

Komunikaty

Wolne miejsca na kursy specjalistyczne:

1. Podstawy opieki paliatywnej

- 05.11-01.15.2009 r.

2. Szczepienia ochronne dla pielęgniarek - planowany termin 15.12.2008r.

3. EKG – dla pielęgniarek i położnych

4. Warsztaty edukacyjne

W programie m. in.

- Czy wystąpieniu AZS można zapobiec?

- Masa noworodka.

- Fizjologia i patologia błony celulozowej noworodka.

- Woskowina - fizjologia czy patologia?

Termin warsztatów: 7 listopada 2008 r. w godz. 11.00 - 13.30 w biurze OIPiP w Łodzi.

Osoby zainteresowane prosimy o składanie kart zgłoszeń w biurze OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 w godz. pracy biura.

Uprzejmie informujemy, iż od dnia 5 września 2008r.

zostało uruchomione poradnictwo psychologiczne dla pielęgniarek i położnych

- tworzenie grup wsparcia

Z porady można skorzystać

w każdy piątek miesiąca,

w godz. 14.00 - 15.30

w siedzibie OIPiP w Łodzi,

ul. Piotrkowska 17

(III piętro - pok.314a)

W numerze:

Biuletyn 10/2008 1 października 2008 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Serwis informacyjny
- 5 Prawnik radzi
- 9 Zachowania zdrowotne populacji wieku rozwojowego województwa łódzkiego
E. Sudot - Jednorowicz
- 10 Odwiedziny u chorego
- 12 Słowo Przewodniczącej
- 14 Jedna w wielu...
Agnieszka Brończyk
- 16 Czasami pytasz...
Joanna Czerwińska
- 17 Magia zawodu - blask czy cień?
Jolanta Lewandowska
- 19 WSH-E Naukowe Koło Studenckie:
Wpływ choroby terminalnej jednego z członków na funkcjonowanie rodziny
Marta Goździk
- 21 Rak szyjki macicy
Beata Sadura
- 22 Historia Szpitala im. Z. Radlińskiego w Łodzi
dr n. med. Barbara Dobrowolska
- 27 Kącik biblioteczny

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17

tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.

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

Skład: OIPiP – Agnieszka Krzysztofik

Druk: BiK – M. Bernaciak

91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 12 sierpnia 2008 roku

- ➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek - 22 pielęgniarkom/pielęgniarzom i 2 położnym.
- ➔ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 5 pielęgniarek.
- ➔ Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu - 4 pielęgniarkom i 1 położnej.
- ➔ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 4 pielęgniarki i 18 położnych.
- ➔ Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek - 5 praktyk.
- ➔ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych - 15 praktyk.
- ➔ Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych - Akademia Zdrowia:
 - a) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa neonatologicznego – program dla pielęgniarek i położnych*,
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa ratunkowego – program dla pielęgniarek*.
- ➔ Rozpatrzono wnioski w sprawie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu:
 - skrócono przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu - 1 pielęgniarsce.
- ➔ Podjęto Uchwałę w sprawie zatwierdzenia Statutu Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych przy OIPiP w Łodzi oraz Uchwałę o powołaniu na stanowisko Dyrektora Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych Pani Marii Kowalskiej.
- ➔ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - kursie specjalistycznym - 4 członkom samorządu,
 - kursie kwalifikacyjnym - 6 członkom samorządu,
 - szkoleniach - 8 członkom samorządu,
 - za ukończenie studiów podyplomowych - 2 członkom samorządu,
 - odmówiono dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym - 2 osobom z przyczyn regulaminowych (wniośki złożone po terminie).
- ➔ Zatwierdzono koszty:
 - Konferencji Międzynarodowej IV Forum Zdrowia Kobiety w Kaliszu - 4 członkom samorządu,
 - udziału 4 osób w Szkole Liderów Społeczeństwa Obywatelskiego w Warszawie,
 - III Ogólnopolskim Zjeździe Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych - 10 członkom samorządu.
- ➔ Przyznano zapomogi bezzwrotne w wysokości:
 - 1. 500 zł. - 3 osobom,
 - 1. 000 zł. - 1 osobie.
- ➔ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do pracy w komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora.

Anna Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

„Professional Nurse” - kurs językowy dla pielęgniarek

Przydatne zwroty kierowane do pacjentów, nazwy chorób i dolegliwości oraz słownictwo związane z badaniami i zabiegami zawierają m.in. zawodowe kursy językowe dla pielęgniarek, które opracowuje Dział Projektów Międzynarodowych Wyższej Szkoły Humanistyczno- Ekonomicznej w Łodzi w ramach europejskiego projektu Leonardo da Vinci „Professional nurse”. Kursy z czterech języków: angielskiego, niemieckiego, hiszpańskiego i włoskiego dostępne będą na platformie e-learningowej i na płytach CD. Praca nad projektem zakończy się w październiku 2008 roku. Do tego czasu wybrana grupa pielęgniarek przetestuje kurs, który - jeśli będzie taka potrzeba – zostanie następnie poprawiony i udoskonalony.

Przygotowanie kursu poprzedziło badanie ankietowe przeprowadzone wśród 390 pielęgniarek i pielęgniarzy. 70% ankietowanych uznało, że znajomość języka obcego jest niezbędna w wykonywanym przez nich zawodzie, a ponad połowa przyznała, że nie zna żadnego języka obcego.

Kurs będzie miał atrakcyjną formę multimedialną, zawierającą materiały video, zdjęcia oraz prezentacje wizualne. To pierwszy tego typu projekt w Polsce, skierowany do konkretnej grupy zawodowej, który ułatwi pielęgniarkom samodzielną naukę języków obcych, podnosząc ich kompetencje oraz przygotowując je do pracy za granicą. Oprócz pielęgniarek z kursów będą mogli korzystać również studenci szkół medycznych.

Projekt „Professional Nurse” w 2006 roku otrzymał Nagrodę Specjalną przyznaną przez Komisję Europejską w ramach konkursu „European Workers Mobility Awards 2006”.

Strona internetowa projektu: www.pronurse.eu

Osoba do kontaktu:

Marcin Podogrocki

mpodogrocki@wshe.lodz.pl

Symposium „Etyka zawsze i wszędzie”

Termin - 20 listopada 2008 roku, godz. 9.00 - 16.00

W programie symposium m.in:

- „Etyka badań naukowych”,
- „Aspekty prawne w stosunku do osób uzależnionych i ich współpracowników”,
- „Asertywność a arogancja”.

Miejsce Symposium: Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 3 im. Seweryna Sterlinga w Łodzi, ul. S. Sterlinga 1/3

Zgłoszenia przyjmowane są do 30 października 2008 r. na zamieszczonym poniżej druku. Kartę zgłoszenia należy dostarczyć do Biura OIPIP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17. Liczba miejsc ograniczona.

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SYMPOZJUM

TERMIN SYMPOZJUM.....

MIEJSCE SYMPOZJUM.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

MIEJSCE PRACY.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

STANOWISKO.....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA.....



Konsultanci wojewódzcy w dziedzinach pielęgniarstwa w województwie łódzkim

dziedzina pielęgniarstwa	imię i nazwisko	miejsce pracy/kontakt
pielęgniarstwo ogólne	mgr Wiesława Orłowska	I Szpital Miejski ul. Pieniny 30 92 - 003 Łódź tel. 042 679 - 31 - 44 wew. 249 fax. 042 679 - 30 -76
pielęgniarstwo rodzinne	Barbara Piątkiewicz	Przychodnia Rejonowa Nr 39 ul. Maratońska 71 93 - 357 Łódź tel. 042 687 - 30 - 70
pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze	mgr Krystyna Bogus	Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego - Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych ul. Roosvelta 18 90 - 056 Łódź tel. 042 636 - 66 - 54; 042 637 - 48 - 33

WCZP

Komunikat Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Ogólnego dla województwa łódzkiego

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi (w związku z licznymi pytaniami kierowników zakładów podstawowej opieki zdrowotnej) wystąpiło o interpretację Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. zmieniającego Rozporządzenie w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym oraz wykazu produktów wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych ratujących życie, a w szczególności dotyczących produktu leczniczego wymienionego w treści załącznika nr 2 do rozporządzenia - *Dopamini hydrochloridum 4 % - 10 amp.*, a 5 ml. Ze względu na powstałe wątpliwości dot. konieczności stosowania odpowiedniego sprzętu warunkującego podanie *Dopaminy hydrochloridum 4 %*, w dniu 18 czerwca 2008r. Departament Polityki Lekowej i Farmacji zwrócił się do Pana prof. dr hab. Grzegorza Opolskiego - Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, z prośbą o zajęcie stanowiska w przedmiotowym zakresie. Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii proponuje, aby z listy środków leczniczych zestawu przeciwwstrząsowego usunąć Dopaminę hydrochloridum 4 % - lek, którego efektywne zastosowanie wymaga

użycia odpowiedniej pompy infuzyjnej, będącej na wyposażeniu zespołów wyjazdowych pogotowia ratunkowego. Zdaniem prof. Opolskiego aktualnie obowiązujący skład leków zestawu przeciwwstrząsowego jest zbyt szeroki. Wiele wymienionych substancji leczniczych o bardzo silnych efektach terapeutycznych powinno być stosowanych w ramach terapii monitorowanej, która jest domeną specjalistycznego leczenia zamkniętego. Zatem wyposażanie gabinetów lekarskich w tak szeroki asortyment jest niepotrzebne. W związku z powyższym Departament Polityki Lekowej i Farmacji podejmie prace legislacyjne nad nowelizacją Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002r. w sprawie produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczone w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym oraz wykazu produktów wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych ratujących życie, pod kątem zmiany asortymentowej zestawu przeciwwstrząsowego.

Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie Pielęgniarstwa Ogólnego
dla województwa łódzkiego
mgr Wiesława Orłowska

Opinia prawna dotycząca kwestii zatrudnienia położnej na stanowisku pielęgniarki

Radca prawny
Dariusz Ojrzyński

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.) określa zasady i warunki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły dla położnych, zaś pielęgniarka - po ukończeniu szkoły dla pielęgniarek. Uzyskuje też zawód i tytuł zawodowy pielęgniarki albo zawód i tytuł zawodowy położnej oraz prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo prawo wykonywania zawodu położnej, które uprawnia do wykonywania tych zawodów. W związku z tym, pielęgniarka wykonująca zawód położnej i położna wykonująca zawód pielęgniarki udziela zawodowo świadczeń, nie będąc do tego uprawnioną, co podlega odpowiedzialności karnej (art. 32 ustawy ww. ustawy).

Kwalifikacje wymagane od osoby na danym stanowisku pracy reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300). Zgodnie z taryfikatorem kwalifikacyjnym na stanowisku położnej może zostać zatrudniona osoba posiadająca wymagane kwalifikacje.

Ponadto z art. 44 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.) wynika, iż za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność kierownik zakładu, który jednocześnie jest przełożonym wszystkich pracowników w nim zatrudnionych. W związku z powyższym kierownik zakładu, podejmując decyzję o sprawach kadrowych, w tym związanych z oceną kwalifikacji pracownika na danym stanowisku pracy, odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej wymagane przepisami kwalifikacje.

W świetle unormowań ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej brak jest podstaw do jakiegokolwiek utożsamiania obu zawodów medycznych. Scharakteryzowane w ramach art. 4 oraz art. 5 wymienionej ustawy sfery działalności zawodowej, jakkolwiek odnoszą się do udziela-

nia przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, to jednak nie mogą być traktowane zamiennie. Dlatego też, jeszcze raz należy podkreślić, że pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej, a położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły położnych. Tym samym dana osoba uzyskuje odpowiednio uprawnienia zawodowe i tytuł zawodowy pielęgniarki oraz związane z tym prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo uprawnienia zawodowe i tytuł zawodowy położnej oraz związane z tym prawo wykonywania zawodu położnej. Tak więc pielęgniarka wykonująca zawód położnej albo położna wykonująca zawód pielęgniarki udziela zawodowo świadczeń, nie będąc do tego uprawnioną. Mając na uwadze powyższe, należy jednoznacznie stwierdzić, że zatrudnianie położnych jest możliwe jedynie na stanowiskach, gdzie będą wykonywały zawód położnej.

Mając na względzie powyższe należałoby stwierdzić, iż położna może sprawować opiekę w szczególności nad osobami wymienionymi w art. 5 Ustawy o zawodzie. Jednakże użyty przez ustawodawcę zwrot „w szczególności” wskazuje, iż nie jest to katalog zamknięty jeżeli chodzi o możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną. Zatem możliwa jest sytuacja, w której położna będzie wykonywać inne czynności w stosunku do innych osób aniżeli wymienione w art. 5 Ustawy pod warunkiem, iż będzie je wykonywać zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością (art. 18 Ustawy o zawodzie). Niemniej jednak należy stwierdzić, iż zakresy uprawnień pielęgniarki i położnej zostały ukształtowane odmiennie. Zatem zasadnym jest stwierdzenie, iż nie można utożsamiać tych dwóch zawodów.

Nabycie dodatkowych kwalifikacji pozostaje bez wpływu na sytuację zatrudnionych w ten sposób położnych.

ŻYCIE JEST BEZCENNYM DAREM

Mammobusy blisko kobiet, czyli jak zorganizować badania mammo-
graficzne w swojej miejscowości, regionie. Materiał informacyjny
dla samorządowców.

• Kto może zaprosić mammobus?

Każda gmina, miasto, zakład pracy, organiza-
cja samorządowa, pozarządowa, kolo gospo-
dyń wiejskich.

• Jak wybrać dogodny dla mieszkańców ter- min wizyty mammobusu?

Warto połączyć wizytę mammobusu z jakimś
ważnym dla mieszkańców wydarzeniem: fe-
styn, dożynki, odpust, święto miasta itp. Na-
leży wcześniej skontaktować się z właścicie-
lem mammobusu, wysyłając zapytanie ma-
ilem lub telefonując.

• Gdzie znaleźć harmonogram pracy mam- mobusów i kontakty do właścicieli mam- mobusów?

Harmonogram pracy mammobusów i numery
telefonów do mammobusów znajdują się na
www.nfz-lodz.pl w zakładce profilaktyka.

• Co jest potrzebne, żeby mammobus mógł rozpocząć badania?

Utworzony plac dla ustawienia mammobusu
wielkości tira z ciągnikiem (20 m x 3 m) z do-
godnym do manewrowania wjazdem. Ważne,
żeby mammobus nie stanowił przeszkody dla
ruchu. Wymagany jest dostęp do źródła zasilania
w prąd trójfazowy (siłowy) z przed zabez-
pieczeniem minimum 25 amper w odległości
nie większej niż 40 m od ambulansu oraz do-
stęp do zasilania w wodę nie dalej niż 30 m.

Uwaga! Wymagania techniczne mammobu-
sów mogą się różnić!

Najlepsze miejsca, w których może stanąć am-
bulans to parkingi przy urzędach gminy lub mia-
sta, remizach OSP, ZOZ-ach, domach kultury,
placach miejskich, stadiony itp. W każdym razie
miejsca ogólnodostępne i znane mieszkańcom.

• Jak dobrze rozreklamować badania mam- mograficzne wśród mieszkańców, gdzie szukać partnerów i wsparcia? Czy właściciele mammobusu zaprasza kobiety na bada- nia we własnym zakresie?

Właściciele mammobusu organizują akcję roz-
syłania pocztą ulotek (druki bezadresowe) do
większości (losowo) gospodarstw indywidual-
nych na terenie gminy oraz proszą o pomoc
w nagłośnieniu akcji współorganizatorów prze-
syłając uprzednio materiały do wykorzystania.
Promocja badań rozpoczyna się na 3-4 tygo-
dnie przed terminem badań. Warto zawiado-
mić lokalne media, poprosić księdza o ogłosze-
nie z amfony informacji o badaniach. Plakaty
z informacją o dacie badania powinny zawie-
szyć w sklepach, centrach handlowych, urzę-
dach, szkołach, kościołach itp. Informację można
przekazać za pośrednictwem sołtysów, kół go-
spodyń. Badania można połączyć z prelekcjami
na temat profilaktyki (prelegentów i materiały
informacyjne zapewnia WOK i ŁOW NFZ).
Wsparcie medialne oferuje także Biuro Prasowe
ŁOW NFZ, tel. 042 275 40 13 (należy za-
wiadomić o miejscu i terminie badań)

• Ile osób może się zbadać w mammobusie?

Jednego dnia w ambulansie może się zbadać
około 100 pań.

• Czy badania w mammobusie są bezpiecz- ne?

Tak, badania są bezpieczne. Potwierdzają to
stałe kontrole aparatury i procedur badań pro-
wadzone przez NFZ i WOK.

• Jak długo trwa badanie?

Badanie trwa około 5 minut. Zimą około 7 minut.

• Kiedy i gdzie kobiety mogą odebrać wyniki badań?

Wyniki badań odbierane są w miejscach usta-
lonych z organizatorami badań do 21 dni. Naj-
częściej w urzędach gmin, ośrodkach zdrowia

lub w miejscach, w których panie zapisywały
się na badania. Tam trafiają wyniki (w zam-
kniętych, zaadresowanych kopertach) niebu-
dzące żadnych zastrzeżeń. Wyniki, które wska-
zują na konieczność poddania się dalszej dia-
gnosyce, wysyłane są na adres domowy
w przeciągu 14 dni. Wszystkie panie korzysta-
jące z badań informowane są o terminie i miej-
scu odbioru wyników.

• Czy organizator badań ponosi jakieś koszty wizyty mammobusu?

Organizator nie ponosi żadnych kosztów przy-
jazdu i badań w mammobusie.

• Jak ocenić liczbę kobiet, które mogą zgło- sić się na badania? Czy w razie dużego za- interesowania badaniami mammobus mo- że zostać na kilka dni?

Długość postoju mammobusu jest określaną
wspólnie z organizatorami na podstawie anali-
zy ilości potencjalnych uczestniczek badań
(około 20 % ogółu mieszkanek gminy to kobie-
ty z grupy 50-69 lat, zgłaszalność ogólnopols-
ka wynosi mniej więcej 25-30 % uprawnio-
nych) – na tej podstawie można dość dokład-
nie określić czas postoju. Jeżeli gmina dofinan-
sowuje badania dla młodszych pań wtedy lub
bardzo aktywnie włącza się w promocję akcji,
wtedy mammobus może stać dłużej. Jeżeli
liczba chętnych przekroczy dzienne możliwości
badań, natychmiast wyznaczane są kolejne
terminy pobytu, a wszystkie panie zapisywane
są na specjalne listy oczekujących. Na dwa ty-
godnie przed kolejną wizytą mammobusu
wszystkie panie informowane są telefonicznie
i ustalone są dogodne dla nich godziny badań.

Materiał przygotowany na podstawie informa-
cji ZZOZ Profilaktyka Diagnostyka Leczenie,
sposób organizacji badań i wymagania tech-
niczne dotyczące mammobusów mogą się róż-
nić u poszczególnych świadczeniodawców.

Mammobusy, w których jest realizowany pro-
gram bezpłatnych badań mammo-
graficznych w ramach programu profilaktyki raka piersi.

• „Fado” NZOZ Centrum Usług Medycznych	Gdańsk	Startowa 1	058 511 34 52
• NZOZ „Medica”	Łódź	Struga 3	042 630 43 38
• Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów	Poznań	Kazimierza Wielkiego 24/26	061 851 86 27
• ZZOZ Profilaktyka Diagnostyka, Leczenie	Warszawa	Nowolipie 31	061 879 41 80/90

Zapraszamy na bezpłatne badania profilaktyczne piersi - badanie mammograficzne Kogo?

Kobiety w wieku 50 do 69 lat, które w ciągu ostatnich 2 lat nie wykonywały mammografii

Gdzie?

Do pracowni pod wskazany adres

SPZOZ CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO PRACOWNIA MAMMOGRAFII	ŁÓDŹ, ul. CZECHOSŁOWACKA 8/10, tel. 042 675 70 16
ZOZ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI PRACOWNIA MAMMOGRAFII	ŁÓDŹ, ul. PÓŁNOCNA 42, tel. 042 634 11 82
SALVE ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O. PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ - MAMMOGRAFIA	ŁÓDŹ, ul. A. STRUGA 3, tel. 042 633 56 61
NZOZ CENTRUM MEDYCZNE BAZAROWA SP Z O.O. "DELTA-IMPORT" PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ RTG	ŁÓDŹ, ul. BAZAROWA 9, tel. 042 651 25 00
WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY im. M. KOPERNIKA W ŁODZI PRACOWNIA MAMMOGRAFII	ŁÓDŹ, ul. PABIANICKA 62, tel. 042 689 56 90
CENTRUM MEDYCZNE "LUX-MED" PRACOWNIA RTG	ŁÓDŹ, ul. MILIONOWA 26, tel. 042 254 94 00
NZOZ CENTRUM DIAGNOSTYKI I TERAPII LASEROWEJ PŁ PRACOWNIA MAMMOGRAFII (budynek B-12)	ŁÓDŹ, ul. WÓLCZAŃSKA 215, tel. 042 631 36 70
NZOZ "DIAGNOSTYKA" SP. Z O.O. PRACOWNIA DIAGNOSTYKI - MAMMOGRAFIA	KUTNO, ul. KOŚCIUSZKI 52, tel. 024 355 84 60
NZOZ "MEGAMED" SP. Z O.O. PRACOWNIA RTG, MAMMOGRAFII	BELCHATÓW, ul. CZAPLINIECKA 93/95, tel. 044 635 29 38
SAMODZIELNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM PRACOWNIA MAMMOGRAFICZNA	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI, ul. WOLBORSKA 76/78, tel. 044 647 03 68
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W SKIERNIEWICACH PRACOWNIA MAMMOGRAFII	SKIERNIEWICE, ul. SOBIESKIEGO 4, tel. 046 834 07 36



KOPERNIK
Wojewódzki Ośrodek Koordynujący
Populacyjny Program Wczesnego
Wykrywania Raka Piersi
www.wok.kopernik.lodz.pl
tel. 509 246 428
509 238 173

WCZP

mgr Żaneta Karczewska

Komunikat dotyczący zmiany techniki wykonywania testów przesiewowych

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi **przypomina o zmianie techniki wykonywania testu.** Opracowane przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie materiały metodyczne dla **pielęgniarek szkolnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej „Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym”** zamieszczone są na stronie internetowej Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi - www.wczp-lodz.pl oraz na stronach internetowych OIPiP w Łodzi- www.oipp.lodz.pl. Opracowanie można również otrzymać w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego- Dział Promocji, Nadzoru Świadczeń Medycznych i Kontroli Zakładów Opieki Zdrowotnej, ul. Roosevelta18 w Łodzi.
Dziękujemy za dotychczasową współpracę.

ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO (WORLD MENTAL HEALTH DAY)

World Federation for Mental Health - Światowa Organizacja Zdrowia Psychicznego - powstała w 1948 roku, by popularyzować na całym świecie profilaktykę zaburzeń psychicznych i emocjonalnych, właściwe leczenie i opiekę dla osób z tego typu zaburzeniami oraz promować zdrowie psychiczne. Jednym ze środków, jakimi posługuje się Federacja, jest organizowanie co roku 10 października Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego (World Mental Health Day). Ma on za zadanie edukować rodziny i społeczności na całym świecie w umiejętności rozpoznawania i pomagania tym, którzy cierpią z powodu chorób psychicznych. Cierpienia te mogą wynikać zarówno z samej choroby, jak i ze stosunku otoczenia społecznego, mogącego przyczynić się do ulgi w cierpieniach, jak i do pogarszania sytuacji chorego poprzez odrzucanie go pomimo ustąpienia objawów, zniechęcania do podjęcia leczenia, przyczynianie się do pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Oficjalne hasło obchodów w roku 2008 brzmi:

„Niech osiągnięcie zdrowia psychicznego ma ogólnoswiatowe pierwszeństwo i będzie przedmiotem międzynarodowego zainteresowania”
 (“*Make mental health issues a global priority, after all mental health is an international concern*”)

Program obchodów Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego nie zakreśla żadnych granic. Każdy, kto uczestniczy, choćby przez upowszechnienie informacji, włącza się w kształtowanie pozytywnych zmian.



W dniu 10 października 2008 r. w godz. 9.00 - 15.00 po raz kolejny Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi, organizują na terenie Szpitala im. J. Babińskiego, poświęconą tym zagadnieniom konferencję. Ma ona zasięg regionalny.

Komitet Honorowy konferencji stanowią:

- Konsultant Wojewódzki ds. Psychiatrii - prof. J. Rabe – Jabłońska,
- Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi - p. Dorota Łuczyńska;

- Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi - mgr Krystyna Walewska;

W programie konferencji organizatorzy poprosili o wystąpienia m.in. przedstawicieli NFZ, Kliniki Psychiatrii UM, Katedry Pedagogiki Społecznej, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Wydziału Pielęgniarskiego.

Liczymy na zainteresowanie konferencją - oprócz władz samorządowych i pracowników psychiatrii - osób zatrudnionych w sferze pomocy społecznej, pielęgniarstwa rodzinnego. Celem, który chcemy osiągnąć jest integrowanie działań na rzecz zdrowia psychicznego i systemu oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie.

Osoby chcące wziąć udział w konferencji proszone są o zgłoszenie się do Pani Grażyny Korybut:
fax : 652 – 86 -20
tel. 652 – 94 – 01 wew. 313;
e-mail: g.korybut@vp.pl

Na str. 9 publikujemy streszczenie jednego z referatów, który zostanie wygłoszony na Konferencji.

Warto wiedzieć...

Redakcja

Na oficjalnej stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl) pojawiła się zakładka: **Pielęgniarki i położne**, w której możemy znaleźć informacje Departamentu Pielęgniarek i Położnych dotyczące spraw naszych zawodów.

Jeżeli wejdziemy na wspomnianą stronę, zobaczymy kolejną listę zakładek, a między nimi zatytułowaną: **Współpraca z samorządem**.

Tutaj Departament umieścił odpowiedzi na nasze (czytaj - samorządowe) stanowiska (wnioski) i apele. Zachęcamy do odwiedzania tych stron.

Pogarszające się samopoczucie społeczne dzieci i młodzieży wynikające m. in. ze stresu, dostępności narkotyków, narastającej przemocy powoduje, iż planowane jest wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Podjęcie tego Programu wynika z ustaleń konferencji helsińskiej (14.10.2005) nakazującej krajom Unii Europejskiej opracowanie Krajowego Planu Działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym z zapewnieniem odpowiednich środków.

nerwice związane ze stresem (ok. 12%), depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (ok. 2 %).

Czynnikami ryzyka większości zaburzeń psychicznych są względy pozamedyczne, takie jak: przemoc psychiczna i brak wsparcia w rodzinie, przemoc fizyczna i częste konflikty w rodzinie, rozwód lub separacja rodziców.

Wyniki badania ankietowego pt. „Przemoc rówieśnicza i agresja w szkole oraz środowisku lokalnym wśród gimnazjalistów województwa łódzkiego” przeprowadzone w 2007r.

(78%) jak i dziewcząt (69%). Około 1/5 uczniów zostało uderzonych lub pobitych, o lekceważącym traktowaniu przez nauczycieli wypowiada się 39% uczniów, a co trzeci uczeń zagrożony jest „wykluczeniem rówieśniczym”.

Informacje o sytuacji w rodzinie wskazują, że 84 % respondentów podkreśla kłótnie ze swoimi rodzicami, w tym co piąty używa w czasie kłótni wulgarnych słów.

Zjawisko rozpowszechnienia negatywnych zachowań zdrowotnych zostało ocenione na podstawie ankiety audytoryjnej pt. „Picie alkoholu i uży-

Zachowania zdrowotne populacji wieku rozwojowego województwa łódzkiego

Zakłada się, że do roku 2015:

- zmniejszy się liczba występujących zaburzeń psychicznych, samobójstw, myśli samobójczych, objawów lękowych, depresji, reakcji kryzysowych;
- zwiększy się liczba programów oraz placówek oferujących profesjonalną pomoc i poradnictwo dla osób narażonych na zaburzenia zdrowia psychicznego (dzieci i młodzieży, osób starszych, bezrobotnych, narażonych na przemoc);
- celem nadrzędnym będzie promowanie zdrowia psychicznego poprzez dostarczanie wiedzy i umiejętności niezbędnych do prawidłowego rozwoju psychospołecznego dzieci i młodzieży oraz rozwiązywania problemów życiowych.

Wskaźnik zgłoszeń pierwszorazowych w czterech Poradniach Zdrowia Psychicznego na terenie województwa w latach 2004 – 2006 wynosił średnio 4.0/1000 ludności, a wśród przyczyn leczenia ambulatoryjnego wymienia się najczęściej: zaburzenia zachowania i emocji (ok. 33% leczonych),

diagnozują rozmiary zjawiska przemocy i agresji, relacje pomiędzy uczniami, nauczycielami, rodzicami.

Najczęściej spotykaną formą agresji jest przemoc werbalna. O używaniu wulgaryzmów wypowiada się 73 % badanych, zarówno chłopców

wanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa łódzkiego” oraz badań HBSC w Polsce. Analiza wyników wskazuje na konieczność pilnego podjęcia działań naprawczych i zapobiegawczych na terenie kraju i w środowiskach lokalnych.

Odwiedziny u chorego

Idąc za głosem Thomasa Carlvle:

„Naszym głównym celem nie powinno być wypatrywanie tego, co odległe i niewyraźne lecz czynienie tego, co leży w zasięgu naszej ręki.”

XXI wiek – brzmi bardzo dumnie. Szczycimy się osiągnięciami w różnych dziedzinach życia. Cieszymy się z rozwoju ekonomicznego naszego kraju. Chwalimy się postępami i nowymi dobrami materialnymi.

Cóż, to wszystko jest nam do życia potrzebne, ale ...

Wysiadam na Dworcu Centralnym w naszej stolicy. Wyrastają przed moimi oczami piękne, nowoczesne budynki hoteli, banków. Na ulicach ruch, pośpiesznie migają przed nogami różnorodne, bardziej lub mniej komfortowe samochody. Nieopodal, około 10 min. drogi wyłania się spokojniejsza ulica a na niej Szpital Psychiatryczny. Stary, zbudowany z czerwonej cegły budynek nie zachęca do wejścia. Jak mówią: liczy się pierwsze wrażenie, w tym wypadku także ono się sprawdza. Przekraczając progi szpitala wchodzę do innego świata!!! Wszystko to już prawie zabytki - ściany, drzwi, podłogi. „Dziwi” mnie nowa winda, którą wjeżdżam na II piętro – Oddział II. Po naciśnięciu dzwonka ponure, z kawałkiem przezroczystej szyby drzwi, otwiera kluczem pielegniarka.

Cóż zastaje? „Lot nad kukułczym gniazdem” w polskim wydaniu. Sceneria i atmosfera jak w filmie, nawet w gorszym wydaniu. Wieloosobowe sale, stare poobijane łóżka, metalowe stoliki, z których ze wszystkich fragmentów spogląda rdza. Człowiek brzydzi się na to patrzeć, a co dopiero żeby służyło schowaniu swoich osobistych rzeczy, nie mówiąc o włożeniu w jej wnętrze jedzenia. Na długim, ponurym korytarzu panuje wielki ruch. W więk-

szym lub mniejszym pośpiechu mijają się chorzy po „alei spacerowej”. Wszystkie drzwi wieloosobowych sal chorych, jak i inne pomieszczenia oddziału nie pamiętają kapitalnego remontu. Myślę ze smutkiem, że niedługo będzie potrzeba zgody konserwatora zabytków na przeprowadzenie jakichkolwiek zmian. Pomieszczenia sanitarne, wysiłkiem ludzi są czyste, ale wrażenia takiego nie robią. Na ścianach zbiór resztek różnych kafelków. Większość to lata 70-te, a mniejszość to stare zlepki wyklejające miejsca prawdopodobnie po awariach instalacyjnych. Rozumiem, że dla bezpieczeństwa chorych drzwi od sanitariatów muszą być otwarte, ale przecież można stosować napisy „ZAJĘTE”, „WOLNE”, aby ludzie mogli poczuć odrobinę intymności. Przecież to nie dom Big Brothera, gdzie za wielkie pieniądze ktoś dobrowolnie chce pokazywać wszystkie części swojego ciała!!! Spoglądam na sufit, z którego zwisa zwinięty przewód elektryczny zakończony porcelanowym fragmentem starej lampy bez klosza. Tradycyjna żarówka służy do rozjaśnienia murów pomieszczenia. Otwarte okno pokryte zardzewiałą siatką, na której suszy się górna część garderoby pacjentek. Wydzielone miejsce z szarymi stolikami i krzesłami – to jadalnia. Kilka zebranych (chyba z kasacji) foteli i krzesel, rozmieszczonych po bocznych ścianach - to prawdopodobnie część socjalna. Jedynym oknem w lepszą rzeczywistość jest ekran TV, umieszczony za szybą regału, który swym wyglądem nie przypomina współczesności. Programem miga-

jącym za szybą „interesują się” dwie drzemiące kobiety. Brak książek, gazet, kolorowych obrazków, plakatów, nie mówiąc o dostępie do internetu. Jedynym nowoczesnym akcentem są telefony komórkowe, których dźwięk czasami przebija się przez krzyk chorego lub wołanie białego personelu do pomiaru ciśnienia czy po leki. Z pomieszczenia palarni wydobywa się dźwięk przypominający gitarę i fragment piosenki „...siedem dziewcząt z Albatrosa, Tyś jedyna....”.

Tu trafia często chory, który ztracił sens swojego życia i nie widzi swojej dalszej drogi wśród żywych. Tu ma znaleźć lepszą perspektywę, sens i motywację do stawiania dalszych kroków po ziemi. Tu ma odnaleźć w sobie siły, które są na wyczerpaniu. Tu ma uleczyć swojego ciężko chorego ducha.

Co zastaje??? Czy w takim miejscu można znaleźć chociaż iskierkę nadziei? Co może pacjentowi zaferować ładnie nazwany „zespół terapeutyczny”? Jakimi narzędziami dysponuje psycholog i lekarz? Chory wpada w farmakoterapię. Firmy farmaceutyczne oferują szereg leków tzw. nowej generacji, które nie są lekami szczęścia i radości. Zwiększane dawki farmaceutyków zamazują otaczający świat, zubożniają, przykrywają mgłą problemy.

Dopiero tu, przebywając krótko, we fragmencie dużego akademickiego szpitala, nawet ja - żyjąca wśród tzw. zdrowych - tracę sens życia – bo przecież to nie jest życie!!!

Zastanawiam się po opuszczeniu szpitala kim my jesteśmy ? Czy jesz-

czy istnieje gatunek ludzki? Gdzie są osoby, instytucje odpowiedzialne i nadzorujące warunki w jakich żyją ludzie chorzy???

Byłam w lecznicy dla zwierząt, która w niczym nie przypomina (w sensie pozytywnym) miejsca, gdzie są leżeni ludzie!!! Walczymy o prawa zwierząt, z nadmierną troską uważamy się nad warunkami w schroniskach, a gdzie jest nasze zaangażowanie w tworzeniu ludzkich warunków dla ludzi???

Przecież szpital psychiatryczny staje się często kilkumiesięcznym domem dla chorego, odrzuconego przez najbliższych i zepchniętego na margines życia. Przecież na jego nie-szczęściu dorabiają się głównie firmy biznesowe, wykorzystujące najpierw umiejętności i talent swojego pracownika do pomnażania firmowych zysków, a gdy zostanie wyssany z niego cały potencjał, staje się on nabywcą produktów firm farmaceutycznych i odwiedza różne placówki ochrony zdrowia, a nierzadko trafia jako pacjent do szpitala psychiatrycznego.

Brak zdrowia – to choroba, a każdy chory to istota nie w pełni sprawna. Natomiast miarą naszego człowieczeństwa jest stosunek ludzi zdrowych do ludzi niepełnosprawnych. Obserwujemy różne rodzaje niepełnosprawności, zarówno ruchowej, jak i psychicznej. Mogą one u jednego człowieka wystąpić jednocześnie. Lecz chyba najgorsza jest niepełnosprawność niewidoczna dla naszego oka, a dotycząca najgłębszych pokładów człowieczeństwa – niesprawność etyczna. Dotyka ona nas wszystkich, którzy są obojętni na los najbardziej poszkodowanego człowieka. Patrząc w przyszłość na dobro i piękno świata nie przechodźmy z zamkniętymi oczami, patrząc z obojętnością na warunki życia w polskich szpitalach ciesząc się, że to mnie nie dotyczy. Pochylmy się nad cierpieniem człowieka chociażby dlatego, że w życiu często dochodzi do zamiany miejsc. Nie będzie przyszłości bez naprawy teraźniejszości.

„Codziennosc zawodowa – blaski i cienie”

Rozstrzygnięcie konkursu

Uprzejmie informujemy, iż w dniu 2 września 2008 roku na posiedzeniu Komisji Konkursowej w składzie:

- 1) Anna Manes
 - 2) Danuta Zwolińska
 - 3) Małgorzata Guminiak - Zdziarska
 - 4) Danuta Twardowska
 - 5) Mirosława Olejniczak
 - 6) Krystyna Izdebska
- wyłoniono zwycięzców.

I miejsce - 750 zł dla Pani Agnieszki Brończyk za artykuł „Jedna z wielu...”

II miejsce - nagrodę 500 zł przyznano Pani Joannie Czerwińskiej za pracę pt. „Czasami pytasz...”

III miejsce - 300 zł - za artykuł „Magia zawodu - blask czy cień?” dla Pani Jolanty Lewandowskiej.

Nagrodę niespodziankę Komisja wylosowała dla pracy pt. „Był człowiek i byłam pielęgniarką” autorstwa Pani Beaty Pietrzak.

Zwycięskie prace publikujemy na łamach aktualnego wydania Biuletynu na stronach 14 -18.

Kolejne prace biorące udział w konkursie w następnych numerach Biuletynu.

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

Radakcja Biuletynu



Szanowni Państwo,

Chciałabym na moment wrócić do przeszłości i przypomnieć czas obrad konferencji Białego Szczytu. Przedstawiciele samorządu pielęgniarek i położnych aktywnie uczestniczyli w jej obradach, opiniowali poselskie projekty ustaw, które to staną się podstawą do wprowadzenia kolejnych zmian w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Odbyło się wiele spotkań przedstawicieli Rządu RP, pracodawców i tzw. strony społecznej, wyprodukowano tony papieru, wyrażono szereg opinii, poświęcono mnóstwo cennego czasu by mógł powstać dokument **REKOMENDACJE KONFERENCJI „BIAŁEGO SZCZYTU”** z dnia 19 marca 2008 r.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych na podstawie opinii Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych przedstawiła swoje stanowisko w sprawie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i jego podsystemu, jakim jest pielęgniarstwo w „katalogu problemów do dyskusji” z dnia 11 marca 2008 r., które przedstawiam poniżej.

I. Status zakładów opieki zdrowotnej

1. Słusznym wydaje się, stworzenie możliwości przekształcania na zasadach dobrowolności SPZOZ w spółki prawa handlowego. Jednak sama zmiana formy prawnej na spółki nie spowoduje poprawy jakości zarządzania jednostką i gospodarowania publicznymi środkami finansowymi.

2. Warunkiem wprowadzenia przekształceń zoz powinno być równoległe oddłużenie placówek służby zdrowia.

3. Brak jest argumentów uzasadniających obligatoryjne przekazanie szpitali na szczebel samorządu województwa.

4. Zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ powinny być jednolite dla publicznego i niepublicznego sektora ZOZ. Głównym kryterium powinna być jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych.

5. O systemie zarządzania oddziałami powinien decydować organ zarządzający zakładem, jednakże bez względu na przyjęte rozwiązania ww. system winien wyłączać osoby na stanowiska kierownicze w drodze konkursu. Preferujemy system konsultancki z uwzględnieniem znaczącej roli kierowniczych stanowisk pielęgniarskich.

II. Finanse i ubezpieczenia

1. Brak akceptacji dla systemu dodatkowej, powszechnej partycypacji pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych.

2. Zasadnym wydaje się dopuszczenie możliwości sprzedaży świadczeń zdrowotnych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak należy precyzyjnie określić zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz stworzyć system kontroli kolejności udzielanych świadczeń zapewniających dostępność zarówno dla świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak i spoza systemu.

3. Należy opracować koszyk świadczeń gwarantowanych i niegwarantowanych przed wprowadzeniem systemu ubezpieczeń dobrowolnych. Konieczne jest opracowanie systemu wsparcia dla najuboższych, świadczenia POZ muszą się mieścić w koszyku świadczeń gwarantowanych.

4. Brak akceptacji dla tzw. suplementarnych ubezpieczeń.

5. Reforma systemu KRUS powinna opierać się o dochód w powiązaniu z powierzchnią gospodarstw rolnych. Reforma KRUS-u powinna odbywać się równoległe z reformą systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

6. Wprowadzenie systemu elektronicznej ewidencji świadczeń zdrowotnych i farmaceutycznych będzie miało wpływ na przejrzystość finansowania tych świadczeń.

III. Prawa pacjenta

1. Popieramy gwarancję ochrony praw pacjenta poprzez tworzenie stanowisk rzeczników praw pacjenta w instytucjach ubezpieczeniowych. Powyższe proponujemy uregulować w drodze ustawy.

2. Ochrona tajemnicy badań genetycznych.

3. Konieczne jest uszczegółowienie pojęcia „zbiorowe prawa pacjenta”.

4. System informacji o dostępności do świadczeń i kolejności ich udzielania, powinien spoczywać na ubezpieczycielu.

5. Koszyk świadczeń gwarantowanych i niegwarantowanych.

IV. Pracownicy służby zdrowia

1. Ustawowa regulacja zapewniająca systematyczny wzrost minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych, w określonym czasie. W przypadku pielęgniarek i położnych:

a. podstawa wynagrodzenia pielęgniarek i położnych powinna być równa co najmniej półtorojej przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym – Monitor Polski – dla pielęgniarki i położnej w momencie podjęcia pierwszej pracy,

b. wynagrodzenia na innych stanowiskach pracy pielęgniarek i położnych winny odpowiadać zakresowi zadań, kwalifikacji i odpowiedzialności:

- z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa - 400%,
- naczelna pielęgniarka - 350%,
- asystent - mgr pielęgniarstwa ze specjalizacją - 250%,
- przełożona pielęgniarek, położnych, zastępczyni przełożonej pielęgniarek, położnych - 270%,
- kierownik izby porodowej - 250%,

- pielęgniarka, położna oddziałowa - 250 %,
- zastępczyni pielęgniarki, położnej oddziałowej - 210%,
- pielęgniarka, położna koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek i położnych - 210%,
- pielęgniarka epidemiologiczna - 250%,
- kierownik: żłobka, komórki opiekuńczo - leczniczej, leczniczo - wychowawczej itp. - 270%,
- asystent - mgr pielęgniarstwa, mgr położnictwa - pełnomocnik ds. jakości - 250%,
- młodszy asystent - mgr pielęgniarstwa, mgr położnictwa - 200%,
- instruktorka wojewódzka ds. pielęgniarstwa - 250%,
- specjalista: pielęgniarka, położna - 200%,
- starsza: pielęgniarka, położna - 170%,
- pielęgniarka, położna - 150%.

c. regulacja dotycząca wynagrodzeń pielęgniarek i położnych musi obejmować wszystkie pielęgniarki i położne bez względu na to, gdzie wykonują swoje zawody.

2. Mechanizmy uwzględniające minimalne wynagrodzenie personelu medycznego powinny mieć zastosowanie w całym obszarze ochrony zdrowia.

3. Nie jest to propozycja niekonstytucyjna, należałoby usprawnić mechanizmy związane z faktycznie przepracowanymi godzinami pracy.

Koleżanki i Koledzy, „Biały Szczyt mamy za sobą, za nami również prace Sejmowej Komisji Zdrowia, która przygotowała pakiet poselskich projektów ustaw nie zawierających propozycji środowiska pielęgniarek i położnych, wyrażonych w Rekomendacjach Konferencji „Białego Szczytu” z dnia 19 marca 2008 r., a miały one przecież stanowić istotny punkt odniesienia dla wszystkich działań ustawodawczych, organizacyjnych oraz decyzji finansowych zmierzających do zreformowania systemu ochrony zdrowia.

Pomimo zgody środowiska pielęgniarek i położnych na stworzenie możliwości przekształceń SPZOZ w spółki prawa handlowego odstąpiono od zasady dobrowolności przekształceń, a zaproponowano model obligatoryjnego przekształcenia, bez określenia jego szczegółowych zasad. Nie rozwiązano kwestii oddłużenia placówek służby zdrowia, które powinno być warun-

kiem koniecznym wprowadzenia przekształceń zoz. Nie przedstawiono argumentów uzasadniających obligatoryjne przekazanie szpitali na szczebel samorządu województwa, który to proces stanowi istotną zmianę struktury systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

W projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie tylko nie uwzględniono systemu wyłaniania osób na stanowiska kierownicze w drodze konkursu, ale przedstawiono propozycję zmierzającą do m.in. wyeliminowania pielęgniarskiej kadry zarządzającej z zakładów opieki zdrowotnej. Z art. 14 projektu zostały wykreślone wszystkie pielęgniarskie stanowiska kierownicze.

Ustawa ta, nie wskazuje również świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne, które w praktyce stanowią ponad 70% wszystkich procedur realizowanych przez zakłady opieki zdrowotnej.

W zapisach projektu brak jest delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia regulującego normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, co dla naszych grup zawodowych może oznaczać dalsze obniżanie obsad w przekształcanych zakładach opieki zdrowotnej, zaś dla pacjentów znaczne obniżenie jakości udzielanych świadczeń pielęgniarskich, a także zagrożenia bezpieczeństwa zarówno pacjentów, jak i personelu pielęgniarskiego.

Projekt ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej podczas prac Sejmowej Komisji Zdrowia zmienił nazwę. Wykreślono z tytułu określenie "szczególne", - posłowie uznali widocznie, iż pozostawienie pierwotnego tytułu ustawy byłoby hipokryzją w sytuacji, kiedy zawarte w ustawie uprawnienia dotyczyć będą bardzo nielicznej grupy pracowników zatrudnionych w budżetowych jednostkach opieki zdrowotnej. Uprawnienia te nie będą dotyczyć pracowników zatrudnionych w przekształconych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej obligatoryjnie przekształconych w spółki prawa handlowego.

Oczywiście projekt nie zawiera postulatów zawartych w „katalogu problemów do dyskusji”, co oznacza dla środowiska brak regulacji ustawowych uwzględnia-

jących mechanizmy gwarantujące minimalne wynagrodzenie pielęgniarek i położnych bez względu na to, gdzie wykonują swój zawód oraz mechanizmów wynagradzania uzależnionych od zakresu zadań, kwalifikacji i odpowiedzialności.

W projekcie wskazano procedury specjalizacji dotyczące bliżej nie określonych grup zawodowych, koordynowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Obecnie nadzór i koordynację kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych prowadzi Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, które w zapisach projektu ustawy nie zostało uwzględnione.

W projekcie ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta znalazł się zapis szczególnie bulwersujący nasze środowisko - zapis nakładający na lekarza leczącego pacjenta obowiązek dbania, aby inne osoby wykonujące zawód medyczny przestrzegały w postępowaniu z pacjentem prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności osobistej oraz prawo do umierania w spokoju i godności.

Zapis ten jest nie do przyjęcia z uwagi na fakt, że każda osoba wykonująca zawód medyczny - nie tylko lekarz - ma obowiązek dbać, aby inne osoby wykonujące zawód medyczny przestrzegały zasad określonych w ustawie. Pielęgniarki i położne posiadają „Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polski”, który są obowiązane przestrzegać. Należy jeszcze podkreślić, iż zgodnie z ustawą z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.) zawód pielęgniarki i położnej jest zawodem samodzielnym.

Koleżanki i Koledzy, należy podkreślić, iż w pracach Sejmowej Komisji Zdrowia przygotowującej projekty powyższych ustaw uczestniczyli przedstawiciele samorządu pielęgniarek i położnych, a także przedstawiciele związków zawodowych naszych grup zawodowych. Na bieżąco podejmowali działania zgłaszając poprawki do projektów, aby wyeliminować niekorzystne zapisy dla naszego środowiska. Zdecydowana większość postów Platfor-

my Obywatelskiej te poprawki skutecznie jednak odrzucała.

W najbliższym czasie odbędzie się w Sejmie drugie czytanie projektów ustaw, wówczas istnieje możliwość wprowadzenia do nich poprawek. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych prowadzi na szczęblu centralnym rozmowy z Premierem Rządu RP, Prezydentem RP, Ministrem Zdrowia oraz posłami wszystkich klubów parlamentarnych, aby pozyskać poparcie dla poprawek zgłaszanych przez nasze środowisko. Również Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi prowadzi działania na szczęblu regionalnym próbując pozyskać przychylność posłów i senatorów ziemi łódzkiej dla naszych postulatów.

Te postulaty chcemy również przedstawić w dniu 6 października 2008 r. na zaplanowanej konferencji prasowej, która odbędzie się w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Zamierzamy również zaznaczyć w sposób czynny swoją obecność w Sejmie podczas drugiego czytania projektów ustaw delegując swoich przedstawicieli do uczestnictwa w obradach Sejmu, gdzie będą ważyły się losy polskiego pielęgniarstwa.

Na bieżąco będę Państwa informować o sytuacji ustawodawczej wierząc do końca, iż polski parlament uzna samodzielność, profesjonalizm oraz prawo do godnego życia pielęgniarek i położnych poprzez zagwarantowanie im należnego miejsca w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Wszystkich Państwa serdecznie pozdrawiam.

Przewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
- Krystyna Walewska

Konkurs „Codzienność zawodowa – blaski i cienie” - I miejsce

Agnieszka Brończyk

Jedna

Psihologicznie będzie i indywidualnie. A co! Pielęgniarka jestem z lekka zbuntowana. Pracuję już parę lat w zawodzie...

Szpital to miejsce gdzie poznajemy ludzi w trudnych sytuacjach. Przychodzą cierpiący, narzekający, a jednocześnie pełni nadziei na wyzdrowienie. I tak te dwie siły tworzą dość specyficzną mieszankę w głowach pacjentów. Na nas - pielęgniarki - spada obowiązek wyciszenia i ustabilizowania tej psychicznej burzy.

Mamy wytworzyć atmosferę mobilizującą do walki z chorobą. Tylko zajmij się człowiekiem każdym indywidualnie, jak jesteś sama lub z drugą niebogą na oddziale. Czasem czujemy się jakbyśmy pracowały przy jakiejś szaleńczo przesuwającej się taśmie produkcyjnej. Wydać leki, sprawdzić ciśnienie, zrobić zastrzyki, znów brakuje rękawiczek jednorazowych.

Chora spod trójki nie chce jeść, a ta spod czwórki znów narzeka. Siostró, pościel mam brudną, siostró mdli mnie, siostró chcę coś na ból głowy, a jeszcze przecież są chorzy, których stan jest ciężki i od mojej uważnej obserwacji zależy ich los. W domu też nie zawsze różowo.

Dziecko chore siedzi z babcią i trzeba zadzwonić i spytać, czy gorączka spadła? A jak nie, to czy zdążę z maluchem po pracy iść do lekarza? A w kuchni w trakcie gotowania obiadu przypominam sobie miłą panią, która właśnie miała poważną operację. Czy już przytomna? Czy bardzo ją boli? No tak, zaraz makaron wyskoczy z garnka. Znika obraz sali pooperacyjnej, a ja tym razem ratuję kluski. Zbyt duża temperatura źle na nie wpływa.

Ileż dni radosnych przeżyłam w swojej pracy, a ile smutnych...

Jak to w życiu mieszały się łzy i rozpacz z wesołością i śmiechem. Często wychodziłam ze szpitala na ostatnich nogach, ale radosna i pełna wiary w swoją pracę. Czasem opuszczałam oddział rozgoryczona i prawie zbuntowana. To jak to jest myślałam sobie, mam wykształcenie, wiedzę, a przyjdzie pan doktor i mocno zde gustowany zauważy plamkę na prześcieradle pacjenta. I przy łóżku chorego wygłasza pogadankę na temat zalet czystości.

On w takich warunkach leczyć nie może. Esteta jeden. Jest jakiś chory układ w naszej szpitalnej rzeczywistości. Wręcz stosunki feudalne.

Lekarz to władca, rozdawca zdrowia, posiadacz wiedzy tajemnej, a pielęgniarka to służebnica, szara myszka i taka wiecznie przygłupia dziewczynka. Muszę tu dodać, że to wina ogólnego podejścia do naszego zawodu. Przecież co to za sztuka pielęgnować chorych? Każda baba ma to we krwi. Tylko jak często w rozmowach pojawia się twierdzenie: ja to bym nie mogła pracować w szpitalu, za wrażliwa(y) jestem. Mdleję na widok krwi i te brzydkie zapachy.

To czemu, pytam, nie doceniacie tego, że ktoś nie traci głowy i pomaga wam w przypadku wrzodów lub ran i znosi wonie ludzkiego chorego ciała. Jak boli to jest siostró, siostrzyczko, ale później ...sami wiecie. Łaska chorego na pstrym koniu jeździ. I tak tkwimy między niezadowolonym chorym a wiecznym zabiegającym lekarzem. Gdzie są kierowane pretensje jednej i drugiej strony - do nas. Najgorsze jest jednak nie łagodzenie pretensji pacjentów a to, że oni nie dostrzegają naszej pracy. Ktoś czeka na lekarza, ten się spóźnia i co? Jaki wniosek wyciągają

Z wielu...

czekający? Leniwa pielęgniarka zapomniała powiadomić. A pan doktor stwierdza, że nie ma czasu i będzie później. A jak już przyjdzie lekarz to zjadliwy chory, co to nam pokaże, ile on znaczy, zamienia się w łagodnego baranka. Ach, trudno - on rozumie, że są nagłe przypadki itd. Sama grzeczność.

Fiu, fiu, ale mi się zrobiło lekko na duszy. Ponarzekałam sobie.

Czekolada zjedzona (gdzieś wsadziłam wafelki?) i niestety koniec jedzeniowego poprawiania nastroju. Dość też tego biadolenia. Jeszcze się stanę symbolem ponuraka. Jak Zabłocki nietrafionych inwestycji. Przejechał się biedaczysko na mydle. Ja finansowo też na wyborze zawodu. Ups, miałam nie narzekać. To i pensje zostawiam w spokoju. Tu to już czarna rozpacz. To jeszcze raz powtórzę sobie. Dość tego biadolenia. Trudno żyję między ludźmi, tkwię, czy mi się to podoba czy nie, w zależnościach. To pewna stała. Mogę przynajmniej próbować wprowadzać tylko pewne zmiany. Jak to zrobić? Jest jeden sposób. Rzetelna praca, ciągła nauka i ciekawość świata. Choć tę cechę charakteru umieściłam na trzecim miejscu to uważam ją za najważniejszą. To ona pozwala nam wśród wielu nawet dramatycznych wypadków trwać w zawodzie. Ba, tysiące lat temu to ciekawość spowodowała zejście z drzewa naszego praprzodka. Nie będę autorką tak epokowego odkrycia, ale nie załamuję się i będę próbowała coś tam zmieniać. Jeśli nawet nie uda się pomóc jednemu choremu to może uda się następnym razem. Ktoś powie to przecież nadzieja. Ja jednak uważam inaczej. Nadzieja to wiara, że kiedyś tam

będzie lepiej nawet jak nie będziemy nic robić. A ciekawość świata zakłada nasze czynne uczestnictwo w przyszłym szczęśliwym zdarzeniu. Ha! I to jest najważniejsze. Dzięki temu, że trwam w tym zawodzie dzień w dzień widzę najpiękniejsze uśmiechy świata. Jedyne i niepowtarzalne. Pojawiające się tylko w tej chwili, gdy znika ból rodzenia i matka patrzy na swoje dziecko. Już nigdy potem. Trzeba poety, aby oddać urodę tego momentu, wierszem go opisać. Ma on też wielkie znaczenie. Jest tym co wita nas na świecie. I choć w życiu będzie jeszcze wiele radości to ten uśmiech rozpoczyna tworzenie najpiękniejszej więzi między tą, co dała życie, a tym, kto przyjął ten podarunek. Powiem, że jest to największy blask mojego zawodu. Pewnie, że moja pomoc w przetrwaniu porodu jest dla kobiety ważna i to, że coraz bardziej możemy pomóc matce jest plusem w naszej pracy. Jednak w tym momencie przestają być ważne zdobycze medycyny. Jest tylko odwieczny rytm narodzin. Matka, dziecko i ja w jakiś magiczny sposób łączymy się z całym światem. Z tym co było i z tym co będzie.

A widzieliście małego człowieczka, jak ledwo zaczerpnął powietrza, otwiera oczy. A w Tych oczach rajski spokój i kojąca mądrość. Niech się wtedy cały świat wali, każda z nas wie, że dopóki będzie trwał cud narodzin jest nadzieja na lepsze jutro. A może to właśnie ja przywitam na świecie odkrywcę lekarstwa na raka? Kto wie? Tak samo jak Kowalski rodził się Pasteur, Skłodowska - Curie i ja pielęgniarka. Jedna z wielu....

Podziękowania

Pani Zofii Loba

- wieloletniej pielęgniarce oddziałowej

Oddziału Neurologicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Belchatowie

- w związku z przejściem

na emeryturę, składamy serdeczne podziękowania i wyrazy uznania za pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową, rzetelność i profesjonalizm.

Za troskę, dobro i cierpliwość w stosunku do pacjentów, jak i zespołu współpracującego.

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

Personel Oddziału

Neurologicznego,

Naczelną Pielęgniarką,

Pielęgniarką Przełożoną

Szpitala Wojewódzkiego im.

Jana Pawła II

w Belchatowie

Czasami pytasz...

Kiedy szłam do niej pierwszy raz bałam się, że to za duża odpowiedzialność jak dla mnie, bałam się nowych ludzi, otoczenia, sprzętu.

A dziś nie wyobrażam sobie, że mogłabym pracować w innym miejscu, tutaj zobaczyłam jak może wyglądać miłość...

Dziwisz się pewnie, dlaczego? Już mówię.

Spotykam wielu ludzi - są to rodzice dzieci, które przebywają u nas na oddziale. Niby zwykli, tacy jak ja, albo Ty... A jednak każdego dnia zaskakują mnie swoją postawą.

Pamiętam mamę Wojtka, która przez dwa miesiące jego „dojrzwiania” w inkubatorze przychodziła o świcie, a wychodziła nocą i towarzyszyła mu siedząc obok. Taka cicha, spokojna, z niepokojem patrząca na maleństwo zamknięte w małym „mieszkanku”. Czekała na chwilę, kiedy po raz pierwszy weźmie go na ręce, kiedy będzie mogła go przytulić do siebie. Nie narzekała, że trzeba siedzieć na krześle, że jest niewygodnie, że ciągle musi wychodzić, bo badanie, bo obchód, bo... Po prostu była i uśmiechała się, kiedy mówiliśmy, że kolejny kryzys minął. Opowiadała nam o swoich synach, że swoje oszczędności oddali, aby kupić coś ich bratu. Opowiadała o tym, jak wyczekują ich powrotu do domu. Stała się częścią naszego oddziału.

Idąc korytarzem słyszymy śpiew, albo opowiadaną bajkę - nas to już nie dziwi. To kolejny rodzic daje wyraz swojemu uczuciu wobec tych maleństw, które przez chwilę muszą „zatrzymać się” u nas.

Czasami pytasz, co w pracy, a ja nie wiem, co odpowiedzieć...

Bo praca jak praca: zwykła, codzienna, nie ma w niej nic niezwykłego.

Bywa i tak, że wchodząc do dzieci zastaję ich rodziców z różańcem w ręku. Peszą się, gdy zostają nakryci. A jednocześnie jakby nagle otwierają się na nas. Opowiadają nam swoją opowieść o tym jak dzieci zaczęły chorować, jak długo to trwa, o swoim strachu i niepewności. A my możemy tylko słuchać i być z nimi. I kiedy wychodzimy od nich nie są już tylko rodzicami, ale są znajomymi, których życie krzyżuje się z naszym.

Jest taka dziewczynka, teraz ma może 12 lat (tak naprawdę to nie wiem, czy ona jeszcze żyje), jej mama powiedziała nam, że wie, iż jej dziecko nie zostanie wyleczone, że każdego dnia jest gorzej, ale ona cieszy się tymi dniami, bo tylko to jej zostało. Nie chce płakać teraz, kiedy dziewczynka żyje, chce cieszyć się każdym przeżytym dniem. Chce dać jej miłość.

A rodzice Marysi - leżała u nas kilka tygodni, umierała powoli, a lekarze, zielarze i cudotwórcy nie mogli jej pomóc. Siła i wiara obojga rodziców pomagała im nawzajem podnieść się z kolejnego kryzysu. Dnie i noce spędzone przy łóżku, godziny w samochodzie pomiędzy

szpitalem a domem, gdzie czekały pozostałe dzieci. I ojciec, który chcąc chronić matkę prosił, aby nie mówić, że jest bardzo źle. Pewnego dnia podjęli decyzję, zabrali Marysię do domu. Bo strach, że jedno z nich będzie samo w chwili śmierci ich dziecka nie dawał spokoju. Ostatnie chwile chcieli spędzić jako rodzina.

A mówiłam Ci o Łukaszu? Pewnie nie. To taki zbuntowany siedemnastolatek. I choć zdawał sobie sprawę z ciężkości choroby, walczył do końca. Tak bardzo chciał wrócić na swój oddział, chciał być zdrowy, chciał żyć. Wyszedł. Wrócił po 24 godzinach i odszedł.

To tylko kilka historii, tak naprawdę jest ich nieskończenie wiele. Jedne mają szczęśliwy koniec, inne opatrzone są cierpieniem i smutkiem po stracie dzieci. Ale każda z nich zawiera w sobie tak wiele miłości. Ci zwykli rodzice poświęcają swoje siły, czas, pracę zawodową, aby być ze swoimi dziećmi. Aby je pielęgnować, towarzyszyć im podczas pobytu na oddziale, a może po prostu patrzeć przez szybę inkubatora jak rosną i nabierają sił. Niby nic, ale ich troska, zaangażowanie i oddanie potrafią wprowadzić nas w zakłopotanie. Bo nie ma lepszego dowodu na ich miłość jak słowa dziecka, które z radością w oczach mówi „bardzo kocham moją tatę, przy nim czuje się pewnie i bezpiecznie”.

A my biegnąc między jednym alarmem a drugim „zbieramy” te okruszki miłości i idziemy dalej. Może kiedyś gdzieś na naszej drodze stanie ktoś, kto będzie ich bardzo potrzebował.

Magia zawodu – blask czy cień?

Długi korytarz szpitalnego oddziału pięknie oświetlony światłkami choinki sprawia wrażenie przytulnego i spokojnego. Która to już samotnie spędzona noc wigilijna w szpitalu przez ponad ćwierć wieku? Nie, nie mogę myśleć, że samotnie. Przecież jestem z ludźmi, którzy składają mi życzenia, uśmiechają się, zapraszają na „wigilijną kolację” do swojego tymczasowego domu jakim jest sala chorych. Wszyscy są mili, nawet śpiewamy kolędy. Tak, to nie ja jestem samotna, tylko moja rodzina jest samotna. Pomimo że rozumieją moją pracę, zadają zawsze cichutko pytanie – musisz? No właśnie, czy musisz?

Ukończyłam Liceum Medyczne przechodząc oprócz trudu nauki przez dobrą szkołę potulności i pokory gdzie próbowano zabić we mnie indywidualność i za wszelką cenę udowodnić, że jestem ubezwłasnowolniona w decyzjach i opiece nad chorym, a lekarz to „pan i władca”. Wpajano zasady etyki, moralności, służby innemu człowiekowi, a generalnie to służalczości, która teraz zupełnie nie sprawdza się w codziennej pracy, a mało tego w Unii Europejskiej jestem dziwnym „tworem” nie spełniającym norm.

Lubię to co robię, wcale nie dlatego, że nie potrafię nic innego. Może zabrzmiało to patetycznie ale wykonuje kawał dobrej, profesjonalnej roboty, jestem na „pierwszej linii frontu” i wiem na pewno, że bez mojej pracy wielkie gmaszyska z renomowanymi

klinikami nawet jeśli w nich pracują sami profesorowie i docenci, nie mają szansy bytu. Jeśli mnie tam nie będzie to wszystko runie. Najgorsze jest jednak to, że ci po przeciwnej stronie myślą dokładnie to samo: „niech sobie strajkują, szpital bez nich będzie funkcjonował, będą pracowały pielęgniarki z zagranicy”. No właśnie, zmieniają się systemy zdrowotne, reforma goni reformę, pielęgniarki zdobywają tytuły naukowe, a dwa najpotężniejsze środowiska medyczne odwrócone są do siebie plecami. Słowo partnerstwo w słownictwie, komunikacji werbalnej prawie nie istnieją. W naszej dyskusji ścierają się ludzie a nie poglądy. Wiem, że jestem kompetentna w swojej pracy, mam wiedzę medyczną, jestem pedagogiem, psychologiem, zastępuje dzieciom matkę, a starszym ludziom ich dzieci. Wchodzę w milczący świat chorego człowieka pełniąc w nim przeróżne role. Wiem, że moje doświadczenie, decyzyjność, spostrzegawczość, przewidywalność uratowała wielu ludziom życie. Nie zliczę reanimacji, które podejmowałam samodzielnie, wychwyconych złych wyników badań „spadającej morfologii”, pierwszych objawów krwawienia. Często po obchodzie lekarskim wchodziłam na salę i widziałam to „coś” złe, czego lekarz nie dostrzegł. Rzadko usłyszałam magiczne słowo – dziękuję. Często za to docierały do mnie raniące słowa lekarza, mojego partnera, kolegi,

jaki to miał ciężki dyżur i teraz musi się położyć i „proszę mnie nie budzić”, a przecież w swojej „taskowości” nie budzę nikogo tylko z nikomu niepotrzebnym heroizmem. Padając z nóg wszystko robię sama, nie patrząc na nieprzedłużone zlecenia, podając choremu leki p/bólowe czy zmieniając ułożenie mężczyźnie o wadze 100 kg. Ja nie mogę na dyżurze „serfować w sieci”, dokształcać się. Mam być jak dobrze zaprogramowany robot, na nocnym dyżurze mogę jedynie usiąść w starym, rozlatującym się fotelu bo na zakup nowego nie ma pieniędzy. Nikt zresztą w swoich planach nie uwzględnia potrzeb pielęgniarek. Jest jeszcze coś, co bardzo boli. Jeśli chcę się dokształcać to po pierwsze muszę znaleźć kurs, zapłacić za niego i w czasie wolnym od pracy uczestniczyć w nim. Jedna grupa zawodowa może być oddelegowana, zwolniona, finansowana przez zakład pracy, mieć urlopy szkoleniowe a pielęgniarka – no cóż ona jest potrzebna do roboty, tak naprawdę na specjalistach w dziedzinie pielęgniarstwa nikomu nie zależy oprócz nas samych. Z drugiej jednak strony być może z przemęczenia wolimy na dyżurze porozmawiać, ponarzekać na nieobecne koleżanki „zabijając się własnymi kijami”. Czarę goryczy przepelnia jeszcze jedno – dlaczego w absurdalności systemu polska pielęgniarka karmi pacjenta, wykonuje zabieg, zmienia opatunek, a pomiędzy tymi zadaniami

zajmuje się defekacjami przynosząc i wynosząc baseny. Chory człowiek nie wybiera czasu, swoje potrzeby zawsze hierarchizuje w myśl zasady – Ja – Teraz – Natychmiast. Stale jesteśmy też kontrolowane przez kadrę kierowniczą. Kadra kierownicza z góry zakłada, że jesteśmy nieuczciwe, źle wykonujemy swoją pracę. Kontrolowane jesteśmy w dzień i w nocy. Pokontrolne relacje są prawie zawsze negatywne. Dziwnym trafem, jak oddziały są po ostrych dyżurach czy przepełnione pacjentami z deficytem samoopieki, kontrolujących jest mniej. Te kontrole niczemu nie służą, zaogniają tylko sytuację już i tak napiętą. Tylko nasze środowisko tak ambitnie brane jest pod lupę. Nie dostajemy jasnych czytelnych informacji, wydaje mi się, że jest to forma zastraszenia. Jeśli my pytamy o podwyżki, czy prosimy o polepszenie warunków pracy to kontrole się wzmagają.

Tak więc potulność i uległość gwarantują brak kontroli ale to tylko przemyślenia naiwnego obserwatora. Wróćmy jednak do pacjenta. Zabrać, dać, otworzyć, zamknąć to bardzo często spotykana bezkolicznikowa forma komunikacji z pacjentem. Pacjent nie postrzega mnie jako osoby, która pomaga mu wrócić do zdrowia tylko wręcz wroga, obciążając go za wszystkie niedogodności, choroby i cierpienie. Zawsze zastanawia mnie fakt, że w chwili strachu, zagrożenia pacjent głośno woła właśnie mnie swoim sakramentalnym - „siostrzo!”. Podobnie jest też z lekarzami, kiedy sobie nie radzą lub wręcz nie wiedzą co zrobić, zawsze podniesionym głosem wzywają mnie. Nie dają jednak satysfakcji. W mojej podświadomości tkwi przekonanie, że jestem „dziewczynką do bicia”, która nie ma żadnych praw. Na mnie może krzyknąć pacjent bo ma prawo,

lekarz, odwiedzający, a ja mogę tylko płacić wysoką cenę za pracę w wybranym przez siebie zawodzie przenosząc frustracje na siebie samą bądź swoją rodzinę. Czy to owocuje? Chorobą rezygnacji i wypaleniem zawodowym. Dobra atmosfera w pracy to przecież zespół warunków i czynników, które sprzyjają dobremu ilościowemu i jakościowemu wykonywaniu zadań, ale jest to sztuczne pojęcie bo na tym nikomu nie zależy. Mogę być jednak dumna, mam przecież swój Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki. Szkoda tylko, że przechodzi zawsze bez echa. Kończąc swoje refleksje porównam mój zawód do piękna „okrętu pod pełnym i żaglami, koni w galopie, gwiaździstego nieba nade mną”

Tak! Jestem pielęgniarką!

Szkoda, że uwięzioną w kokonie niezrozumienia.

reklama

centrum edukacji



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

WYBIERZ DODATKOWY KURS GRATIS

RESUSCYTACJA
 AKTY PRAWNE W MEDYCYNIE
 OPIEKA STOMIJNA
 PRZEMOC W RODZINIE
 I WIELE INNYCH!



ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
 Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK
 Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
 Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
 EKG • Resuscytacja krążeniowo-oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH
 Szczepienia ochronne noworodków

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK
 Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Podstawy opieki paliatywnej • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego

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

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE RATY**

OIPIP w Łodzi zwraca 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach
 GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 2 KURSY W JEDNYM!
 ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

DAD – elektroniczny poradnik dla przyszłych ojców



Mężczyźni są specjalistami w noszeniu i trzymaniu niemowląt – dowiadują się panowie, którzy korzystają z DAD - elektronicznego poradnika dla przyszłych ojców. Interaktywny przewodnik w dziewięciu rozdziałach przekazuje w przystępny i czasami zabawny sposób niezbędne informacje dotyczące opieki nad maluchem.

Publikowane dotychczas informacje, rady oraz wskazówki tworzone były głównie z myślą o mamach. DAD – to pierwsze w Polsce, multimedialne kompendium wiedzy z zakresu opieki nad dzieckiem stworzone z myślą o ojcach.

Poradnik dostępny jest dla każdego, kto ma dostęp do Internetu – wystarczy wejść na stronę: www.tatusiowie.pl. Wkrótce będzie także wydany na bezpłatnych płytach CD.

Z przewodnika tatusiowie mogą dowiedzieć się m.in. jak prawidłowo nosić dziecko, karmić, usypiać i ubierać. Jakich błędów nie popełniać przy

przewijaniu malucha, kiedy iść z dzieckiem do lekarza i jak prawidłowo przewozić dziecko. Poradnik uczy zasad higieny i bezpieczeństwa, porusza wiele aspektów zdrowotnych. Wszystko przekazywane jest w prosty i przyjazny sposób: użytkownicy serwisu oglądają film i słuchają lektora. Szczególnie ważne informacje wyświetlane są w formie uwag i wskazówek.

Poradnik został opracowany i zastosowany po raz pierwszy w Austrii w 2004 r., z okazji międzynarodowego dnia kobiet. Od tego czasu skorzystało z niego ponad 150 000 użytkowników. Wersje narodowe poradnika są sukcesywnie wprowadzane w krajach partnerskich – Czechach, Holandii, Rumunii. W Polsce partnerem projektu została Wyższa Szkoła Humanistyczno - Ekonomiczna w Łodzi. Pracownicy Działu Projektów Międzynarodowych Uczelni przetłumaczyli poradnik i zaadoptowali go do polskich warunków.

Produkt został sprawdzony zarówno pod względem medycznym, a także przez ekspertów w dziedzinie informatyki oraz równouprawnienia płci.

Również przyszli użytkownicy, a więc przyszli ojcowie i matki, mieli okazję wyrazić swoje opinie na temat funkcjonalności, wyglądu i przydatności poradnika. Opinie te także posłużą wprowadzaniu ewentualnych zmian do poradnika.

“DAD” doskonale wpisuje się w politykę równouprawnienia płci i promuje partnerski podział obowiązków rodzicielskich. Pomaga ojcom odnaleźć się w nowej roli, a pośrednio także mamom, które dzięki temu spokojnie mogą pozostawić maluszka w rękach troskliwego taty.

Projekt jest współfinansowany ze środków Komisji Europejskiej w ramach programu eTen.

Realizacji projektu DAD patronują:

- 1) *Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;*
- 2) *Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie;*
- 3) *Komitet Ochrony Praw Dziecka.*

WSH-E Naukowe Koło Studenckie

Marta Goździk



Wpływ choroby terminalnej jednego z członków na funkcjonowanie rodziny

Pacjenci znajdujący się w terminalnej fazie choroby mają podobne objawy kliniczne i psychospołeczne. Objawia się to zwykle postępującymi dolegliwościami fizycznymi, które są przyczyną licznych niedomagań organizmu.

Wzrastają w związku z tym potrzeby, zwłaszcza te znajdujące się u podstaw piramidy potrzeb. Zapewnienie komfortu fizycznego w przypadku pojawienia się bólu w chorobie terminalnej staje się priorytetem. Chory przestaje

się powoli interesować otaczającymi go sprawami mimo, że przed chorobą przyjmował zupełnie inną postawę. Dla rodziny jest to szczególnie stresujący okres ponieważ nie mogą sobie poradzić z poczuciem bezradności i niemoż-

nością zaspokojenia potrzeb chorego. Powoduje to u nich poczucie lęku i przygnębienia. Choroba terminalna jest dla wszystkich członków rodziny smutnym i stresującym przeżyciem. Składa się na to wiele czynników. Jednym z nich jest bezradność w momencie, kiedy nie można złagodzić dolegliwości somatycznych takich jak na przykład ból. Oprócz objawów somatycznych u chorego pojawiają się także zaburzenia psychiczne lub chwiejne zachowanie. Rodzina czuje, że stopniowo traci kontakt z chorym. Innym ważnym czynnikiem są problemy osobiste członków rodziny a także pogłębiające się zmęczenie fizyczne spowodowane czuwaniem przy chorym. Kolejnym, najbardziej stresującym czynnikiem, jest nieuchronnie zbliżająca się śmierć chorego, która jest przyczyną tłumionego lęku, często nie okazywanego.

Każdy człowiek indywidualnie, jak i każda rodzina razem w różny sposób radzą sobie ze stresem związanym z chorobą. Jednak pewne zachowania są wspólne dla wielu rodzin.

Członkowie rodzin starają się swoją uwagę skupiać głównie na chorym, ustępują mu, przyjmują postawę nadopieczności. Błędem jest wyręczenie chorego przy czynnościach, które sam mógłby wykonać. Wpływa to ujemnie na poczucie autonomii i niezależności chorego.

Rodzina często nie mówi o rozpoznaniu, postępie i rokowaniu choroby. Rozmowy dotyczą rzeczy błażych, ograniczając się do zwykłych spraw codziennych. Powoduje to problem wzajemnej komunikacji.

Opieka nad chorym jest wyczerpująca fizycznie i psychicznie. W początkowym okresie rodzina angażuje się w opiekę, następuje wzmożona mobilizacja, by z czasem ustąpić

miejsca zmęczeniu i zniechęceniu. Towarzyszy temu głębokie poczucie nie dorośnięcia do roli opiekuna w tak poważnej chorobie, rodząc poczucie winy.

Niewłaściwe postawy rodziny wobec chorego wynikają z niewiedzy i stresu związanego z opieką.

Wpływ choroby terminalnej jednego z członków na funkcjonowanie rodziny jest uzależniony od wielu czynników:

- rozmiaru rodziny – rodzina z dużą liczbą członków daje możliwość wzajemnego wyręczenia się. Bliscy mogą dzielić się obowiązkami, wymieniać w dyżurach sprawowanych w opiece nad chorym. Dużo trudniej jest osobom samotnie sprawującym opiekę na przykład w małżeństwach bezdzietnych;

- kondycji fizycznej członków rodziny sprawujących faktyczną opiekę nad chorym;

- warunków finansowych;

- czasu pojawienia się choroby – najdogodniejszy jest czas, gdy życie rodziny jest ustabilizowane;

- przebiegu choroby – przewlekły charakter choroby pozwala oswoić się rodzinie z myślą o stracie chorego. Jednak nadmierne przedłużanie się okresu terminalnego powoduje silne wyczerpanie fizyczne i psychiczne wszystkich członków rodziny. Trudny dla rodziny jest również bardzo gwałtowny i szybki postęp choroby;

- charakteru choroby – choroba należąca do grupy chorób z obciążeniem genetycznym jest źródłem silnego stresu dla pozostałych członków rodziny.

Większość rodzin sprawujących opiekę nad terminalnie chorym potrzebuje wsparcia i pomocy. Aby była ona skuteczna powinna być oparta na

rozpoznaniu potrzeb i wyznaczeniu planu działania.

Pomoc powinna obejmować elementy wsparcia psychicznego, społecznego, informacyjnego i fizycznego.

Rodzinę należy przygotować do sprawowania opieki, nauczyć zasad pielęgnacji, zapobiegania powikłaniom, zachowania w sytuacjach trudnych.

Ważnym elementem jest przygotowanie bliskich do momentu, gdy chory pogrzeże się w agonii i zbliża do śmierci. W końcowym etapie choroby rodzina chce w jakiś sposób pomóc i wesprzeć umierającego. Dlatego trzeba ich poinformować, że zmysłem, który zanika jako ostatni jest dotyk. Zachęca to rodzinę do trzymania chorego za rękę w ostatnich chwilach życia. Należy także uświadomić rodzinę, że wszelkie działania w kierunku przedłużania życia powodują jednocześnie przedłużenie cierpienia.

Choroba terminalna zakłóca funkcjonowanie każdej rodziny, wpływając destrukcyjnie na wszystkich jej członków. Jest trudnym okresem w życiu zarówno chorego, jak i jego bliskich. Wymaga wiele siły, zrozumienia i wzajemnego wsparcia.

Praca napisana przez

Martę Goździk

*- studentkę II roku kierunku
pielęgniarstwo studiów stacjonarnych,
pod kierunkiem
mgr Agnieszki Renn-Żurek*

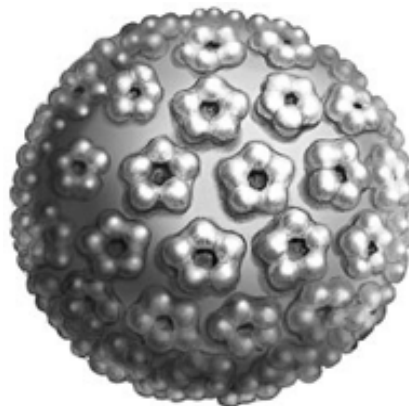
Rak szyjki macicy zajmuje drugie miejsce pod względem częstości występowania wśród nowotworów złośliwych u kobiet.

Rocznie wykrywa się 3,5 tysiąca nowych zachorowań, z czego połowa pacjentek umiera, co świadczy o znacznej liczbie chorych leczonych w dużym stopniu zaawansowania choroby.

Wbrew często spotykanej opinii rak szyjki macicy nie jest chorobą dziedziczną, ani uwarunkowaną genetycznie. Jest konsekwencją zakażenia przez niektóre typy powszechnie występującego wirusa zwanego HPV (Human Papilloma Virus – wirus brodawczaka ludzkiego). W Europie za ponad 70% zakażeń, które często prowadzą do rozwoju nieprawidłowych komórek i w konsekwencji do rozwoju raka szyjki macicy odpowiada wirus HPV typ 16 i 18. Ryzyko zakażenia wirusem HPV dotyczy każdej aktywnej seksualnie kobiety. Rak szyjki macicy zwykle rozwija się latami, nie dając początkowo żadnych objawów. Krwawienia między miesiączkami, krwawienia kontaktowe lub krwiste upławy mogą świadczyć o zaawansowanym stadium raka. Niestety Polska pozostaje w ogonie Europy jeżeli chodzi o poziom edukacji zdrowotnej; pacjentki często nie zdają sobie sprawy z tego, czym jest rak szyjki macicy i jak można się przed nim chronić. Z badań GUS – autorzy programu Towarzystwa Rozwoju Rodziny w 2008 r. przeprowadzili sondaż, z którego wynika, że 22% respondentek ostatnie badanie cytologiczne wykonało dawniej niż w 2005r. Co piąta Polka nie zrobiła cytologii nigdy w życiu, 57% tłumaczyło się brakiem potrzeby, 16% – młodym wiekiem, a 15% tym, że nikt

ich nie skierował. Przyczyn obecnego stanu rzeczy należy szukać po części w niedostatkach wiedzy gorzej wykształconych kobiet z niższych klas społecznych, z reguły mniej skłonnych do regularnych zachowań profilaktycznych oraz osób starszych, zwłaszcza silnie związanych z doktryną kościoła, który traktuje temat jako nieprzyzwoity. Dlatego dla tych osób oferta uczestnictwa w badaniach powinna być inaczej skonstruowana tak, aby je bardziej zmotywować i zachęcić do korzystania z nich.

Wirus brodawczaka ludzkiego



ilustr. zaczerpnięta ze strony www.profilaktykarsm.pl

Najważniejsza jest edukacja od najmłodszych lat.

Młode osoby, które za kilka lat rozpoczną aktywność seksualną powinny wiedzieć o konieczności wykonywania badań cytologicznych. Potrzebna jest im wiedza o zapobieganiu i czynnikach ryzyka raka szyjki macicy, należy promować monogamię, zalety wierności wśród osób aktywnych seksualnie.

Znaczenie badań cytologicznych

Badania cytologiczne nie zapobiegają zakażeniom wirusem HPV lecz pomagają w identyfikacji wczesnych oznak choroby i zastosowania odpowiedniej terapii. Badanie to powinno być rutynowo wykonywane

u każdej kobiety po inicjacji seksualnej początkowo jeden raz do roku przez pierwsze 3-4 lata, a następnie nie rzadziej, niż co 3 lata. W dzisiejszej dobie mamy do dyspozycji równie skuteczną metodę profilaktyki pierwotnej – szczepionki przeciw onkogennym typom wirusa brodawczaka ludzkiego. Szczepionka czterowalentna, która chroni przed czterema typami HPV (16 i 18 oraz 6 i 11) jest wskazana dla dzieci, także chłopców od 9 do 15 r. ż. i dla kobiet od 16 do 26 r. ż. Natomiast szczepionka dwuwalentna (typ 16 i 18) jest wskazana dla kobiet od 10 do 25r. ż. Typ 16 i 18 najczęściej odpowiada za powstanie raka szyjki macicy. Warto też wspomnieć, że połowa przypadków raka sromu jest związana z HPV, podobnie jak w raku pochwy czy odbytu. Trzeba jednak pamiętać, że szczepionka ma działanie strictly profilaktyczne – to znaczy jeżeli u kogoś występuje już zakażenie HPV jej podanie nie wpłynie na przebieg infekcji oraz nie zwalnia zaszczepionych kobiet od systematycznych badań cytologicznych.

Program edukacji pacjentek i lekarzy, kontynuacja i intensyfikacja programu cytologicznych badań przesiewowych oraz masowe szczepienia dziewczynek przeciwko HPV to najważniejsze działania autorów programu walki z rakiem szyjki macicy. Wprowadzenie w życie tych rekomendacji ma na celu doprowadzić do zmniejszenia zachorowań jak również sprawić, że Polki będą równie dobrze zabezpieczone przeciwko tej chorobie jak mieszkanki Holandii, Szwecji czy Finlandii.

Od lat siedemdziesiątych XIX wieku datuje się rozwój wielkoprzemysłowej Łodzi. Nowopowstające fabryki potrzebowały pracowników. Możliwość otrzymania pracy spowodowała napływ ludzi do miasta. Przyjeżdżali tu całymi rodzinami i przez długie lata gnieździł się w zatłoczonych, ciasnych przeludnionych mieszkaniach, w złych warunkach higienicznych, bo miasto nie było przygotowane na przyjęcie tak licznych nowych mieszkańców. Niskie zarobki, wielogodzinna praca (nawet 16 godzinna) odbywająca się w niejednokrotnie szkodliwych warunkach, skąpe odżywianie, trudne warunki mieszkaniowe przyczyniały się do częstych zachorowań oraz powstania licznych roszczeń i nacisków, aby tworzyć placówki lecznicze.

Z powodu chorób pracowników, fabrykanci ponosili znaczne straty materialne, szukali więc takich rozwiązań, które wpłyną na zmniejszenie absencji. Wychodząc naprzeciw żądaniom robotników właściciele zakładów zaczęli organizować opiekę lekarską ambulatoryjną lub szpitalną. Jeden z bogatszych fabrykantów łódzkich I. K. Poznański otworzył w 1892r. szpital dla pracowników i ich rodzin przy ul. Drewnowskiej 72. Był to mały obiekt liczący zaledwie 20 łóżek i wkrótce okazał się niewystarczający w stosunku do ciągle rosnących potrzeb. W ciągu trzech następnych lat powiększył się o dalsze 8 łóżek.

Warunki lokalowe szpitala były bardzo trudne zarówno dla chorych, jak i pracującego tam personelu. Szpital mieścił się w barakach zaadaptowanych z budynków gospodarczych - bez kanalizacji.

Do pełnienia opieki nad chorymi sprowadzono zakonnice ze Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek od Cierpiących. Pieczę nad ich pracą pełniła siostra Helena Władzińska, a po kilku miesiącach funkcję przełożonej powierzono siostrze Marii

Raabe, która na tym stanowisku prze-trwała 46 lat, więc aż do września 1938 r. Zyskała sobie siostra Maria ogromne zaufanie ze strony założycieli szpitala dzięki wielkiemu zaangażowaniu w pracę i wielu pomysłom, jakie zgłaszała, a następnie realizowała.

Mimo zwiększenia liczby łóżek, zapotrzebowanie na opiekę medyczną rosło. Liczba zgłaszających się chorych znacznie przerastała możliwości tego niewielkiego obiektu. Siostra Maria, widząc na sąsiednim terenie szereg baraków stojących pustką, wystąpiła z propozycją zaadaptowania ich na potrzeby szpitala. Po uzyskaniu aprobaty właścicieli przystąpiła wraz z pozostałymi siostrami do wykonania potrzebnych prac. Dzięki temu znowu przybyło szpitalowi łóżek.

Obiekt był skromnie ale wygodnie urządzony. Dbano o stronę higieniczną szpitala. Każdego roku przeprowadzona była dezynfekcja obiektu. Na czas jej trwania, chorzy przenoszeni byli do baraków, co było dla personelu zadaniem bardzo obciążającym fizycznie. Wysiętek i praca sióstr zostały nie tylko zauważone, ale w pewnym sensie i nagrodzone, bowiem zrealizowano ich postulaty o utworzenie kaplicy, co umożliwiłoby im spełnienie obowiązków zakonnych. Na kaplicę wydzielono jedno pomieszczenie i uzyskano zgodę Konsystorza na odprawienie mszy św. dwa razy do roku. Przez szereg lat to niewielkie grono sióstr pracowało z wielkim zaangażowaniem w miłej atmosferze, ale nadeszły czasy trudne. Wybuchła epidemia cholery i wobec dużego jej zasięgu znowu wielkość szpitala była nieadekwatna do potrzeb. W tej sytuacji właściciel fabryki I. K. Poznański zdecydował o wybudowaniu dwukondygnacyjnego murowanego gmachu na szpital oraz kaplicę przy ul. Drewnowskiej 75. Budowa trwała w latach 1911-1913. Jak wynika z notatek

Magistratu Łódzkiego do Urzędu Gubernialnego w Piotrkowie Trybunalskim na każdym z oddziałów zaplanowano izolatki, sale dla rekonwalescentów, pokoje dla nadzorujących, a na chirurgii - salę operacyjną. W piwnicy przewidziano kotłownię dla centralnego ogrzewania i pralnię z komorą dezynfekcyjną. Poddasze miało służyć na



Budynek Szpitala przy ul. Drewnowskiej w 1914 r.

mieszkania personelu. Budynek odpowiadał najnowszym wymaganiom i stwarzał lepsze warunki tak dla chorych jak pracującego personelu. Opodal wybudowano kapliczkę pogrzebową i magazyn lodu.

Wkrótce nastąpiły czasy niespokojne. Narastały bunt robotnicze, a następnie wybuchła pierwsza wojna światowa. Fabryki były rujnowane, a szpital czasowo zamknięto powierzając siostrą pieczę nad budynkiem i jego wyposażeniem. Nie była to łatwa rola do spełnienia, bowiem budynek zajmowało najpierw wojsko rosyjskie, a potem niemieckie władze okupacyjne - dla potrzeb rannych żołnierzy. Gdy działania wojenne przesunęły się bardziej na wschód, budynek został opróżniony przez władze niemieckie i od połowy marca

1925 r. stały się ponownie szpitalem fabrycznym. Dzięki zapobiegliwości siostr udało się ocalić pościel, bieliznę i inne wyposażenie placówki. Wnętrze szpitala zostało ładnie i nowocześnie urządzone.

Niestety w końcu 1915 r. zaczęła szerzyć się w Łodzi olbrzymia epidemia tyfusu plamistego i ówczesne łódzkie władze sanitarno - szpitalne tj. Sekcja Sanitarno - Szpitalna przy Głównym Komitecie Obywatelskim,



zarekwirowały szpital dla chorych na tę chorobę. Wobec ogromnego napływu chorych szpital ponownie okazał się za mały. Aby sprostać zapotrzebowaniu trzeba było zająć budynki po starym szpitalu fabrycznym leżące po przeciwnej stronie ulicy. Leczone wtedy w ciągu roku kilka tysięcy chorych. Po wygaśnięciu epidemii, w maju 1916r., został on zamknięty, a w czerwcu 1917r. został przejęty przez władze miejskie i przeznaczony dla chorych na płuca. W 9 miesięcy później utworzono w nim oddział chirurgiczny liczący 71 łóżek, oddział odczynny na 12 łóżek i oddział radiologiczny dysponujący czterema łóżkami.

Chorych płucnych przeniesiono do baraków. Z biegiem czasu powstał w baraku 40 - łóżkowy oddział wewnętrzny z wyłączeniem chorych ostro zakaźnych i gruźlicy otwartej. Szpital

dysponował bogatym, jak na owe czasy, instrumentarium chirurgicznym, gabinetem RTG, aparatami do fizykoterapii (lampy kwarcowe, Solux) oraz laboratorium.

Poczynając od 1917 r. szpital był sukcesywnie wydzierżawiany od Towarzystwa Akcyjnego I. K. Poznański przez Zarząd Miejski w Łodzi. Próba wykupu budynku skończyła się niepowodzeniem ze względu na wygórowaną cenę.

Funkcje Naczelnego Lekarza pełnił wtedy dr R. Rosiewicz. Prócz niego zatrudnionych było 9 lekarzy stałych. Pracowało też 13 wolontariuszy, 3 fleczerów, 12 pielęgniarek, 1 pielęgniarka instrumentariuszka, 1 sanitariusz, 3 pracowników oddziałowych. Spośród siostr 1 prowadziła aptekę, 1 była instrumentariuszką, a pozostałe pracowały w oddziałach. W szpitalu przeciętnie leczono około 2300 chorych, a średni czas pobytu w szpitalu trwał 19 dni.

Wobec znacznego powiększenia się szpitala (do 90 łóżek) dotychczasowa grupa siostr zajmujących się chorymi stała się niewystarczająca. Siostry bowiem poza pielęgnacją, obserwacją i wykonywaniem zabiegów były odpowiedzialne za stan higieny pomieszczeń, sprzętów i naczyń oddziałowych, utrzymanie porządku w salach i ogrzewanie. Prowadziły też sprawy gospodarcze i administracyjne, dbały o zaopatrzenie i kierowały ruchem chorych. Zaczęto więc przyjmować do pracy personel cywilny, były nawet próby zwolnienia siostr zakonnych, ale sprzeciwił się temu właściciel szpitala, który wysoko cenił sobie troskliwą opiekę nad chorymi pełnioną przez siostry zakonne. Pozostawiono więc siostrę przełożoną i cały zakonny personel. Wraz z pojawieniem się personelu cywilnego zmianie uległ system pracy. Dyżury były 8 godzinne.

Zdarzały się jednak niedociągnięcia w opiece, co siostry starały się uzupełnić. Na tym tle dochodziło nieraz do scysji, co przyczyniało się do pogorszenia stosunków międzyludzkich.

Ale jak wynika z uwag przełożonej generalnej szpital cieszył się jak najlepszą opinią.

W latach dwudziestych szpital miejski nazwany został Szpitalem im. Św. Józefa, z racji figury tego świętego postawionej w ogródku szpitalnym. W 1936 r. szpital liczył 150 łóżek. Opracowany został Statut Publicznego Szpitala Miejskiego pw. Św. Józefa. Określono tam, że szpital ma charakter ogólny, przewidziany do leczenia obu płci i utrzymany jest z funduszy Zarządu Miejskiego. Chorzy przyjmowani są z całego miasta. Leki dla chorych są sporządzane w aptece szpitalnej.

Gdy wybuchła wojna z Niemcami we wrześniu 1939 r. personel męski ratował się ucieczką. Siostry zakonne trwały na swych stanowiskach nie opuszczając chorych. Po usunięciu zasłużonego Lekarza Naczelnego dr Józefa Rosiewicza, władze zaborcze powołały na to stanowisko Niemca – dr Fischera.

Następnie 17 stycznia 1940 r. usunięto personel pielęgniarski. Część siostr wróciła do Warszawy, pozostałe zamieszkały prywatnie utrzymując się z pracy pielęgniarskiej i pomocy dobrych ludzi. Tak przetrwały przez cały okres okupacji, aż do 19 stycznia 1945 r.

W okresie okupacji hitlerowskiej, od pierwszych dni utworzenia getta żydowskiego (8 II 1940), szpital podlegał władzy Przełożonego Starszeństwa Żydów w getcie łódzkim H.M. Rumkowskiemu, a od września 1942 r. służył pomocą medyczną mieszkańcom dzielnicy Bałuty.

15 września 1942 r. w związku z zakończoną przez hitlerowców akcją likwidacji chorych, starców i dzieci do dziesięciu lat, wszystkie szpitale w getcie zamknięto, pozostałe po nich budynki przeznaczono na potrzeby resortów pracy. W budynku szpitala im. św. Józefa uruchomiono produkcję pończoch i rękawiczek. Całe wyposażenie szpitala zostało albo wywiezione albo zniszczone, tak że po likwidacji

cji getta w sierpniu 1944 r. pozostały tylko gołe mury. 6 sierpnia 1945 r. szpital im. św. Józefa został przekazany w administrację Zarządowi Miejskiemu.

Już pierwsze miesiące po zakończeniu wojny ujawniły dużą liczbę kalek oraz masowość występowania przypadków gruźlicy kostno - stawowej. Zaistniała sytuacja spowodowała, iż podjęto decyzje o zmianie profilu szpitala im. św. Józefa na ortopedyczno-urazowy. Na dyrektora tego szpitala powołano dr Józefa Komzę.

Uruchomienie tej placówki wiązało się z ogromnymi trudnościami natury kadrowej, aprowizacyjnej, zaopatrzenia w leki, środki czystości i bieliznę. Znaczną przeszkodą był brak zainteresowania i zrozumienia specyfiki ortopedii, co wynikało z braku tradycji tej specjalności na terenie Łodzi.

Najpilniejszą sprawą, od której trzeba było zacząć pracę, to przeprowadzenie remontu, a następnie staranie się o wyposażenie placówki, która po wojennych zniszczeniach posiadała tylko mury oraz zatrudnienie personelu fachowego i pomocniczego. Wykonanie tych prac zajęło pół roku.

Stan kadrowy był niezmiernie skromny. Obsada lekarska liczyła 2 lekarzy, w tym dyrektor placówki i 2 studentów medycyny. Poważnym mankamentem był brak lekarzy mających doświadczenie w ortopedii, a także brak personelu pielęgniarskiego i pomocniczego. Do pracy powróciło 6 siostr ze Stowarzyszenia Pielęgniowania Chorych oraz 4 pielęgniarki przyuczone. Funkcje przełożonej pielęgniarek powierzono siostrze zakonnej Helenie Sitkiewicz.

Prócz niej pracowało w całym szpitalu tylko 5 pielęgniarek, z czego jedna zatrudniona była na sali operacyjnej, a druga prowadziła aptekę. Do obsługi chorych pozostały więc tylko 3 pielęgniarki i 4 pielęgniarki przyuczone. Przy tej nielicznej obsadzie nie można było zabezpieczyć właściwej opieki i pielęgnacji chorych.

Budynek szpitala stwarzał zaledwie prymitywne warunki zarówno chorym, jak i pracującemu personelu. Mało skutecznie kotłownia nie zapewniła odpowiedniej temperatury w pomieszczeniach.

Niesprawną była również instalacja wodno - kanalizacyjna. Pranie bielizny odbywało się ręcznie w baliach.

Poza trudnymi warunkami lokalowymi, poważnym problemem było zdobycie wyposażenia sal chorych w łóżka, pościeli i bielizny oraz sprzęt medycznego potrzebnego do wykonania zabiegów. Część sprzętu pozyskano z darów UNRRA. Pomogły też inne szpitale w zamian za przyjmowanie wszystkich chorych z województwa. Jeszcze w marcu 1946 r. nie było sali operacyjnej. Zabiegi wykonywano w iście polowych warunkach - w gipsowni, gdzie pole operacyjne oświetlała budka żarowa.

Po kilkunastu tygodniach zaczął się kształtować coraz wyraźniej profil szpitala ortopedycznego.

Ponieważ w mieście nie było przychodni ortopedycznych, wszystkie urazy i złamania trafiały do szpitala, czasem na jedną dobę. Wymagało to ogromnej pracy personelu. Szpital nie miał wydzielonego oddziału dziecięcego z powodu braku pielęgniarek. Dzieci lokowano na salach z dorosłymi, którzy czuwali nad tym, by nie stało się im coś złego.

Dopiero rok 1949 przyniósł szereg zmian. Zmieniono nazwę szpitala na Szpital Nr 5 w Łodzi.

W kwietniu zwolnione zostały z pracy wszystkie siostry zakonne. Wraz z nimi odeszła też siostra przełożona Helena Sitkiewicz. Na jej miejsce powołano osobę świecką p. Stefanię Ojrzanowską.

Była ona osobą energiczną i wymagającą. Najtrudniejszą sprawą, jaką musiała rozwiązać, było pozyskanie pielęgniarek dla zapewnienia opieki chorym. Szkoły łódzkie wypuściły pierwsze absolwentki w końcu 1949r.

W tej sytuacji przyjęto do pracy tzw. pielęgniarki przyuczone, które podjęły

pracę w oddziałach.

Od przełożonej wymagało to ogromnego wysiłku, aby w toku pracy czuwać nad ich pracą i przyuczać do prawidłowego wykonania zabiegów.

W roku 1952 doszło do kolejnej zmiany nazwy szpitala, który odtąd nosił nazwę Szpital Ortopedyczno - Urazowy im. dr Zygmunta Radlińskiego. Na miejsce zmarłego dr Komzy powołany został dr Edmund Bartkowiak. Za jego kadencji wprowadzono nową dokumentację chorych, zorganizowano dział rehabilitacji i laboratorium analityczne, a następnie ambulatorium przyszpitalne. Właściwie można powiedzieć, że od lat pięćdziesiątych do dziewięćdziesiątych w szpitalu trwały różnego rodzaju prace remontowe i dostawcze. Z poważniejszych trzeba wymienić nadbudowę drugiego piętra, wymianę kotłów centralnego ogrzewania, zmechanizowanie kuchni i pralni itp.

W 1960 r. dotychczasowa przełożona pielęgniarek p. Ojrzanowska złożyła rezygnację z pracy. Na jej miejsce powołana została p. Eugenia Czyżyk - pielęgniarka dyplomowana. Była osobą bardzo wymagającą. Pracowała tylko dwa lata. Ze względu na trudne warunki pracy i niemożliwość ich poprawy złożyła rezygnację. W styczniu 1962 r. funkcje przełożonej zaczęła pełnić p. Kazimiera Jakś - także absolwentka dwuletniej szkoły. Pracowała również krótko, bo tylko do lutego 1964 r. Jej następczynią została p. Zofia Kędzierska.

Od stycznia 1964r. na bazie szpitala miejskiego powstała Klinika Ortopedii AM.

W latach 1965 - 1970 Szpital otrzymał nową centralę telefoniczną, w lipcu 1965 r. powstał samodzielny oddział rehabilitacji. Od 1969 r. zaczęto prowadzić rehabilitację przyłóżkową. Problemy związane z brakiem pielęgniarek i salowych trwały nadal.

W marcu 1971 r. przełożoną szpitala została p. Anna Sadokierska. W czasie pełnienia tej funkcji wykazy-

wała się wielką życzliwością i dbałością o pielęgniarki.

W styczniu 1976 r. związku z reformą służby zdrowia szpital odzyskał swą samodzielność organizacyjną i niezależność finansową, bo został włączony do ZOZ Łódź Bałuty. Lekarzem Naczelnym został dr Jerzy Rechciński.

W latach siedemdziesiątych powstała biblioteka dla chorych oraz szkoła przyszpitalna dla dzieci. Jej celem była troska, by dzieci przez okres pobytu w szpitalu nie traciły roku nauki i mogły przerabiać materiał zawarty w programach.



Rok 1978 przyniósł zmianę na stanowisku przełożonej. Po odejściu p. Sadokierskiej, jej kontynuatorką była P. Anna Szumilas. Był to okres, w którym nasilały się problemy kadrowe. Niskie płace były przyczyną niezadowolenia. Szpital dysponował etatami zarówno w grupie pielęgniarek, jak i salowych, ale nie było chętnych do podjęcia ciężkiej pracy. Wysokość poborów zwiększyła się, ale nadal była niezadowalająca.

W marcu 1981 r. znowu na stanowisku przełożonej pielęgniarek nastąpiła zmiana. Na miejsce p. Szumilas skierowano p. Mironę Krawczyk. Wykazywała ona duże umiejętności organizacyjne. Dbała o personel pielęgniarski, organizowała szkolenia

wewnątrzzakładowe, systematycznie kierowała pielęgniarki na kursy organizowane przez WODKM. Za jej kadencji wszystkie oddziałowe ukończyły kurs dla oddziałowych.

Dbała o poprawę wyposażenia stanowisk pracy i sal chorych, uporządkowała i ujednoliciła dokumentację pielęgniarską.

Poprawiło się wyposażenie sal operacyjnych, zainstalowano elektryczne maszyny pralnicze, a w pionie kuchennym - kotły gazowe i elektryczne.

W połowie grudnia 1987 r. przełożona - p. Krawczyk - zrezygnowała

z pracy, a od kwietnia pracę podjęła na tym stanowisku p. Wanda Bajkiewicz i pełniła tę funkcję do momentu osiągnięcia wieku emerytalnego (1995 r.).

Konkurs na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki wygrała mgr Zofia Komorowska - absolwentka Wydziału Pielęgniarskiego AM w Lublinie. W lipcu 1998 r. Lekarzem Naczelnym szpitala została lek. Ewa Malenda-Stańczyk.

Od stycznia 1998 r. zmieniła się struktura organizacyjna placówek. Szpital usamodzielniał się, a jego dyrektorem został dr Romuald Stelmach.

W listopadzie 2000 r. uległa zmianie nazwa szpitala. Brzmi ona teraz Wojewódzkie Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu

im. dr Z. Radlińskiego.

Sytuacja finansowa szpitala, który był na własnym rozrachunku, była dość trudna. Dyrekcja poszukiwała możliwości obniżenia kosztów jej prowadzenia. Zdecydowano się na rezygnację z prowadzenia własnej kuchni i pralni. Sprawy żywienia przekazano firmie gastronomicznej. Podobnie została rozwiązana sprawa pralni. Zlikwidowano też aptekę przyszpitalną. Zrezygnowano z etatów salowych, a sprawę sprzątnięcia również przejęła prywatna firma.

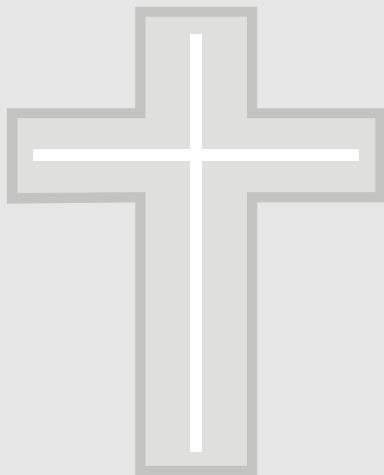
W 2001 r. szpital otrzymał od Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy ambulans specjalistyczny do bezbolesnej diagnozy wad postawy u dzieci i młodzieży. Jest on wykorzystywany do badań profilaktycznych młodzieży szkolnej w województwie łódzkim.

W 2004 r. szpital liczył 98 łóżek. Z tej liczby 35 łóżek przypadło na Oddział Ortopedii i Traumatologii, który prowadził prof. dr hab. Marek Synder; 43 łóżka przeznaczone były na Oddział Rehabilitacji, którym kierował prof. dr hab. Mirosław Janiszewski. 20 łóżek na parterze przeznaczone było na Oddział Rehabilitacji dla dzieci. Kierownikiem oddziału była lek. Ewa Malenda.

Dyrektorem szpitala od 2001 r. był lek. med. Maciej Chyliński, a funkcję Pielęgniarki Przełożonej od 2004 r. pełni mgr Barbara Koza.

Pielęgniarkami oddziałowymi były Maria Pawlak - w Oddziale Dziecięcym, Elżbieta Banczer - na Oddziale Anestezjologii, Mieczysława Koźba - na Bloku Operacyjnym, mgr Barbara Koza - w Klinice Ortopedii oraz Jadwiga Olszewska - w Izbie Przyjęć. Oddziałową w Przychodni Przyszpitalnej była Maria Paciorkowska.

Chociaż szpital ma nadal trudne warunki lokalowe, sale chorych są cztero- i sześciolóżkowe - cieszy się zaufaniem pacjentów i osiąga dobre wyniki w leczeniu.



Z żałobnej karty

Z wielkim żalem żegnamy naszą koleżankę *Lolę Kapuśniak*, która odeszła od nas 6 września 2008 roku.

Była absolwentką Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Nr 2 w Łodzi. Po uzyskaniu dyplomu w 1955 roku została skierowana nakazem pracy do Wojskowego Szpitala w Łodzi, gdzie pracowała ponad 40 lat.

Początkowo jako pielęgniarka odcinkowa w Klinice Neurologii, a pod koniec lat 60-tych przeszła do pracy na Blok Operacyjny Kliniki Chirurgii Urazowej i Ortopedii.

Ciepła, uśmiechnięta, życzliwa ludziom, cieszyła się dużym uznaniem kierownictwa i współpracowników. Z wielkim zaangażowaniem uczyła młode koleżanki, nie tylko trudnej sztuki instrumentowania, ale także odpowiedniego podejścia do ludzi.

Koleżanki i współpracownicy
Wojskowej Służby Zdrowia

Przez wiele lat tu w Biegańskim
Byłaś zawsze „Dobrym Duchem”,
We wspomnieniach - zawsze z Nami,
Z białym czepkiem i fartuchem.

Jeszcze wiosną tego roku,
Gdyśmy *Basię Goździk* pożegnali,
Byłaś wtedy razem z Nami –
Taką Cię zapamiętamy.

Uściskałaś nas serdecznie,
Choć rozłąka lata trwała,
Rozpoznałaś Nasze twarze –
Wiele nam ta chwila dała

Dzisiaj „byłaś” brzmi okrutnie
Byłaś *Matką, Babcią, Żoną,*
No a dla nas tu w Biegańskim
Byłaś *Naszą Przełożoną.*

Chociaż bytu czas przemija,
Smutek trwa nie do zniesienia,
Ktoś, kto tyle dla nas zrobił,
Nie doczeka zapomnienia.

I choć czas już tylko przeszedł,
Szacunek wielki mamy dla *Niej,*
Przełożona *Pani Michaś*
W sercach Naszych pozostanie.

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że w dniu 9 września 2008 roku
odeszła od nas na zawsze nasza kole-
żanka pielęgniarka – *Pani Bogumiła*
Michaś.

Koleżanki, koledzy i współpracownicy
z W.S.Sz. im. dr *Wł. Biegańskiego*
w Łodzi

Lilko...

Pracowałaś długo z nami,
Jak w rodzinie – było różnie,
Dzisiaj godnie Cię żegnamy.
Siostra byłaś – to brzmi dumnie,
Mamą, żoną, pielęgniarką,
Koleżanką dla nas zawsze
Miłą, dobrą, uśmiechniętą.

Opuściłaś grono nasze
Swą rodzinę z Biegańskiego,
W tylu sercach będziesz zawsze,
We wspomnieniach u każdego.

Szkoleniami kierowałaś,
Dbając byśmy się kształcili,
Obowiązki wypełniałaś,
Poświęcając swoje siły.

Dzisiaj czas dla Ciebie stanął,
Życia Twego iskra zgasła,
Choć tak szybko byt Twój minął,
We wspomnieniach będziesz *NASZA.*

A odchodząc bądź spokojna,
Bo spełniłaś zadań wiele,
Lilko – ta niepowtarzalna,
Smutni mówią przyjaciele.

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że w dniu 19 sierpnia 2008 roku
odeszła od nas na zawsze nasza
koleżanka pielęgniarka mgr *Liliana*
Krysiak – Gortat – kierownik Sekcji
Szkoleń Wojewódzkiego
Specjalistycznego Szpitala
im. dr *Władysława Biegańskiego*
w Łodzi.

Koleżanki, koledzy i współpracownicy
z W.S.Sz. im. dr *Wł. Biegańskiego*
w Łodzi

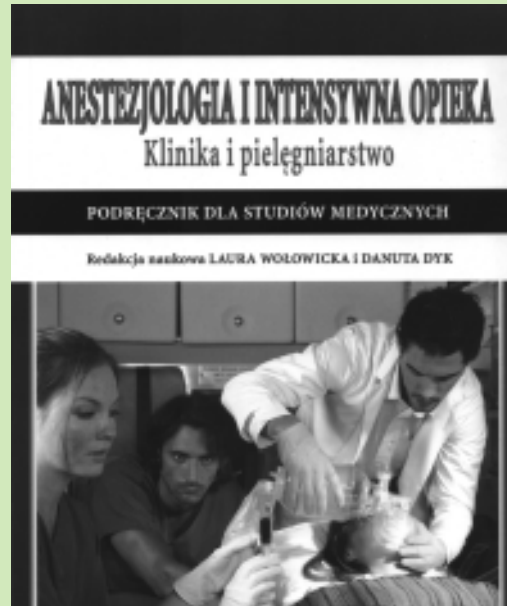
kącik biblioteczny

**Łódzki
Zarząd Okręgowy
Polskiego
Czerwonego
Krzyża w Łodzi
poszukuje
pielęgniarek –
opiekunek dla
osób starszych,
samotnych,
niepełnospraw-
nych.
Oferujemy
zatrudnienie na
podstawie
umowy –
zlecenia.**

**Osoby
zainteresowane
mogą zgłaszać
się do siedziby
PCK w Łodzi,
ul. Piotrkowska
203/205 pok. 3
lub zadzwonić
pod nr tel.
042 636-13-87**

Anestezjologia i intensywne opieka - klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych.

Autorzy: Laura Wołowicka,
Danuta Dyk (red.)
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL,
Warszawa 2007, wyd. I
ISBN 83-200-3279-6



Książka jest przeznaczona dla studentów pielęgniarstwa, położnictwa i innych kierunków medycznych nauk o zdrowiu kształcących się w szkołach wyższych, na studiach wszystkich typów i na studiach podyplomowych oraz dla osób przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego.

W spisie treści m. in: w cz. I - Rys historyczny anestezjologii, intensywnej terapii i pielęgniarstwa anestezjologicznego, przygotowanie chorego do znieczulenia, leki w anestezjologii, znieczulenie ogólne, znieczulenie przewodowe, znieczulenie w chirurgii ogólnej, neurochirurgii, w położnictwie i ginekologii, znieczulenie porodu, w ortopedii i chirurgii urazowej, w laryngologii i chirurgii twarzowo-szczękowej, w okulistyce, u dzieci, chorych w wieku podeszłym, w endokrynologii, w urologii oraz z znieczulenie do przeszczepienia nerki i trzustki. Część II - zawiera elementy procesu pielęgnowania, zmiany świadomości i sedację, monitorowanie hemodynamiczne, pielęgnowanie chorego z dostępem naczyniowym (żylnym i tętnicznym), przetaczanie płynów infuzyjnych, wsparcie żywieniowe, przedłużone unieruchomienie i usprawnianie chorego, zagadnienia etyczne w intensywnej terapii oraz intensywną opiekę pielęgniarstwa nad pacjentami z obrażeniami wielonarządowymi. Proces pielęgnacyjny pacjenta przedstawiony został również w ostrej niewydolności oddechowej, we wstrząsie, w ostrej niewydolności krążeniowej, w ostrej niewydolności nerek oraz w stanie ciężkiej sepsy. Pierwszy w Polsce podręcznik zawierający kompleksowe omówienie teoretycznych i praktycznych zagadnień z dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Zakres tematyczny jest zgodny z aktualnym programem nauczania.

Opracowanie powstało na podstawie najnowszej literatury przedmiotu i doświadczenia klinicznego autorów.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
gł. specjalista ds. merytorycznych

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

tel. 042 633 69 63; 042 633 71 06; fax 042 633 68 74

czynne: poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00; wtorek: 10.00 – 18.00

www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPIP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II oddział w Łodzi 20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Biblioteka OIPIP

poniedziałek: dzień bez interesantów, wtorek: 11.00 – 17.30;

środa: 10.00 – 15.00; czwartek: 8.30 – 15.00; piątek: 10.00 – 15.30

e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl

tel. 042 633 92 98

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek, środa, czwartek: 8.00 – 16.00; wtorek: 10.00 – 18.00; piątek: dzień bez interesantów

tel. 042 633 32 13

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00;

tel. 042 633 23 94

Kasa

poniedziałek, piątek: 8.30 – 12.00; wtorek: 12.00 – 17.00; środa, czwartek: 12.00 – 15.00

tel. 042 639 92 76

RADCA PRAWNY

udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem

zawodu pielęgniarki i położnej we wtorki: 14.00 – 18.00 i czwartki: 14.00 – 16.00 (tel. 042 633 71 06)

INFORMACJI MERYTORYCZNYCH w godz. pracy biura z wyjątkiem poniedziałków (tel. 042 639 92 62)

UDZIELAJĄ:

mgr MARIA KOWALCZYK

AGNIESZKA KAŁUŻNA

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ – mgr IRENA KRÓL

dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00 (tel. 042 633 23 94)

w pozostałe dni kontakt z **KRYSTYNĄ SAWCZENKO** – spec. ds. merytoryczno - kancelaryjnych ORzOZ – (tel. 042 633 23 94)

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EWA SKIBA

REDAKTOR NACZELNA „BIULETYNU” – mgr MARIA KOWALSKA

dyżuruje we wtorki w godz. 15.00 – 17.00

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl tel. 042 633 22 48

Informacji na temat realizacji zadań samorządu i działalności Okręgowej Rady udzielają:

Przewodnicząca
mgr Krystyna Walewska

środy w godz. 14.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca
mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca
mgr Elżbieta Krokocka (położna)

Sekretarz
lic. pielęg. Anna Manes

II i IV poniedziałek miesiąca
w godz. 15.00 – 17.00
tel. 042 633 22 48