

Biuletyn

OIPiP w Łodzi

Marzec 2007

KALENDARIUM

marzec

- 18 - Światowy Dzień Inwalidów i Ludzi Niepełnosprawnych
- 24 - Światowy Dzień Walki z Gruźlicą

kwiecień

- 5 - Dzień Trzeźwości (pierwszy poniedziałek kwietnia)
- 7 - Światowy Dzień Zdrowia
- 10 - Dzień Służby Zdrowia
- 11 - Światowy Dzień Chorych na Chorobę Parkinsona

KĄCIK BIBLIOTECZNY

Opieka zdrowotna nad rodziną
Krystyna Bożkowa (red.),
Aldona Sito (red.),
rok wydania 2003
Wyd. II zmienione i uaktualnione
ISBN: 83-200-2667-9



Jest to drugie, zmienione i uaktualnione wydanie książki poświęconej ważnemu zagadnieniu opieki zdrowotnej nad rodziną w okresie rozwojowym.

W publikacji omówiono nie tylko czysto medyczne aspekty tej opieki, ale także problematykę szeroko pojętego środowiska społecznego, warunków życia i zmian zachodzących w strukturze rodziny w Polsce i na świecie. W ciekawy sposób przedstawiono również tak istotne kwestie, jak uwarunkowania zdrowia psychicznego w rodzinie, krzywdzenie dziecka, uzależnienia, zaburzenia zachowania i opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym.

Książka przeznaczona jest przede wszystkim dla lekarzy rodzinnych, którzy stają w obliczu trudnych wyzwań wynikających ze zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, oraz dla wszystkich lekarzy mających kontakt z rodziną, dla psychologów, pielęgniarek, nauczycieli i innych specjalistów zajmujących się poradnictwem rodzinnym.

Ze spisu treści: 1. Rodzina – jej znaczenie i rozwój 2. Sytuacja demograficzna, ekonomiczna i społeczna w Polsce. 3. Zdrowie. 4. Żywnienie w rodzinie. 5. Rola lekarza rodzinnego w opiece zdrowotnej nad rodziną w okresie prokreacji.

6. Opieka zdrowotna nad noworodkiem, dzieckiem i młodzieżą. 7. Zdrowie psychiczne w rodzinie. 8. Dziecko niepełnosprawne ruchowo.

st. specjalista ds.merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) (International Council of Nurses) **Wizja, zadania, cele, współpraca**

Zjednoczone w ICN pielęgniarki wszystkich krajów mówią jednym głosem. Występujemy jako rzecznicy tych, którym służymy i tych, którym brakuje pomocy, zabiegamy o to, aby ochrona, leczenie i opieka były prawem każdego człowieka.

Jesteśmy przednią strażą rozwoju opieki zdrowotnej, kształtujemy politykę zdrowotną na całym świecie, dzięki naszej wiedzy, sile płynącej z naszej liczby, połączeniu naszych wysiłków, naszej współpracy ze społeczeństwem i pozostałymi pracownikami służby zdrowia. Naszym przeznaczeniem jest prowadzenie społeczeństwa ku poprawie stanu zdrowia. Współpracując z ICN, wykorzystujemy wiedzę i entuzjazm całej grupy zawodowej do promocji zdrowego stylu życia, zdrowia w miejscu pracy i w środowisku lokalnym.

Koncentrujemy się na zdrowiu naszych społeczeństw i pojedynczych osób, wspierając strategię walki z ubóstwem, skażeniem i innymi przyczynami chorób.

Dzięki współpracy pierwsze wdrażamy osiągnięcia technologiczne do opieki zdrowotnej, nie tracąc nic z jej wymiaru humanistycznego. Dbamy o to, aby nauka i technika pozostały na usługach opieki etycznej i współczującej, która odpowiada na duchowe i emocjonalne potrzeby pacjentów.

Współpracując i obejmując tą współpracą także studentów pielęgniarstwa, w każdym kraju zdobywamy wyższe stopnie wykształcenia - wykształcenia, które czerpie z nauki i podstawowych wartości naszego zawodu, jest liberalne, elastyczne, wrażliwe kulturowo. Dbamy o to, aby pielęgniarki były przygotowane do szerszych działań, aby wykorzystywały swoje umiejętności także w pracy multidyscyplinarnych zespołów opiekuńczych. Aby posiadały wszelkie kompetencje osoby „pierwszego kontaktu” pacjenta ze służbą zdrowia, która potrafi zaopiekować się klientem i skierować ich do odpowiednich lekarzy. Wciąż uzupełniamy bazę naszych kompetencji, starając się odpowiadać na dynamikę zmian w służbie zdrowia i mamy nadzieję, że te umiejętności są doceniane w systemach opieki zdrowotnej. Wspólnie pracujemy nad wartościami, polityką, normami i warunkami, które pozwolą pielęgniarkom pracować zgodnie z ich wiedzą i umiejętnościami.

W naszych działaniach kierujemy się wspólną filozofią pielęgniarstwa: zaangażowaniem w opiekę w pełnym tego słowa znaczeniu, byciem rzecznikami naszych pacjentów, nauczaniem ludzi umiejętności samoopieki i wykonywaniem tego wszystkiego, co mogliby zrobić sami, gdyby mieli odpowiednio dużo siły, chęci lub wiedzy.

Nasze wspólne wysiłki zapewniają, że pielęgniarstwo jest zawodem wszędzie wysoko cenionym i odpowiednio wykorzystywanym, opłacanym i wynagradzanym oraz reprezentowanym w systemach służby zdrowia. Największą dla nas nagrodą jest wiedza, że nasza praca kształtuje przyszłość zdrowych ludzi i zdrowego świata. Na podstawie wizji ICN w XXI wieku przyjęto trzy następujące cele:

1. Zjednoczyć pielęgniarstwo całego świata.
2. Rozwijać pielęgniarstwo i pielęgniarki całego świata.
3. Wpływać na politykę zdrowotną.

Zadania pielęgniarek wynikają z funkcji zawodowych będących wyznacznikiem roli zawodowej

W wyniku wielu przemian społeczno-politycznych roli tej przypisywano różnorakie zadania, będące efektem zapotrzebowania społeczeństwa na opiekę pielęgniarską.

Zawód pielęgniarski przebył długą drogę rozwoju. Rozwój ten jest jednym z głównych celów organizacji zawodowej, reprezentującej pielęgniarki z całego świata, jaką jest Międzynarodowa Rada Pielęgniarek.

Odwiedzający zmora pacjenta i personelu

Większość społeczeństwa uważa człowieka, który znalazł się w szpitalu za osobę chorą, wymagającą troski. „Odwiedziny” znajomi, przyjaciele, sąsiedzi i członkowie rodziny wyrażają swoje zainteresowanie nim, a czasami zaspokajają zwykłą ciekawość. Niestety te „wizyty” u chorego w szpitalu niejednokrotnie przynoszą więcej szkody niż pożytku. Odwiedzający mimo wyznaczonych godzin odwiedzin zjawiają się w oddziałach w porach, które do odwiedzin są nieodpowiednie. Przeszkadzają w obchodach, w wykonywaniu zabiegów, czynności pielęgnacyjnych u innych pacjentów, niejednokrotnie przeszkadzają w śnie choremu, którego odwiedzają. Często nie biorą pod uwagę faktu, że „odwiedzany” w szpitalu człowiek nie ma ochoty ich oglądać, ponieważ jest zmęczony i nie ma siły na „przyjmowanie gości”. Najczęściej odwiedzający pojawiają się u pacjenta całymi „tabunami” i nie są zainteresowani chorym tylko samymi sobą. Głośne śmiechy, rozmowy, zaduch przeszkadzają w zdrowieniu nie tylko osobie, która jest odwiedzana, ale także chorym, którzy muszą przebywać z nią w sali. Nie mają szacunku nawet dla chorych cierpiących i umierających.

Pacjenci są skrepowani obecnością ogromnej ilości postronnych osób. Nie wiedzą jak mają wstać z łóżka, żeby dojść chociażby do toalety. Na oddziałach położniczych kobiety nie chcą karmić swoich dzieci piersią w okresie „najazdu” odwiedzających, mimo że ich dzieci są głodne.

Osobną sprawą jest czystość odwiedzających, którzy często przychodzą do szpitala brudni roznosząc zarazki i pozostawiając za sobą falę smrodu, która może im nie przeszkadza, ale jest uciążliwa dla chorych i personelu.

Jakże często w oddziałach pojawiają się dzieci do 14 roku życia. Nikt z rodziców nie zastanawia się, że takie dzieci bardzo łatwo mogą w szpitalu nabawić się groźnego dla życia zakażenia, a co gorsza do oddziałów położniczo – noworodkowych mogą przynieść różnego rodzaju choroby wieku rozwojowego. Jeśli zarażą się bezbronne odpornościowo noworodki to nieszczęście gotowe, ponieważ mogą tego nie przeżyć.

„Goście” często nie szanują pracy innych ludzi i uważają, że zakup obuwia ochronnego, które ma zapobiegać wnoszeniu brudu do oddziału jest niepotrzebne, a wręcz stanowi dla nich kolosalny wydatek finansowy (średnio 1 zł za parę obuwia). Zakupują buty, które noszą w torebce, bo po co je zakładać. Jeśli nawet je założą, to później ciężko jest im zużytą parę wrzucić do kosza i śmiecią tym obuwem po całym szpitalu, po ulicach czy przystankach komunikacji miejskiej.

Kolejnym problemem jest wielokrotne używanie tego samego obuwia, które po użyciu trafia do torebki lub kieszeni odwiedzającego, wędruje z nim do domu, a później jest ponownie zakładane na kolejnej wizycie w szpitalu. Jest to obraz bezmyślności ludzi, którzy zanoszą drobnoustroje szpitalne do domu, a domowe do szpitala. Niestety nie jest on jedyny. Często dochodzi do sytuacji, że zanim personel „dopadnie” odwiedzających w sali, to już pacjent leży pod stosem kurtek, płaszczy i swetrów mimo że w każdym szpitalu jest bezpłatna szatnia. Nawet jeśli w sali są wieszaki to odwiedzający nie mają pojęcia do czego taki skomplikowany sprzęt służy. Dotyczy to także krzeseł i stołków w salach pacjentów.

Najczęściej stoją puste (może gryzą lub parzą), a „zmęczeni” odwiedzający siedzą na łóżku chorego, niekiedy nawet na nim leżą. Ciekawe czy w domu kładą się do łóżka w ubraniu wyjściowym? bo może ja nie nadażam za zwyczajami. Czasem się zastanawiam jak bardzo pacjent może się skurczyć w łóżku, żeby „goście” na nim nie usiedli i nie zadusili go. Zresztą co mądrzejsi i bardziej sprawni uciekają z łóżka na krzesło. Co jednak mają zrobić ci leżący? Dla nich nie ma ratunku. Oni sami po cichu proszą, aby wyprosić intruzów, bo im z różnych powodów „nie wypada”.

Opieka nad chorym po endoprotezoplastyce stawu biodrowego

Wiele osób w starszym wieku łamie sobie kości w niegroźnych upadkach. Przyczyną jest osłabienie kośćca spowodowane osteoporozą, czyli dużym ubytkiem masy kostnej wywołanym przez starzenie się organizmu. Decydujący wpływ na ten ubytek ma ustanie z wiekiem wytwarzania hormonów płciowych – estrogenów u kobiet i testosteronu u mężczyzn. Najczęściej do złamań dochodzi we własnym mieszkaniu, kiedy to sprząając, osoba potyka się o zawinięty dywan lub sięgając na górne półki człowiek wchodzi na parapet lub stołek i nagle upada, albo wpadając w poślizg na posadzce łazienki. Takie zdarzenia, a nie wypadki komunikacyjne są najczęstszą przyczyną groźnych urazów, a mianowicie złamań szyjki kości udowej.

Zmiany zwyrodnieniowe dotyczą głównie ludzi starszych. Choroba zwyrodnieniowa charakteryzująca się zniszczeniem chrząstki stawowej prowadzi w konsekwencji do zniszczenia stawu i kalectwa. Powoduje zniekształcenie poszczególnych elementów stawu do tego stopnia, że przestają do siebie pasować. Choroba zwyrodnieniowa ma postępujący przewlekły charakter, jest źródłem bólu zarówno spoczynkowego jak i nocnego. Zmiany zwyrodnieniowe stawu upośledzają sprawność ruchową chorego powodując, że każdy ruch wywołuje bardzo silny ból. Ograniczenie ruchomości stawu utrudnia choremu siadanie i wstawanie. Chód jest mało sprawny, utykający i męczący chorego. Chorzy poruszają się tylko za pomocą laski lub kul.

Rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego oparte jest na wywiadzie, badaniu fizykalnym i badaniu radiologicznym. Kiedy zawodzą metody zachowawcze (farmakoterapia, fizjoterapia), a dolegliwości bólowe stawu nie ustępują, jedyną możliwością dla pacjenta jest operacja wszczepienia w miejsce zniszczonego stawu endoprotezy, czyli sztucznego stawu. Endoproteza wszczepiana jest jednak tylko pacjentom w pewnych określonych przypadkach:

- długotrwała choroba zwyrodnieniowo zniekształcająca staw,
- uraz, który spowodował złamanie szyjki kości udowej.

Istnieje wiele rodzajów endoprotez produkowanych przez różne firmy. Głównym kryterium zastosowania danego typu endoprotezy jest jakość tkanki kostnej. W tkance kostnej osteoporotycznej wykorzystuje się endoprotezy mocowane za pomocą cementu, a bezcementowe zakłada się u osób młodych z dobrą tkanką kostną. Tak więc ze względu na sposób osadzania endoprotezy dzieli się na:

- cementowe, osadzone za pomocą akrylowego cementu chirurgicznego,
- bezcementowe, mocowane bezpośrednio w tkance kostnej bez użycia cementu.

Ostateczna decyzja co do typu i rodzaju endoprotezy, która ma być zastosowana należy do chirurga – ortopedy, na jego osobistym przekonaniu, że właśnie ta a nie inna jest najlepsza dla danego pacjenta.

Endoproteza stawu biodrowego jest często jedynym ratunkiem uwolnienia od:

- niemożności poruszania się o własnych siłach,
- długotrwałego unieruchomienia w łóżku,
- wieloletnich cierpień.

Istotne jest właściwe przygotowanie chorego do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego:

1. Likwidacja wszelkich istniejących ognisk zakażenia (ropne migdałki, zęby zgorzelinowe), a także istniejące infekcje dróg moczowych, zatok.
2. Redukcja znacznej nadwagi – otyłości przez zastosowanie kuracji odchudzającej. Zredukowanie masy ciała jest istotne, gdyż zmniejszenie obciążenia protezy wydłuży jej trwałość.
3. Wprowadzenie ćwiczeń uspra-wniających celem zwiększenia zakresu ruchów w stawach biodrowych oraz wzmocnienie mięśni obręczy barkowej jako przygotowanie do

PRAWNIK RADZI

Polecenie pracodawcy kiedy można odmówić jego wykonania

Istotą stosunku pracy jest świadczenie pracy przez pracownika za wynagrodzeniem. W sposób zwięzły ale niezmiernie istotny reguluje to przepis art. 22 § 1 kodeksu pracy (dalej k.p.), zgodnie z którym przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca - do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Te właśnie elementy, o których mowa w tym przepisie powinny zostać uregulowane w umowie o pracę. Umowa więc powinna zawierać rodzaj pracy, która ma być wykonana. Oczywiście najczęściej rodzaj pracy jest określany przez stanowisko pracownika, np. pielęgniarka czy położna. Wtedy już inne przepisy, w tym przypadku ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wyznaczają zakres obowiązku takiego pracownika. Dodatkowo pracodawca powinien doprecyzować rodzaje czynności i obowiązków pracownika wręczając mu tzw. zakres obowiązków. Pracownik składając podpis na tym dokumencie przyjmuje do wiadomości czego od niego oczekuje pracodawca i w jakim zakresie.

Tak wygląda to w teorii a praktyka, prawie jak zawsze kształtuje się nieco odmiennie. Przede wszystkim rzadko w którym zakładzie pracy przywiązywana jest waga do ścisłego stosowania zakresu obowiązku. Często pracownik musi wykonywać czynności, które nawet przy bardzo liberalnej interpretacji jego zakresu obowiązków w nim się nie mieszczą. W takich też sytuacjach pojawia się po stronie się pracownika pytanie – czy jestem zobowiązany do wykonania takiego polecenia służbowego?

Odpowiedź na takie pytanie jest o tyle istotna, że jeśli doprowadzi nas do błędnych wniosków może narazić pracownika na nieprzyjemności związane z nie wykonaniem polecenia służbowego, a w skrajnych przypadkach nawet do rozwiązania z nim umowy o pracę. Po pierwsze należy ustalić jak interpretować pojęcie „pracodawcy”. Bez tego bowiem pracownik nie może mieć pewności kogo powinien słuchać. Pierwszym skojarzeniem jeśli chodzi o pracodawcę jest oczywiście stanowisko dyrektora/prezesa. To jego podpis widnieje na umowie o pracę zawieranej z pracownikiem. W procesie pracy to jednak nie z dyrektorem pracownik styka się bezpośrednio. Polecenia do konkretnego pracownika wydaje jego przełożony. Z punktu widzenia obowiązków pracowniczych, to właśnie przełożonych pracownik powinien utożsamiać z pracodawcą, gdyż pracownicy stojący wyżej w stosunku do konkretnego pracownika dostali od pracodawcy w wąskim znaczeniu, uprawnienia do zapewnienia właściwej organizacji pracy. W ramach niniejszego artykułu nie można jednak wskazać hierarchii stanowisk, która obowiązuje na przykład w szpitalu. Pomimo bowiem licznych zbieżności kwestie te mogą być w różnych zakładach różnie uregulowane. Nie szukając daleko, w niektórych jednostkach nie istnieje na przykład stanowisko naczelnego pielęgniarki a zamiast tego jest dyrektor do spraw pielęgniarstwa. Dodatkowo należy pamiętać, że pracodawcą na gruncie omawianego tematu nie będzie tylko osoba, która stoi na czele personelu pielęgniarskiego, tak jak w podanym przykładzie. Pracodawcą w tym rozumieniu będzie również oddziałowa, która organizuje pracę na danym oddziale i za prawidłowe jej zorganizowanie odpowiada przed swoimi przełożonymi i przed pracodawcą. Podsumowując ten wątek trzeba pamiętać, że pojęcie „pracodawcy” na gruncie omawianego tematu musi być rozumiane dość szeroko, a pracownik nie może odmówić wykonania polecenia służbowego tylko dlatego że nie zostało mu przekazane przez „pracodawcę” w dosłownym znaczeniu. Wystarczy, że polecenie wydał mu jego przełożony, a wtedy to tak, jakby otrzymał je od samego pracodawcy. W takim bowiem przypadku za ewentualne błędne

Rekonstrukcja piersi u chorych po mastektomii

Każda kobieta, u której wykonano amputację piersi i u której nie występują przeciwwskazania, powinna zostać poinformowana o możliwości rekonstrukcji piersi. Wskazania do zabiegu są natury psychologicznej; uraz psychiczny związany z utratą piersi jest ogromny, nawet sama informacja o możliwości przeprowadzenia operacji odtwórczej może poprawić jakość życia chorej.

Operacje odtwórcze piersi u chorych po mastektomii stanowią ważny i coraz częściej doceniany element postępowania chirurgicznego u chorych z rakiem tego narządu. Mastektomia radykalna nadal stanowi sprawdzony sposób postępowania onkologicznego, jednak odtworzenie operacyjne piersi pozwala zachować prawidłową budowę ciała i zmniejszyć uraz psychiczny kobiet. Istnieje wiele sposobów odtworzenia piersi, wszystkie można podzielić na trzy grupy:

- odtworzenie wyłącznie z tkanek własnych,
- odtworzenie z tkanek własnych i z zastosowaniem implantów,
- odtworzenie wyłącznie z użyciem implantów.

Wybór metody zależy od doświadczenia własnego chirurga oraz od szeregu czynników związanych z pacjentką takich jak: wiek, budowa ciała, zaawansowanie choroby nowotworowej, istnienie chorób współistniejących, choroby psychiczne.

Odtworzenie piersi z tkanek własnych płaty skórno-mięśniowe

Zasadniczą zaletą płatów skórno mięśniowych jest konsystencja zbliżona do prawidłowej piersi oraz możliwość uzyskania kształtów naturalnej ptozy i wielkości odtworzonej piersi zbliżonych do piersi naturalnej. Odtworzenie piersi z tkanek własnych daje najlepsze rezultaty funkcjonalno estetyczne, jest jednak techniką trudną, stawiającą określone wyzwania przed chirurgiem i wymagania wobec operowanej chorej. Szczególnie wskazane jest u chorych z wystarczająco rozwiniętymi tkankami stanowiącymi miejsce dawcze, które nie wyrażają zgody na zastosowanie materiałów sztucznych lub wcześniej były poddane radioterapii w operowanej okolicy.

Płat TRAM (transverse rectus abdominis myocutaneous) płat skórno mięśniowy oparty na mięśniu prostym brzucha. Skóra i tkanka podskórna podbrzusza wraz z unaczynieniem przenoszona jest w tunelu podskórnym na ścianę klatki piersiowej w miejsce po mastektomii. Ta metoda dostarcza dużą ilość tkanek, jest metodą z wyboru w przypadku utworzenia dużej piersi oraz, gdy skóra w obrębie klatki piersiowej jest zniszczona (np. po radioterapii). Poza tym skóra podbrzusza zbliżona jest strukturą i kolorem do skóry naturalnej piersi.

Rekonstrukcja z użyciem TRAM niesie za sobą też istotne ograniczenia i wady. Jest to operacja rozległa, długotrwała, przez co przedłuża się czas pobytu chorej w szpitalu, wpływa na większe ryzyko wystąpienia powikłań miejscowych, częściowej lub całkowitej martwicy przenoszonych tkanek oraz powstania przepukliny brzusznej w miejscu przemieszczonego mięśnia prostego brzucha.

LD (latissimus dorsi) płat z mięśnia najszerzego grzbietu, który rozciąga się od wyrostków kolczystych kręgów piersiowych, lędźwiowych i krzyżowych, powięzi lędźwiowej oraz dolnych żeber do głowy kości ramiennej, gdzie na guzowatości ma swój przyczep i z tego miejsca otrzymuje unerwienie i ukrwienie. Zatem stosunkowo łatwo można przemieścić mięsień z tkanką podskórną i skórą grzbietu na przednią ścianę klatki piersiowej. Tak otrzymany płat wystarczy do utworzenia piersi małej i średniej wielkości bez użycia dodatkowo protezy silikonowej.

SERWIS INFORMACYJNY

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 13 lutego 2007 roku oraz Prezydium ORPiP w dniu 24 stycznia 2007 roku

- ⇒ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy i rejestru położnych – 7 pielęgniarcom/pielęgniarkom i 1 położnej.
- ⇒ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu – 5 pielęgniarcom i 2 położnym.
- ⇒ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ⇒ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 1 położną.
- ⇒ Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 5 praktyk pielęgniarek w ramach umowy z innym podmiotem.
- ⇒ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 2 praktyki pielęgniarek (rezygnacje).
- ⇒ Wykreślono z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – WCZP w Łodzi na prowadzenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, z powodu upływu terminu, na jaki program został zatwierdzony (12.01.2007).
- ⇒ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat – 7 pielęgniarcom skrócono okres przeszkolenia.
- ⇒ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - kursie doształcającym: 2 osobom,
 - kursie specjalistycznym: 1 osobie,
 - kursie kwalifikacyjnym: 3 osobom.3 osobom odmówiono ze względów regulaminowych – 1 wniosek nie kompletny i nie uzupełniony po pisemnym wezwaniu do jego uzupełnienia w oznaczonym terminie i 2 wnioski złożone po 30 dniach od zakończenia kursów.
- ⇒ Zatwierdzono koszty:
 - koszty zakupu do Biblioteki OIPiP 5 tytułów nowości książkowych,
 - honoraria dla 8 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynach Nr 12/2006 i Nr 1/2007.
 - zakupu laptopa z programem Office OEM do prowadzenia zajęć na kursach i szkoleniach organizowanych przez OIPiP w Łodzi,
 - zakupu programu do tworzenia bazy danych zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w OIPiP w Łodzi oraz serwera sieciowego do zainstalowania wyżej wymienionego programu.
- ⇒ Zatwierdzono wzór, propozycję zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień pielęgniarki epidemiologicznej (zakres dostępny na stronie internetowej i w dziale merytorycznym OIPiP).
- ⇒ Wytypowano panią Annę Tasak jako przedstawiciela OIPiP do składu Rady Konsultacyjnej Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.
- ⇒ Powołano składy osobowe 6 komisji kwalifikacyjnych i 6 komisji egzaminacyjnych dla 4 kursów specjalistycznych i 2 kursów kwalifikacyjnych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
- ⇒ Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: ordynatora, naczelnej pielęgniarki i pielęgniarek oddziałowych.

Sprawozdanie z konferencji „Życiodajna śmierć”



„Życiodajna śmierć” to tytuł książki Elizabeth Kubler-Ross – przedstawicielki humanistycznego nurtu w tanatologii. Miałyśmy okazję uczestniczyć w wykładzie o umieraniu i śmierci przedstawicieli różnych dziedzin nauki i sztuki. Poznałyśmy opinie lekarza i filozofa, etyka i socjologa, duchownego i artysty, dziennikarza i pielęgniarki. Zastanawiałyśmy się nad tym, czy można „oswoić się ze śmiercią i umieraniem” i co trzeba uczynić by śmierć odbierać jako coś naturalnego, przyjmować ją z godnością i z pokorą wtedy, gdy dotyczy

naszych pacjentów, naszych najbliższych i wtedy gdy sami stając z nią oko w oko wyruszamy na jej spotkanie.

Z ramienia OIPiP w Łodzi oddelegowane do Białegostoku były pielęgniarki: Ewa Gawęda, Bogusława Kolasa i Ewa Maciejewska. Ukończyłyśmy w trakcie konferencji kurs pt.

„Metody radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjentów”.

Dziękujemy za możliwość pobytu i zdobyte doświadczenia.

Ewa Gawęda

Wsparcie dziecka niepełnosprawnego. Rola rodziny

Istotą macierzyństwa jest emocjonalny związek matki z dzieckiem. Miłość matki bywa spostrzegana jako bezwarunkowa i bezgraniczna. Szanse na przetrwanie daje otoczenie dziecka opieką i czułością, tym bardziej dziecka niepełnosprawnego, czy przewlekle chorego. Obciążenia wynikające z wychowania dziecka niepełnosprawnego są większe niż wtedy, gdy rozwój przebiega prawidłowo. Trudniejszy jest wówczas zakres wyzwań związanych z dodatkowymi obowiązkami i nietypowymi sytuacjami, jakimi trzeba sprostać.

Wychowanie dziecka chorego wymaga niejednokrotnie od matek rezygnacji ze swoich planów i ambicji życiowych. To one najczęściej sprawują funkcję opiekuńczo-wychowawczą wobec dziecka niepełnosprawnego i z tego powodu bardziej są narażone na zmęczenie i stres. Poza tym matka ze względu na specyficzną i naturalną więź łączącą ją z dzieckiem silniej przeżywa niepowodzenia i ulega niepokojom z nim związanym.

Jan Paweł II w liście do rodzin pisał: „dziecko od poczęcia jest osobą obdarzoną godnością i powołaniem, jednocześnie przez swoją bezradność wobec wszelkiego zła, wymaga przede wszystkim ochrony i rozwoju złożonym w nich darów”.

Większość ludzi odziedziczyła zdolność przekazywania życia następnym osobnikom. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że każdy taki osobnik jest wypadkową dwóch różnych linii dziedzictwa i jest pod każdym względem jedyny i неповtarzalny, różny od wszystkich innych osób. Każde dziecko nosi w sobie dziedzictwo przeszłości i stanowi ogniwo łączące z przyszłością.

Pojęcia dziecka i dzieciństwa nie są łatwe do określenia. Subiektywnie dla rodziców dzieckiem jest każdy ich potomek, od noworodka do człowieka dorosłego. W potocznym rozumieniu tego słowa jest już inaczej. Dzieckiem jest jednostka ludzka od narodzin do końca wczesnego okresu szkolnego. W Polsce liczy się to do końca nauczania początkowego, to jest do trzeciej klasy szkoły podstawowej. W myśl przepisów prawnych w Polsce okres dzieciństwa pojmuje się do osiemnastego roku życia.

Dzieciństwo to nie tylko zwykła faza rozwoju osobniczego jednostki ludzkiej, a wartość szczególna, sama w sobie, autonomiczna, najpiękniejsza część życia człowieka. Nigdy później nie jest jednostka ludzka tak otwarta na świat, bezinteresownie ciekawa. Dzieciństwo dla każdego nowoczesnego, demokratycznego rozumnego społeczeństwa jest wartością szczególnie chronioną. Dziecko jest najwyższym darem, który Bóg zsyła rodzicom, darem danym i zadaniem-podaje Katechizm Kościoła katolickiego. Dziecko wpisane jest w małżeńską i rodzicielską służbę życiu. Historia dzieciństwa pokazuje dysonans między sakralną wartością przypisywaną dziecku a profanacją dzieciństwa przez codzienność rodziną i poza rodziną.

Aby dziecko czuło się bezpiecznie, środowisko jego życia powinno być stabilne. Najważniejszym elementem stabilności jest stałość uczuciowych więzi. Ich jakość zmienia się wraz z wiekiem. Więzy symboliczna między dzieckiem a matką przechodzi w więzy ufności, a ta z kolei w więzy opartą o współdziałanie. Każda więź jest zjawiskiem interakcyjnym. Rodzina jest systemem wzajemnych relacji.

Funkcjonowanie rodziny dziecka niepełnosprawnego

Leksykon Pedagogika definiuje termin „rewalidacja (łac. re – znów, validus – silny, valor – wartość) jako zespół działań wychowawczych, edukacyjnych, terapeutycznych mających umożliwić dziecku niepełnosprawnemu pod względem fizycznym jak najpełniejszy rozwój i przystosowanie do życia w normalnym środowisku. Pedagogika rewalidacyjna stanowi subdyscyplinę pedagogiki specjalnej”.