniem osoby, że nie jest w stanie zmienić swojego losu. Dość łatwo jest zrozumieć, dlaczego takie przekonanie może pojawić się u ofiary przemocy. Wyobraźmy sobie typową

Ryc. 1. Cykl przemocy rodzinnej



rodzinę z przemocą. Są w niej: kobieta – ofiara przemocy, sprawca – mąż oraz dzieci.

Kobieta, która zetknęła się z przemocą po raz pierwszy we własnej rodzinie, najczęściej próbuje szukać pomocy. Wszak otaczają ją sprzymierzeńcy formalni (typu: policja, lekarz, pracownicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej) i nieformalni. Wśród tych ostatnich mogą znaleźć się: rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi. Jednak każdy z tych sprzymierzeńców może nie zdać egzaminu ze swojej dojrzałości. Znam rodziny, gdzie matki kobiet będących ofiarami przemocy deklarują, że „taki jest los kobiet”. Sąsiedzi czasami zwyczajnie się boją, że jeśli pomogą maltretowanej jej mąż będzie się mścił. Nie otwierają więc drzwi ani nie pytają, jak mogliby pomóc. Znajomych najczęściej nie ma: albo odeszli dawno temu, albo sprawca przemocy skutecznie odizolował swoją ofiarę od wszelkich źródeł wsparcia.

Sprzymierzeńcy formalni też mają stosunkowo mało do zaoferowania, szczególnie wtedy, kiedy nie rozumieją mechanizmu powstania przemocy domowej lub zwyczajnie padli ofiarą wypalenia zawodowego.

Psychologia wymienia cały szereg mechanizmów, które sprawiają, że doświadczająca przemocy kobieta nie potrafi skutecznie rozwiązać tej sytuacji. Należą do nich:

1. Wskazany wcześniej syndrom „bitej żony”, który rozwija się w dwóch fazach. Pierwsza obejmuje okres buntu biernego lub czynnego, druga to depresja, kiedy to rozwija się wyuczona bezradność. Rozwój syndromu jest związany z kumulacją konsekwencji urazowych doświadczeń wyniesionych z dzieciństwa i aktualnego związku.

2. „Syndrom sztokholmski”, kiedy prześladowca decyduje o życiu ofiary pozbawionej innych kontaktów, jest dla niej jedynym źródłem informacji. Osoba pokrzywdzona próbuje znaleźć ludzkie cechy u oprawcy i przyjmuje jego perspektywę.

3. Efekty „psychologicznej pułapki”. Wśród nich znajdują się:

– pułapka psychologiczna: kobieta – ofiara przemocy ocenia rozmiar inwestycji poczynionych w związek ze sprawcą, jeśli dużo zainwestowała (w wymiarze emocjonalnym, finansowym, społecznym) i w związku tym są dzieci, jest jej trudniej podjąć decyzję o przerwaniu tego związku;

– pułapka sytuacyjna: ofiara ocenia, że koszty pozostawania w związku są mniejsze, niż ewentualny zysk z odejścia;

– pułapka lęku przed nieznanym: wszystko, co nieznanne przeraża i wydaje się przerastać kobietę i jej mocno już nadwątlone możliwości radzenia sobie;

– wyuczona bezradność.

Cykl przemocy domowej

Przemoc domowa charakteryzuje się naprzemiennie występującymi trzema fazami. Fazy przedstawia ryc. 1 (oprac. własne na podstawie Mazur, 2002).

W pierwszej fazie dochodzi do zwiększania się napięcia i agresywności. Każdy drobny powód powoduje irytację sprawcy, co jest powodem awantury. Wielokrotne powtarzanie się takich sytuacji doprowadza kobiety – ofiary przemocy do stanu, w którym same prowokują kłótnie tylko po to, by mieć wreszcie atak za sobą.

W drugiej fazie dochodzi do gwałtownej przemocy. W tej fazie kobiety doznają zranień fizycznych i psychicznych, co jest przyczyną odczuwania przez ofiary wstydu, złości, a przede wszystkim przerażenia i bezsilności.

W fazie trzeciej wszystko się uspokaja, dlatego jest ona nazywana fazą *miesiąca miodowego*. Sprawca przeprosza, stara się naprawić przykrości, co powoduje, że ofiara wierzy w trwałą zmianę zachowania sprawcy. Niestety, rzekoma sielanka nie trwa długo, bo gdy ofiara odzyskuje wiarę w to, że będzie lepiej dochodzi do fazy pierwszej, bowiem akty przemocy są stosowane nawykowo jako sposób na rozwiązywanie wszelkich konfliktów i radzenie sobie z niskim poczuciem własnej wartości sprawcy.

Jak można pomóc?

Pamiętaj: Jeśli czujesz w sobie siłę, możesz pomóc. Interwencja kryzysowa wobec kobiet – ofiar przemocy obejmuje ułożenie planu bezpieczeństwa na przyszłość. Plan taki powinien obejmować:

1. Omówienie czterech wybranych incydentów przemocy: pierwszego, najgorszego ze wszystkich, typowego i ostatniego przed nawiązaniem kontaktu z interwentem.

2. Omówienie wczesnych sygnałów przemocy ze strony partnera, aby można było przewidzieć atak i odpowiednio wcześniej zadbać o bezpieczeństwo swoje i dzieci.

3. Ustalenie miejsc, gdzie w mieszkaniu zaczyna się przemoc – kiedy pojawią się pierwsze sygnały zbliżającego się ataku, kobieta powinna ich unikać.

4. Przygotowanie planu domu i trasy ucieczki, kolejności działań w razie zagrożenia przemocą, sygnałów porozumienia i miejsca spotkania z dziećmi w razie ucieczki.

5. Przygotowanie wcześniej wszystkiego, co będzie potrzebne w razie ucieczki.

6. Ustalenie adresu schronienia. ●

Literatura:

1. Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1997), Psychologia społeczna. Serce i umysł, Poznań, Zysk i S-ka.

2. Badura-Madej W. (1996), Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji W: Badura-Madej W. (red.), Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej, Warszawa, Wydawnictwo Interart.

3. Herman J. (1998), Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Różne oblicza przemocy i sposoby przezwyciężenia skutków, Gdańsk, GWP.

4. James R.K., Gilliland B.E. (2004), Strategie Interwencji Kryzysowej, Warszawa, PARPA.

5. Mazur J. (2002), Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość, Warszawa, Żak.

6. Pospiszył I. (1994), Przemoc w rodzinie, Warszawa, WSiP

mgr Monika Kowalska-Wojtyśiak
psycholog

Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała noworodka

Prawdopodobieństwo, że noworodek będzie narażony na hipotermię wzrasta wraz z obniżeniem masy urodzeniowej oraz pogorszeniem stanu zdrowia.

Po wakacyjnej przerwie wracamy do problemu termoregulacji u noworodków. Mamy nadzieję, że lektura pierwszej części artykułu, przybliżającej podstawy teoretyczne, skłoniła również do przemyślenia tematu i zapamiętania choćby tego, że stres termiczny przyczynia się zarówno do zwiększenia liczby powikłań u noworodka jak i śmiertelności w tej populacji (tabela 1).

Znajomość mechanizmów utraty ciepła przez nowonarodzone dziecko pozwala na dostosowanie jego środowiska oraz działań personelu w taki

sposób, aby zapobiec hipo- lub hipertermii jatrogennej. Rozważania na temat praktycznego zapewnienia termicznego komfortu zaczniemy od opisu pracy w sali porodowej i „kąciku noworodkowym” (gdzie stabilizowany jest stan dziecka), poprzez transport noworodka i późniejszy jego pobyt na oddziale.

Hipotermia przy przyjęciu na oddział związana jest ze zwiększoną śmiertelnością noworodków, zwłaszcza tych urodzonych przedwcześnie. Priorytetem jest zapobieganie utratom ciepła na wszystkich etapach pobytu dziecka

w szpitalu oraz szeroka edukacja rodziców dotycząca postępowania po wypisie.

SALA PORODOWA

Termoregulacja płodu wewnątrz macicy jest bierna, bez zużywania energii i tlenu na utrzymanie homeostazy termalnej, co pozwala na maksymalny jego wzrost. Jego temperatura regulowana jest przez środowisko wewnętrzne matki, natomiast po porodzie czynności te przejmują organy wewnętrzne dziecka. Niestety, mechanizmy konwekcji i parowania ciepła nie pozwalają noworodkowi na utrzymanie dotychczasowej temperatury. Dlatego ważne jest, aby tuż po porodzie noworodek został osuszony ciepłymi (nie mniej niż 35°C i nie więcej niż 38°C) pieluszkami i umieszczony pod promiennikiem ciepła.

Ochrona przed stratami ciepła jest jednym z najważniejszych (tuż po zapewnieniu optymalnej wymiany gazowej) zadań personelu pracującego z nowonarodzonego dzieckiem. Sale porodowe poza standardowym wyposażeniem powinny mieć „otwarte” stanowiska do przyjęcia noworodka, które posiadają m.in. promiennik cie-

Tabela 1. Następstwa hipo- i hipertermii

| Konsekwencje oziębienia | Konsekwencje przegrzania |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • hipoksja i nasilenie zaburzeń oddychania, • nasilenie kwasicy metabolicznej, • obkurczenie łożyska płucnego, • wzrost ryzyka hipoglikemii, • wzrost ryzyka żółtaczki jąder podkorowych, • większe ryzyko wylewów śródczaszkowych, • bezdechy i bradykardia, • zahamowanie produkcji endogennego surfaktantu i zniesienie działania surfaktantu leczniczego, • w hipotermii przewlekłej – słaby przyrost masy ciała. | <ul style="list-style-type: none"> • hipotensja, • odwodnienie, • bezdechy, • uszkodzenie mózgu i drgawki |

rodka cz. II

niżaniem się jego wieku

plą, podgrzewany materacyk, źródło tlenu (najlepiej podgrzanego i nawilżonego) oraz wagę. Stanowiska te powinny być umieszczone w oddzielnym pomieszczeniu, gdzie można łatwo dostosować temperaturę powietrza do potrzeb noworodka, uwzględniając komfort personelu. W sytuacji, gdy przewidywane są narodziny wcześniaka, temperatura sali porodowej powinna być zwiększona.

Sugestie AAP (Amerykańskiej Akademii Pediatrii) i ACOG (Amerykańskiej Akademii Położników i Ginekologów) dotyczące temperatury pomieszczenia w stosunku do wagi i dojrzałości noworodka przedstawia tabela 2.

Rekomendacje dotyczące zdrowych noworodków zalecają ułożenie dziecka na skórze matki i przykrycie obydwójga kocykiem. Po osuszeniu i umieszczeniu w ciepłym środowisku, na główkę noworodka zakładamy czapeczkę (60 proc. ciepła tracone jest przez głowę). Materacyk, na którym ułożymy dziecko, nagrzewa się około 30 – 40 minut, należy o tym pamiętać odpowiednio wcześniej. Sprzęt, z którym będzie stykało się dziecko (np. stetoskop) powinien być również wcześniej ogrzany. Ważymy tylko ustabilizowane noworodki, na ciepłej wadze. Dobrze jest, gdy waga jest elementem składowym stanowiska do resuscytacji noworodka. Ważnym czynnikiem wpływającym na utratę ciepła jest pozycja ciała noworodka. Odwiedzenie i wyprostowanie kończyn zwiększa powierzchnię parowania o około 35 proc. w stosunku do pozycji embrionalnej.

Szczególnej uwagi wymagają noworodki urodzone z niską masą urodzeniową (≤ 1500 g) i w złym stanie klinicznym (wymagające resuscytacji) oraz noworodki matek gorączkujących. U tych ostatnich istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń oddychania, porażenia mózgowego i śmiertelności.

Noworodki z niską masą urodzeniową, do których zaliczają się wcześniaki i noworodki hipotroficzne, nawet po osuszeniu ciepłą pieluszką i umieszczeniu pod promiennikiem ciepła, nadal tracą duże ilości ciepła. Takie działania bowiem nie tylko nie zapobiegają, ale wręcz stymulują organizm maluszka do utraty ciepła poprzez parowanie. Najlepszym rozwiązaniem

jest więc otulanie ich tuż po porodzie plastikową (polietylenową) folią i dopiero wtedy przeniesienie do kącika noworodka.

W trakcie wszystkich późniejszych działań (w tym resuscytacji, zakładania dostępu dożylnego, ważenia, intubacji itp.) maluch powinien znajdować się w folii.

Do resuscytacji noworodków urodzonych w złym stanie klinicznym powinniśmy dodatkowo używać ciepłej i nawilżonej mieszaniny gazów, gdyż zimny i nieogrzany tlen powoduje większą utratę ciepła poprzez parowanie z powierzchni śluzówek dróg oddechowych, a tym samym nasilanie procesów metabolicznych (włącznie z przejściem na metabolizm beztlenowy), co znacznie utrudnia stabilizację dziecka. Temperaturę ciała noworodka wymagającego resuscytacji mierzymy tuż po urodzeniu i kontynuujemy jej monitorowanie co 10 – 15 minut aż do momentu, kiedy ustalimy stałe monitorowanie temperatury (np. czujnik temperatury w inkubatorze). Ponieważ temperatura centralna jest późnym miernikiem hipotermii (uruchomienie mechanizmów kompensacyjnych), pomiaru dokonujemy pod pachą, termometrem o zakresie temperatur 33 – 40°C i dokładności 0,1°C. W późniejszym okresie czujnik można umieścić na skórze, w połowie odległości pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowym.

TRANSPORT NOWORODKA

Po ustabilizowaniu stanu noworodka przygotowujemy go do przetransportowania na oddział, w którym będzie

Tabela 2

| Szacunkowy wiek płodowy | Szacunkowa waga urodzeniowa w gramach | Zalecana temperatura powietrza | |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------|
| | | początkowa | docelowa |
| ≤ 26 tyg. | ≤ 750 g | 24,5°C lub więcej | 25,5 – 26,5°C |
| 27 – 28 tyg. | 1000 g | 23,5°C lub więcej | 25,5 – 26,5°C |
| 29 – 32 tyg. | 1001 – 1500 g | 22°C | 24°C |
| 33 – 36 tyg. | 1501 – 2500 g | 22°C | 24°C |
| 37 – 42 tyg. | ≥ 2501 g | 21°C | 24°C |

przebywał. Nawet najkrótsza droga może przyczynić się do wyziębienia noworodka i jego ponownej destabilizacji. Najlepszym rozwiązaniem jest stały dostęp do nagrzanego (34 – 36°C) inkubatora transportowego, z podwójnymi ściankami, w którym istnieje możliwość regulacji temperatury powietrza. W sytuacji, kiedy inkubator ma pojedyncze ścianki, na czas transportu można go przykryć grubszym, ciepłym kocem. Częstymi błędami podczas transportowania noworodka są: przewożenie nieosłoniętego inkubatora w warunkach zimowych, podawanie zimnych gazów oddechowych noworodkom z niską masą urodzeniową oraz otwieranie inkubatora. Dziecko umieszczone po porodzie w woreczku polietylenowym przewożone jest w nim do miejsca docelowego.

POSTĘPOWANIE NA ODDZIALE NOWORODKOWYM

W pierwszych dobach życia głównym zaburzeniem termoregulacji jest wychłodzenie organizmu. Większość noworodków staramy się ubrać i ulokować w ciepłym, ale niezbyt gorącym otoczeniu, z dala od przeciągów i traktów komunikacyjnych. Wcześnieaki i dzieci w złej kondycji fizycznej umieszczane są w inkubatorach otwartych (bez możliwości zapewnienia adekwatnej do potrzeb pacjenta wilgotności powietrza) lub zamkniętych, w zależności od ich stanu. Dzieci przebywające w inkubatorach mogą być również ubierane. Najmniejsze wcześniaki i noworodki w ciężkim stanie, u których występuje

zwiększona częstotliwość interwencji, umieszczamy w inkubatorach otwartych. Niecelowe jest ubieranie ich do czasu osiągnięcia prawidłowej perfuzji tkanek, gdyż utrudnia to dostarczanie ciepła do narządów wewnętrznych. Po ustabilizowaniu się stanu noworodka lub zmniejszeniu liczby wykonywanych procedur, dziecko przekładane jest do inkubatora zamkniętego (z możliwością zapewnienia odpowiedniej wilgotności). Wysokie nawilżanie powietrza stosujemy wobec wszystkich noworodków urodzonych poniżej 31 tygodnia życia płodowego. Zalecenia konsultanta wojewódzkiego ds. neonatologii województwa łódzkiego – dr hab. Ewy Gulczyńskiej – z 2010 roku, dotyczących wilgotności w inkubatorze w zależności od urodzeniowej masy ciała i stabilności temperatury ciała przedstawia tabela 3.

Wilgotność w granicach 60 – 80% niweluje gradient prężności pary wodnej pomiędzy skórą noworodka i jego otoczeniem. Nie ubieramy noworodków przebywających w inkubatorach o dużej wilgotności powietrza. Niestety stwarza to dodatkowe ryzyko wychłodzenia w przypadku otworzenia inkubatora. Każdorazowe uchylenie ścianki wymaga wnikliwej analizy potrzeby!

Pierwsza kąpiel noworodka, za wyjątkiem uzasadnionych przypadków klinicznych (np. zakażenie – w tym HIV – u matki, zielone wody płodowe) powinna odbywać się optymalnie nie wcześniej niż po 24 godzinach. Postępowanie w kolejnych dobach uzależnione jest od wskazań klinicz-

nych. Zakłada się, iż dziecko (chore, wcześniak) przebywające w inkubatorze, powinno być w nim kąpane. Również ważenie najlepiej przeprowadzić bez wyjmowania malucha z ciepłarki. Jeśli nie ma takiej możliwości, staramy się, by zabieg ten był wykonany na ciepłym sprzęcie i w możliwie najkrótszym czasie. Wszystkie czynności związane z pielęgnacją noworodka wykonujemy przez okienka, przy zamkniętych drzwiczkach. Obowiązuje stały monitoring temperatury noworodka i jego otoczenia. W zależności od wieku, dojrzałości płodowej i stanu klinicznego noworodka, ciepłotę jego ciała monitorujemy z częstotliwością od co 15 minut, poprzez co 3 – 4 godziny, do 1 – 2 razy na dobę. Jeśli nie ma innej możliwości mierzymy ją termometrem pod pachą (ewentualnie w pachwinie) lub czujnikiem temperatury umieszczonym na skórze dziecka. Aby uniknąć zafałszowanych wskazań odczytów, należy osłonić końcówkę czujnika osłonką termoizolacyjną.

Noworodkom wymagającym wsparcia oddechowego podajemy ogrzaną i nawilżoną mieszaninę gazów. Wszystkie płyny infuzyjne przetaczane noworodkowi powinny mieć co najmniej temperaturę pokojową. Dzieciom przebywającym w inkubatorach możemy ogrzać podawane płyny przez zwiniecie drenów i umieszczenie większej ich części w inkubatorze.

Głębszemu przemyśleniu polecamy uwagę, iż zasadniczymi przyczynami oziębienia dziecka jest postępowanie personelu oddziałów noworodkowych (niewłaściwa pielęgnacja, nieskuteczne monitorowanie, otwieranie ścian inkubatora bez potrzeby, nadmiar wykonywanych czynności). Pielęgniarka/położna jako adwokat swoich małych pacjentów zobowiązana jest również do nadzoru kontaktu pozostałych członków zespołu terapeutycznego z jej podopiecznymi.

Hipertermia (poza stanami chorobowymi) jest zjawiskiem rzadziej występującym w praktyce szpitalnej i najczęściej nie w pierwszych dobach po urodzeniu. Jeśli jednak wystąpi

Tabela 3

| Wiek płodowy | Wartość początkowa | Redukcja wilgotności | Wartość końcowa |
|--------------|--------------------|---|-----------------|
| 29 – 30 tyg. | 85% | Po 24 godzinach o 5% dziennie, jeżeli temperatura ciała jest stabilna | 40% |
| <28 tyg. | 85% | Po 7 dniach o 5% dziennie, jeżeli temperatura ciała jest stabilna | 40% |

u noworodków umieszczonych w inkubatorach, jest to prawie zawsze zjawisko jatrogenne. Wyjęcie noworodka z inkubatora do łóżeczka powinno być poprzedzone stopniowym zmniejszeniem ciepła dotychczasowego miejsca, ubraniem pacjenta oraz jego wnikliwą obserwacją. Maluchy przebywające w łóżeczku, ubrane odpowiednio do temperatury otoczenia (uwzględniając pory roku) i właściwie nawadniane, nie powinny ulegać przegrzewaniu.

PORÓD W DOMU

Zdarza się, że w swojej praktyce spotykamy się z sytuacjami nietypowymi. Jedną z nich jest poród domowy. W takim przypadku, jeżeli stan matki i dziecka nam na to pozwala, powinniśmy jak najszybciej ułożyć noworodka na brzuchu matki i obydwójce okryć ciepłym przykryciem (bielizna, ręcznik). Dalsze postępowanie podobne do tego w sali porodowej.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE W PRZYPADKU HIPO- LUB HIPERTERMII

Proces ogrzewania wyziębionego noworodka trwa nawet kilka godzin. Zasadą jest ograniczenie czynności interwencyjnych do niezbędnego minimum. Dostawę ciepła zwiększamy stopniowo przez podwyższenie temperatury, wilgotności gazów oddechowych i powietrza w inkubatorze, odizolowanie noworodka wraz ze źródłem ciepła od otoczenia (przykrycie inkubatora, umieszczenie zasłon zapobiegających ruchowi zimnego powietrza).

Podczas ogrzewania konieczny jest stały monitoring ciśnienia krwi, glikemii i równowagi kwasowo-zasadowej. W trakcie procesu ogrzewania utrzymujemy różnicę temperatur pomiędzy skórą noworodka a jego otoczeniem na poziomie 1°C i modyfikujemy ją co 30 – 60 minut, aż do uzyskania pełnej stabilizacji. W tym czasie noworodek

powinien być rozebrany. W sytuacji przegrzania dziecka, postępujemy odwrotnie, poczynając od rozebrania noworodka i stopniowego obniżania temperatury otoczenia (nie przetaczamy jednak zimnych płynów infuzyjnych).

W ostatnich latach coraz częściej wprowadzana jest do praktyki wymuszana, kontrolowana hipotermia lecznicza noworodków urodzonych w zamartwicy tzw. „cooling”. Prowadzona przy pomocy specjalistycznego sprzętu jako selektywne schładzanie głowy (Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi) lub całego ciała. Metoda ta stanowi kolejne wyzwanie dla współczesnego pielęgniarstwa neonatologicznego, a badania z nią związane pozwolą zapewne m.in. na lepsze zrozumienie problemów związanych z procesem termoregulacji u najmłodszych pacjentów. ●

Wykaz literatury u Auterek

centrum edukacji



Centrum Edukacji ERUDIO
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

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
 Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK
 Pielęgniarstwo anestezjologiczne 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 pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

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 stomią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • Żywienie enteralne i parenteralne

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

!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!

**SEMINARIUM W ZAKRESIE EKG
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
(8 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH)**

Zgodnie z Uchwałą Nr 1077/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku CNPIP 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! PŁATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

Majowe wydarzenia

Życie kulturalne

Dnia 22 maja byliśmy w Teatrze Wielkim w Łodzi na przedstawieniu „My Fair Lady” Fredericka Loewe, którego premiera odbyła się 2 października 2009 roku. Musical ten jest jednym z najświetniejszych w historii tego gatunku a jego prapremiera odbyła się 15 marca 1956 roku w Nowym Jorku. Akcja toczy się w Londynie w 1912 roku. Językoznawca profesor Higgins, którego gra Andrzej Kostrzewski, zakłada się z przyjacielem – pułkownikiem Pickerigiem – Zenon Kowalski – że przemieni kwiaciarkę w damę z wyższych sfer. Elizę Doolittle gra Patrycja Krzeszowska zaś jej ojca Alfreda – Robert Ulatowski

oraz cała plejada barwnych postaci oraz balet.

Piosenki bohaterów „Przetańczyć całą noc” Elizy, „Tę ulicę znam tyle, tyle lat” Freda czy „Pan Bozia dał nam ręce jak z żelaza” ojca Elizy są znane i lubiane, a popisy baletu pełne uroku. Przedstawienie podobało się publiczności, czego wyrazem były gorące brawa na zakończenie. Dla nas ten sobotni wieczór był miłym spędzeniem czasu.

Nasze zagraniczne wojaże Bratysława i Wiedeń

W dniu 28 maja 2010 roku wyruszyliśmy na trzydniową wycieczkę do Bratysławy i Wiednia. O godzinie 6.10

autokar rusza z postoju przy Łódzkim Domu Kultury – 34 osoby naszej grupy oraz grupa osób z Biura Planowania Przestrzennego Województwa Łódzkiego. Jedziemy do granicy w Cieszynie, na rzece Olzie na środku mostu witamy Czeską Republikę. Dalej jedziemy na Słowację przez Żylinę w kierunku Bratysławy. Otaczają nas pasma gór, dalej dolina nadbużańska, gdzie uprawia się kukurydzę, słoneczniki, arbuzy – to spichlerz Słowacji. Obsiane pola są podmokłe, widać poacie stojącej wody – to skutki powodzi.

Bratysława położona nad Dunajem u południowego podnóża Małych Karpat liczy sobie około 500 tysięcy ludności. Jest to miasto kontrastów, stare budownictwo miesza się z no-



Przed
Parlamentem
w Wiedniu

wym, stare piękne zabytki i szklane wieżowce w różnych kształtach. Z daleka widać na skalistym wzgórzu zamek z czterema wieżami. Autokar ulega awarii, wszyscy wysiadamy i udajemy się na zwiedzanie Starego Miasta, gdzie skupiona jest większość zabytków. Gotycka Katedra św. Marcina z XIII – XV wieku przez ponad 250 lat była kościołem koronacyjnym królów węgierskich, malownicza Brama Michalska, Pałac Prymasowski z kapeluszem, gdzie w Sali Lustrzanej Napoleon Bonaparte i cesarz austriacki Franciszek II podpisali po bitwie pod Austerlitz w 1805 roku pokój. Oglądamy zabytki na dwóch bliźniaczych rynkach z fontanną z cherubinkami i z kramami pełnymi pamiątek i win.

Następny obiekt to zamek często nazywany „odwróconym stołem”. Po schodach wspinamy się na górę, oglądamy ciekawy pomnik dziewczyny, do której przylatują ptaki, dalej dochodzimy przed zamek. Wnętrza są niedostępne dla zwiedzających, ponieważ trwa remont.

Wracamy do autokaru, który jest właśnie naprawiany. Jedziemy do hotelu położonego za Bratysławą, po obiadokolacji rozlokowujemy się w pokojach. Ośrodek jest z lat osiemdziesiątych, dość zaniedbany, budzi więc niezadowolone. Trudy zwiedzania robią swoje i noc przesypiamy do rana.

Po śniadaniu jedziemy w kierunku Bratysławy i dalej w kierunku Wiednia.

W drugim dniu jedziemy do Wiednia, który jest jednym z najpiękniejszych miast w Europie. Od 1121 roku otrzymał prawa miejskie a od 1282 roku przeszedł z całą Austrią pod panowanie Habsburgów. Podziwiamy piękne budowle i Katedrę św. Stefana, gdzie w katakumbach spoczywają członkowie dynastii Habsburgów, uniwersytet, Parlament z pomnikiem Ateny, ratusz i operę. Do opery długa kolejka zwiedzających, lecz nasza urocza przewodniczka (Polka mieszkająca 19 lat w Wiedniu) wprowadza nas, oglądamy widownię z lożą cesarską, z której można było wyjść do pokoju herbacianego, idziemy na zaplecze techniczne

sceny, gdzie odbywa się ustawianie dekoracji do przedstawienia. Oglądamy zabytkowe budowle i współczesne jak słynny Hundertwasserhaus zbudowany w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych XX wieku, wyróżniający się barwną architekturą. Podziwiamy liczne pomniki, Kolumnę św. Trójcy, zwaną Kolumną Zarazy z 1687 roku, pomnik Wolfganga Amadeusza Mozarta. Idziemy też na słynny tort Sachera i kawę.

Następnie jedziemy do Kahlenbergu (483 m n.p.m) historycznego wzgórza, gdzie 12 września 1683 roku odbyła się bitwa, w której zjednoczone siły cesarsko-polskie pod wodzą króla Jana III Sobieskiego pokonały ponad 100-tysięczną armię turecką. Mieści się tu kościół św. Józefa z polskim księdzem, który osobiście stempluje każdemu broszurkę datą 28 maja 2010 roku, dowiadujemy się z niej o historii tego miejsca.

Wracając podziwiamy jeszcze raz kanał Dunaju, mosty na nim, złotą wieżę, zabytki i nowe budowle. Drugi dzień kończymy przy ognisku, śpiewając piosenki biesiadne, pieczemy kiełbaskę popijając Złotym Bażantem.

W trzecim dniu jedziemy zwiedzić najświetniejszy pełen przepychu pałac cesarski Schonbrunn. Przez ponad sześć wieków mieszkali tu wszyscy Habsburgowie. Żółty pałac i jego ogrody robią oszałamiające wrażenie. Oglądamy 40 sal bogato wyposażonych z pięknymi ścianami, inkrustowanymi podłogami, meblami z epoki cesarzy. Przetrwiała w nim austriacka kultura i dziedzictwo narodowe. Ogrody obejmują ogromny teren, ukwiecone różami we wszystkich kolorach, znajdują się tu rzymskie ruiny i fontanna Neptuna.

Gdy kończymy zwiedzanie na niebie zbierają się czarne chmury i zaczyna się ulewa. Udajemy się do autokaru i wracamy do Polski. W Łodzi jesteśmy po 23.00.

Była to wycieczka bardzo bogata i pełna wrażeń. Zwiedziliśmy tak dużo ciekawych i pięknych zabytków, do których będziemy chętnie wracać we wspomnieniach. ●

Serdeczne podziękowania dla **Iwony Misiewicz, Danuty Pryczek, Ewy Gawędy** za troskliwą opiekę i poszanowanie godności w dniach choroby mojej Mamy Joanny Ples

składa córka
Katarzyna Marchewka

Jesteście Państwo dla mnie wzorem powołania, łączenia profesjonalizmu z miłością do człowieka

Podziękowanie dla pani **Małgorzaty Karalus** – pielęgniarki – za pomoc, wsparcie w długotrwałej i ciężkiej chorobie mojej Mamy Heleny Piątkowskiej

dziękuje
córka Grażyna Suska

Serdeczne podziękowania dla oddziałowej oddziału – pani **Urszuli Denuszek, pielęgniarki Magdalenie Miniak** oraz całemu zespołowi pielęgniarek Oddziału Ginekologicznego Szpitala Miejskiego w Pabianicach za profesjonalną opiekę, życzliwość oraz rodzinną atmosferę

wdzięczna pacjentka
Jolanta Noszczyńska

Z żałobnej karty

Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że dnia 29 maja 2010 roku odeszła od nas na zawsze nasza koleżanka

Grażyna Kruk

Przez wiele lat pełniła funkcję pielęgniarki oddziałowej Oddziału Laryngologii Szpitala MSWiA w Łodzi. Była człowiekiem o wielkim sercu i wrażliwej duszy. Kochała swój zawód i zawsze pomagała innym. Zawsze będziemy o niej pamiętać.

personel pielęgniarski Szpitala MSWiA w Łodzi

„Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą.
Zostają po nich wspomnienia i telefon głuchy”

Zbyt wcześnie od nas odeszła nasza koleżanka położna

Krystyna Gardziola

Zmarła 21 lipca 2010 roku w wieku 57 lat.

Absolwentka Medycznego Studium Zawodowego nr 1 w Kielcach. Dyplom uzyskała w 1975 roku. Pracę podjęła w ZOZ w Opocznie – od 01.04 do 30.09.1975 roku. Od 1 listopada 1975 do 15 lipca 1976 roku pracowała w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Tarnobrzegu.

Lata 1976–1987 to czas pracy, jaką wykonywała w Szpitalu Wojewódzkim w Piotrkowie Trybunalskim. Od 2 listopada 1987 roku do 10 stycznia 2010 roku była z nami do końca w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II na oddziale ginekologii i położnictwa w Bełchatowie.

Zawsze życzliwa, uśmiechnięta, matka, żona, babcia, koleżanka.
Położna z krwi i kości – pozostanie w naszej pamięci.

pograżone w smutku i żałobie koleżanki położne
ze Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie