

8 maja
- Dzień
Położnej

12 maja
- Dzień
Pielęgniarki

Wszystkim
koleżankom
i kolegom z okazji
Naszego Święta
najserdeczniejsze
życzenia zdrowia,
szczęścia, wielu
powodów do
radości,
pomyślności
i sukcesów
w pracy
zawodowej życzy

Okręgowa Rada
Pielęgniarek
i Położnych
w Łodzi
oraz
Redakcja
Biuletynu

w numerze:

Biuletyn 5/2009 1 maja 2009 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2** Serwis informacyjny
- 3** Wnioski i apele podjęte podczas XXIII OZPiP w Łodzi
- 8** Prawnik radzi
- 9** Sprawozdanie z konferencji
mgr Agnieszka Niedźwiecka
- 10** WCZP - Grupowa profilaktyka próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi
mgr Żaneta Karczewska
- 11** Opinia w sprawie zatrudniania pielęgniarki i położnej na stanowisku młodszego asystenta, asystenta i starszego asystenta
- 12** Opinia dotycząca uznania wykształcenia wyższego pedagogicznego, jako mającego zastosowanie w ochronie zdrowia na stanowisku pielęgniarki
- 15** Spotkanie z rzecznikiem: Umiejętności zawodowe i co więcej? Czyli czego, poza opieką, oczekuje się od położnych, pielęgniarek i pielęgniarzy cz. III
Marianna Król
- 18** Uzależnienia - alkohol, narkotyki, leki
mgr Piotr Szubański
- 21** Okiem psychologa: Potrzebna złość
mgr Jolanta Kałużna
- 25** Jak chronić skórę przed słońcem? Im więcej, tym lepiej
mgr Luiza Koziara
- 26** WSHE: Socjoterapia w praktyce pielęgniarskiej
Jolanta Fudalewska
- 28** Kącik biblioteczny

UWAGA!

W dniach 26.05.2009 - 12.06.2009
BIBLIOTEKA OIPP NIECZYNNA

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 decyzje podjęte podczas posiedzenia ORPiP w dniu 10 marca 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarce.
- > Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek - 3 pielęgniarki.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 3 pielęgniarki.
- > Przyjęto 1 oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony.
- > Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 1 położna.
- > Zatwierdzono plany pracy na rok 2009 komisji problemowych działających przy ORPiP w Łodzi.
- > Wytypowano Panią Irenę Tomaszewską do nadania odznaki „Za zasługi dla miasta Łodzi”.
- > Podjęto uchwały w sprawie zobowiązania pielęgniarek do podjęcia systematycznego leczenia odwykowego choroby alkoholowej.
- > Podjęto uchwałę w sprawie umorzenia postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki.
- > Podjęto uchwałę zmieniającą Uchwałę Nr 107/V w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego wprowadzając następujące zmiany: **wysokość finansowania za udział w szkoleniu specjalizacyjnym - do kwoty 2000 zł; w kursie kwalifikacyjnym do 500 zł.; w kursie specjalistycznym doskonalącym, innych formach kształcenia do 50 % kosztów, jednak nie więcej niż do kwoty 150 zł.** Zmiany w ww. uchwale obowiązują od dnia 10 marca 2009 r. Wszyscy którzy rozpoczęli kształcenia przed 10 marca 2009 r. będą mieli dofinansowanie zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 8 kwietnia 2008 r.
- > Podjęto uchwałę w sprawie sfinansowania i zorganizowania Konferencji nt. „Bezpieczne podawanie leków u dzieci” w dniu 5 czerwca 2009 r. w USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi.
- > Zatwierdzono zakup nowości dla potrzeb Biblioteki OIPiP w Łodzi.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach:
 - egzaminacyjnych,
 - konkursowych na stanowisko ordynatora oddziału.
- > Zatwierdzono zakup sprzętu biurowego na potrzeby szkoleniowe.

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 25 marca 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarkom i 2 położnym.
- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu - 3 pielęgniarkom i 1 położnej.
- > Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 2 pielęgniarki.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 1 pielęgniarka.
- > Podjęto 10 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- > Na wniosek organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych - Akademii Zdrowia - dokonano zmian wpisów do rejestru kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
- > Powołano Pełnomocnika ORPiP w Grupowej Praktyce Pielęgniarskiej „KRUSZYNA”.
- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP do udziału w komisjach konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych i ordynatorów oddziałów.
- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do prac w komisjach egzaminacyjnych.
- > Przyznano zapomogi losowe bezzwrotne w kwocie:
 - 1 500 zł. - 3 osobom,
 - 750 zł. - 1 osobie,
 - 500 zł. - 1 osobie,
 - 2 osobom odmówiono przyznania zapomogi ze względów regulaminowych - brak nagłego zdarzenia losowego.
- > Przyznano dofinansowania w:
 - kursach specjalistycznych - 14 osobom,
 - kursach kwalifikacyjnych - 49 osobom,
 - kursie doskonalącym - 1 osobie,
 - konferencji - 12 osobom,
 - nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich - 2 pielęgniarkom,
 - odmówiono dofinansowania 1 osobie ze względów regulaminowych: dofinansowanie dojazdu pod warunkiem udziału w zajęciach odbywających się poza miejscowością zamieszkania i zatrudnienia wnioskodawcy.
- > Przyznano honoraria dla 3 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie.

Wnioski i apele podjęte na XXIII Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w dniu 27 lutego 2009 roku

Wniosek XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 27 lutego 2009 r. do Rządu Rzeczypospolitej Polskiej

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się do Pana Premiera o podjęcie działań, mających na celu zwiększenie poziomu finansowania punktu rozliczeniowego w lecznictwie szpitalnym 2009r.

Zdaniem Delegatów XXIII OZPiP w Łodzi zaproponowana przez NFZ stawka nie uwzględnia środków finansowych koniecznych na pokrycie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, zagwarantowanych ustawą z dnia 22 lipca 2006r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.).

Ponadto proponowany poziom finansowania nie uwzględnia również koniecznego i faktycznego wzrostu kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych w lecznictwie szpitalnym.

W związku z powyższym Delegaci XXIII OZPiP w Łodzi wnoszą do Pana Premiera o podjęcie skutecznych działań, które zapobiegą ograniczeniu świadczeń medycznych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej, fali strajków, protestów o należyne pielęgniarkom i położnym wzrost wynagrodzeń.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

Wniosek XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 27 lutego 2009 r.

do:

- Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego,
- Departamentu Pielęgniarek i Położnych,
- Ministerstwa Zdrowia,
- Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

w sprawie: podjęcia działań zmierzających do zmiany zasad dotyczących ponownego zdawania egzaminu praktycznego przez osoby posiadające prawo wykonywania zawodu

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się ponownie o podjęcie działań zmierzających do zmian legislacyjnych, znoszących konieczność ponownego zdawania egzaminu praktycznego z przygotowania zawodowego podczas obrony pracy licencjackiej przez pielęgniarki i położne podnoszące kwalifikacje zawodowe na studiach pomostowych na Wydziale Pielęgniarstwa.

Uzasadnienie

Pielęgniarki i położne uzupełniające studia pomostowe na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo posiadają już prawo wykonywania zawodu. Dlatego ponowne zdawanie praktycznego egzaminu zawodowego jest bezzasadne.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

Wniosek XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 27 lutego 2009 r.

do:

- Rządu Rzeczypospolitej Polskiej,
- Ministra Zdrowia

w sprawie: form zatrudniania pielęgniarek i położnych w lecznictwie stacjonarnym

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się o podjęcie działań zmierzających do zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie umowy o pracę w zakładach opieki zdrowotnej - lecznictwie stacjonarnym jako najbardziej właściwej formy zatrudniania.

Uzasadnienie

Dokonujące się przekształcenia w ochronie zdrowia stwarzają dla pielęgniarek i położnych wiele zagrożeń, a wśród nich zmianę formy zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych. Takie zatrudnienie bardzo często narusza podstawowe prawa pracownicze, a w szczególności zwiększa czas pracy (liczbę godzin dobową oraz miesięczną) stwarzając zagrożenie zarówno dla pacjenta, jak i samych pielęgniarek/położnych.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 27 lutego 2009 r. do Premiera Rządu Rzeczypospolitej Polskiej

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do Pana Premiera o podjęcie działań zmierzających do zmian legislacyjnych w celu umożliwienia personelowi pielęgniarskiemu zatrudnionemu w Domach Pomocy Społecznej wykonywania pracy w satysfakcjonujących warunkach, w tym także finansowych, przy jednoczesnym zapewnieniu podopiecznym należytej opieki dostosowanej do ich rzeczywistych potrzeb zdrowotnych.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 27 lutego 2009 r. w sprawie umieszczenia na stronie internetowej banku pytań dla poszczególnych dziedzin specjalizacji pielęgniarskich i położniczych

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych o przyspieszenie działań mających na celu zamieszczenie na stronie internetowej pełnego banku pytań - zadań testowych odrębnych dla poszczególnych dziedzin specjalizacji.

Niepokoje nas fakt, iż przedstawiony przez Państwa zakres pytań w „banku pytań” jest tak bardzo ograniczony. Rozwiązanie przedmiotowej sprawy, zgodnie z życzeniem środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych będzie miało niewątpliwie korzystny wpływ na wyniki procesu ich kształcenia.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 27 lutego 2009 r. w sprawie wynagrodzeń za pracę pielęgniarek i położnych

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

W tym celu Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują:

- 1) do władz państwowych:
 - o niezwłoczne zagwarantowanie pielęgniarkom i położnym wynagrodzenia na poziomie 150% corocznie waloryzowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw,
- 2) do społeczeństwa:
 - o zrozumienie, że starania samorządu pielęgniarek i położnych o wyższe wynagrodzenia podyktowane są także troską o stan opieki zdrowotnej w Polsce,
 - o wspieranie całego środowiska pielęgniarskiego w jego walce o godne warunki pracy w Polsce,
- 3) do środowiska pielęgniarek i położnych:
 - o solidarne wspieranie postulatów ekonomicznych samorządu pielęgniarskiego,

- o upowszechnianie świadomości zagrożeń wynikających z utrzymywania się obecnej sytuacji płacowej oraz konieczności jak najszybszych zmian w pielęgniarstwie.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

**Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 27 lutego 2009 r.
w sprawie konieczności określenia polityki zdrowotnej państwa dotyczącej
rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa**

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się do Rządu Rzeczypospolitej Polskiej oraz Ministra Zdrowia o określenie polityki rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa.

Polityka Państwa winna uwzględniać:

- 1) miejsce i znaczenie pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia,
- 2) potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego w zakresie świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, położne,
- 3) priorytety w zakresie świadczeń i dostępności do nich w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych,
- 4) zakres świadczeń pielęgniarstkich i położniczych w systemie opieki zdrowotnej finansowany ze środków publicznych i ceny tych świadczeń, uwzględniające rzeczywiste koszty,
- 5) warunki zapewnienia odpowiedniej liczby pielęgniarek i położnych,
- 6) warunki kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych, zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem,
- 7) warunki kształcenia podyplomowego, z uwzględnieniem sposobu finansowania tego kształcenia.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

**Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 27 lutego 2009 r.**

do:

- Rządu Rzeczypospolitej Polskiej,
- Ministra Zdrowia,

w sprawie nakładów publicznych na ochronę zdrowia

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi:

- widząc narastające od lat problemy reformowanego przez kolejne rządy systemu ochrony zdrowia,
 - dostrzegając, że podstawowym źródłem niepowodzenia tych reform jest wieloletnie niedofinansowanie opieki zdrowotnej,
 - widząc rażącą różnicę w finansowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia w stosunku do większości państw europejskich,
 - dostrzegając narastającą frustrację pracowników opieki zdrowotnej spowodowaną niegodnymi warunkami wynagradzania ich odpowiedzialnej, wymagającej wysokich kwalifikacji, ciężkiej pracy,
 - widząc zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków wynikające z fatalnej sytuacji finansowej dużej części placówek opieki zdrowotnej,
- apelują do Rządu Rzeczypospolitej Polskiej i do Ministra Zdrowia o potraktowanie finansowania systemu ochrony zdrowia jako priorytetu wśród wydatków publicznych.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

**Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 27 lutego 2009 r.
w sprawie: ustawowego zapewnienia jednakowych warunków płacy, dla całej grupy zawodowej
pielęgniarek i położnych, niezależnie od miejsca zatrudnienia**

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się do Parlamentu i Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o bezzwłoczne podjęcie działań gwarantujących pielęgniarkom i położnym wynagrodzenia na poziomie 150%

waloryzowanego przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw oraz ich wzrostu na jednakowym poziomie, za pracę w podstawowym wymiarze czasu bez względu na formę zatrudnienia.

Zróżnicowane miejsca zatrudnienia oraz finansowania świadczeń zdrowotnych wprowadziły różnice płacowe w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych, co budzi w środowisku poczucie krzywdy i niesprawiedliwości.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

**Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 27 lutego 2009 r.**

w sprawie czynnego udziału reprezentantów zawodu pielęgniarek i położnych w negocjacjach dotyczących wynagrodzenia i wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do Rządu Rzeczypospolitej Polskiej i do Ministra Zdrowia o: podjęcie działań mających na celu umożliwienie udziału przedstawicielom środowiska w tworzeniu prawa dotyczącego wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

Apelujemy, aby organy władzy, nie związane z zawodami pielęgniarek i położnych, nie tworzyły za nas i bez nas, bądź nowelizowały prawa.

Nie chcemy być zaskakiwane coraz to nowszymi zmianami legislacyjnymi i ustaleniami innych środowisk w naszych zawodowych sprawach.

Apelujemy o dopilnowanie, aby opinie przedstawicieli samorządu i konsultantów poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa i położnictwa, były brane pod uwagę w pierwszej kolejności.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

**Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 27 lutego 2009 r.**

**do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
w sprawie odliczeń podatkowych**

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

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

**Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 27 lutego 2009 r.**

do:

- kierowników zakładów opieki zdrowotnej,

- organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej

w sprawie zaprzestania praktyki ustalania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do kierowników zakładów opieki zdrowotnej oraz organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej o podjęcie działań w sprawie jednoosobowych obsad dyżurów pielęgniarskich.

Delegaci XXIII OZPiP w Łodzi ostrzegają, iż dalsze stosowanie przez pracodawców zaniżonej liczby personelu pielęgniarskiego i położniczego, poniżej wymaganych norm zatrudnienia (jednoosobowa obsada na zmianie nocnej, łączenie stanowisk, jednoczesna praca na zmianie w więcej niż jednym oddziale, zmniejszona obsada w niedzielę i święta itp.), stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i pracowników. Jedna pielęgniarka/położna pełniąca dyżur w oddziale nie może zapewnić wszystkim pacjentom opieki pielęgniarskiej zgodnie z przyjętymi standardami

praktyki zawodowej, a tym samym zakład opieki zdrowotnej nie może zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom, do którego się zobowiązał podpisując kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jakość świadczeń pielęgniarских i położniczych jest jednym z podstawowych kryteriów oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej. Warunkiem niezbędnym i koniecznym do osiągnięcia rezultatów w działaniach zmierzających do zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych jest odpowiednia struktura i liczba kadr medycznych, również w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

**Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 27 lutego 2009 r.**

do:

- Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

- Rektora Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi,

w sprawie pozyskania środków finansowych w ramach Priorytetu II, Działania 2,3, - Program Operacyjny Kapitał Ludzki na Lata 2007 – 2013 „Kształcenie Zawodowe Pielęgniarek i Położnych w ramach Studiów Pomostowych”.

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują o pozyskanie środków finansowych w ramach Programu Operacyjnego - Kapitał Ludzki Na Lata 2007 - 2013, „Kształcenie Zawodowe Pielęgniarek i Położnych w ramach Studiów Pomostowych”

Uzasadnienie

Studia pomostowe zostały wprowadzone jako instytucja epizodyczna, służąca wyrównaniu kwalifikacji pielęgniarek i położnych, dotychczas wykonujących zawód na podstawie polskich warunków do poziomu i wymagań obowiązujących w krajach UE. Głównym celem dla którego wprowadzono tę instytucję było zapewnienie takiego poziomu wiedzy, kwalifikacji i umiejętności, które są równoważne z wiedzą, kwalifikacjami i umiejętnościami posiadanymi przez absolwentów studiów licencjackich.

Koszty związane z uzupełnieniem wykształcenia w całości zostały przerzucone na pielęgniarke i położne. Pozyskanie przez Uczelnie środków finansowych w ramach Programu Operacyjnego – Kapitał Ludzki Na Lata 2007 – 2013, „Kształcenie Zawodowe Pielęgniarek i Położnych w Ramach Studiów Pomostowych”, dla pielęgniarek i położnych pozwoli znacznej grupie zawodowej podnieść swoje wykształcenie.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

**Apel XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 27 lutego 2009 r.**

do:

- Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

w sprawie nawiązania dialogu i współpracy z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych w celu poprawy jakości kształcenia pielęgniarek i położnych

Delegaci XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o nawiązanie dialogu z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych, celem poprawy jakości kształcenia pielęgniarek i położnych w toku studiów licencjackich i magisterskich, wymiany doświadczeń zarówno merytorycznych, jak i praktycznych w tym zakresie.

Przewodnicząca Zjazdu
Zofia Komorowska

Grupowa praktyka pielęgniarek i położnych wybrane zagadnienia cz. I.

Zgodnie z art. 25a. Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. Dz.U.01.57.602 j.t. pielęgniarki, położne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę w formie spółki cywilnej lub partnerskiej. Grupowa praktyka pielęgniarek, położnych może rozpocząć działalność po uzyskaniu wpisu do rejestru grupowych praktyk prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki.

W ramach grupowej praktyki pielęgniarek, położnych mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarki, położne będące współnikami spółki cywilnej lub partnerskiej, spełniające warunki określone w art. 25 ust. 2 pkt 1 i 2 lub ust. 2 pkt 1 i 2 i ust. 3 pkt 2 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. A zatem osoby, które chcą założyć grupową praktykę muszą posiadać prawo wykonywania zawodu oraz nie mogą być:

a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu ani ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów ustawy lub art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178, z późn. zm.),

b) ukarane karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

c) pozbawione uprawnienia do wykonywania zawodu orzeczeniem przez sąd środka karnego albo przez sąd lub prokuratora środka zapobiegawczego zakazu wykonywania zawodu. Pielęgniarka, położna spełniająca powyższe warunki i posiadająca specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia może być współnikiem spółki w formie, której wykonywana jest praktyka grupowa.

W pierwszej części artykułu przedstawiona zostanie spółka cywilna, a więc jedna z form w jakiej można prowadzić grupową praktykę pielęgniarek i położnych.

Spółka cywilna uregulowana jest w kodeksie cywilnym, współnicy są przedsiębiorcami. Spółka zawiązywana jest po to, aby osiągnąć jakiś cel gospodarczy opisany w umowie. Każdy ze współników posiada odrębny wpis do ewidencji działalności, natomiast spółka ma swój numer REGON oraz NIP. Nie posiada ona osobowości prawnej. Odrębnie współnicy są właścicielami całego majątku spółki.

Odpowiedzialność współników za zobowiązania spółki:

- osobista, solidarna odpowiedzialność wszystkich współników, nie ma charakteru subsydiarnego;

- współnik, który przystąpił do już istniejącej spółki, nie odpowiada za zobowiązania zaciągnięte przez współ-

ników w okresie, kiedy nie był jeszcze współnikiem. Wspólnik może jednak przystąpić do długu na podstawie umowy zawartej z pozostałymi współnikami.

Umowa spółki powinna być sporządzona w formie pisemnej głównie dla celów dowodowych. Bez formy pisemnej jest ważna, ale w razie sporów można mieć problem z udowodnieniem swojej racji. Urzędy Skarbowe wymagają formy pisemnej.

Elementy konieczne dla umowy:

- wskazanie współników,
- określenie celu gospodarczego, dla którego została zawiązana,

- rodzaj działalności,
- rodzaj i wartość wniesionych wkładów (wkład współnika może polegać na wniesieniu do spółki własności lub innych praw albo na świadczeniu usług).

Ponadto umowa spółki może zawierać dodatkowe postanowienia:

- zakres umocowania współników do reprezentacji spółki,
- sposób i zakres udziału współników w zyskach oraz uczestniczenia w stratach,
- czas trwania spółki.

Aby spółka mogła rozpocząć swoją działalność należy uzyskać:

- wpis do ewidencji działalności gospodarczej - każdy ze współników osobno w urzędzie miasta wg miejsca zamieszkania rejestruje działalność,

- regon - numer identyfikacyjny krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej. Regon nadawany jest w urzędzie statystycznym województwa, na terenie którego spółka ma siedzibę; numer regon otrzymuje spółka,

- firmowe konto bankowe - założenie bieżącego rachunku,

- zgłoszenie w Urzędzie Skarbowym - rejestracji dokonujemy w podatku dochodowym oraz podatku vat przed dokonaniem pierwszej czynności podlegającej opodatkowaniu. Do podatku dochodowego od osób fizycznych zgłaszamy się na deklaracji NIP-2 z załącznikiem NIP-D, natomiast do podatku VAT zgłaszamy spółkę na deklaracji VAT-R także z opłatą rejestracyjną 152 zł. Do Urzędu Skarbowego trzeba także złożyć dokumenty założycielskie poświęcone notarialnie za zgodność z oryginałem lub przedstawić oryginały do wglądu w US oraz oświadczenia podatnika i umowę spółki,

- rejestracja w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Po dokonaniu powyższych czynności grupowa praktyka może rozpocząć swoją działalność.

sprawozdanie z konferencji

mgr Agnieszka Niedźwiecka

W dniu 9 marca w siedzibie OIPIP w Łodzi odbyło się spotkanie na temat: „Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w instytucjach opieki społecznej”, zorganizowane przez Zarząd Oddziału i Koło Naukowe przy Zarządzie Regionalnym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi.

Głównym celem spotkania było wypracowanie stanowiska na temat roli pielęgniarki w zapewnieniu bezpieczeństwa podopiecznego w domu pomocy społecznej.

Według obowiązujących przepisów pielęgniarki nie mogą być zatrudnione w DPS-ach, gdyż nie są one zakładami opieki zdrowotnej. DPS ma zapewnić opiekę, mieszkanie i wyżywienie, natomiast opiekę lekarską i pielęgniarską, tak jak wszystkim ubezpieczonym w NFZ, powinien świadczyć lekarz POZ i pielęgniarka rodzinna.

W Polsce funkcjonuje 800 DPS-ów, w których jest zatrudnionych ok. 8 200 pielęgniarek i pielęgniarzy. Średnio w jednym DPS-ie zatrudnionych jest ok. 10 pielęgniarek. Osoby te są pracownikami samorządowymi, w tym przypadku pracownikami organów założycielskich, czyli starostw i są finansowane ze środków pomocy społecznej, które są niewystarczające.

Według propozycji Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej pielęgniarki powinny przejść na kontrakty z NFZ. Jednak warunkiem zawarcia kontraktu jest uzyskanie kwalifikacji pielęgniarki rodzinnej lub opieki długoterminowej. Kurs taki trwa

pół roku i bez urlopu szkoleniowego, czy oddelegowania pielęgniarki, ukończenie go staje się bardzo trudne. Mini-

sterstwo nie dało żadnych możliwości uzyskania kwalifikacji ani niezbędnego czasu pielęgniarkom, aby mogły spełnić przepisowe wymagania.

Na konferencji obecni byli przedstawiciele łódzkich domów opieki społecznej, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek mgr Dorota Kilańska oraz zaproszeni goście m.in. była posłanka Krystyna Ejsmont, dr.n.hum. Barbara Dobrowolska, dr.hab. Maria Kołomecka, Janina Żurawska i inni.

Otwarcia konferencji dokonał dr n.hum. Zbigniew Tokarski - Przewodniczący Zarządu Wojewódzkiego PTP. Podczas spotkania wykład oparty na przeprowadzonych badaniach wygłosiła mgr Danuta Zajac.

W konferencji uczestniczyło około 30 osób, które podzieliły się swoimi doświadczeniami i spostrzeżeniami odnośnie zaistniałej sytuacji prawnej.

Padły propozycje przeprowadzenia badań dotyczących kategoryzacji pacjentów kwalifikowanych do DPS-ów i przebywających w nich oraz kierowanie pensjonariuszy do zakładów dla przewlekle chorych. Dyskutowano o możliwości podpisywania przez pielęgniarki kontraktów z NFZ i o szczegółach, jakie taki kontrakt powinien zawierać. Powołany

został również zespół roboczy, który będzie dalej zajmował się tym problemem.



GRUPOWA PROFILAKTYKA PRÓCHNICY ZĘBÓW METODĄ NADZOROWANEGO SZCZOTKOWANIA ZĘBÓW PREPARATMI FLUORKOWYMI

Próchnica zębów jest najczęściej występującym problemem zdrowotnym u dzieci i młodzieży szkolnej.

Na podstawie wieloletnich badań wykazano, że regularnie nadzorowane szczotkowanie zębów przez kilka lat zmniejsza częstość występowania próchnicy zębów o 30%.

Zabiegi te są również ważnym elementem edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwiają uczniom nabycie umiejętności prawidłowego czyszczenia zębów.

W roku szkolnym 2006/2007 na terenie Polski prawie 80% uczniów szkół podstawowych w miastach i 76% uczniów na wsiach objęto grupową profilaktyką fluorkową.¹

Terminy i zakres wykonywania grupowej profilaktyki fluorkowej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą /Dz.U.04.282.2814 z późniejszymi zmianami/.

Grupowa profilaktyka fluorkowa należy do zadań pielęgniarki szkolnej lub higienistki, która wykonuje ją w klasach I-VI, 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni.

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, procedura ta kontraktowana jest w zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej.

Świadczenie to powinno być realizowane w szkołach znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l i potwierdzony został uzyskanym z właściwej dla danego terenu stacji sanitarno - epidemiologicznej zaświadczeniem potwierdzającym wymagany stan faktyczny.

Zasady przeprowadzania grupowej profilaktyki określa poradnik dla

pielęgniarek i higienistek szkolnych „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej” opracowany przez Instytut Matki i Dziecka - Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2003.

Na terenie województwa łódzkiego liczba dzieci objętych tym świadczeniem sukcesywnie wzrasta dzięki podejmowanym działaniom w tym zakresie, obejmującym:

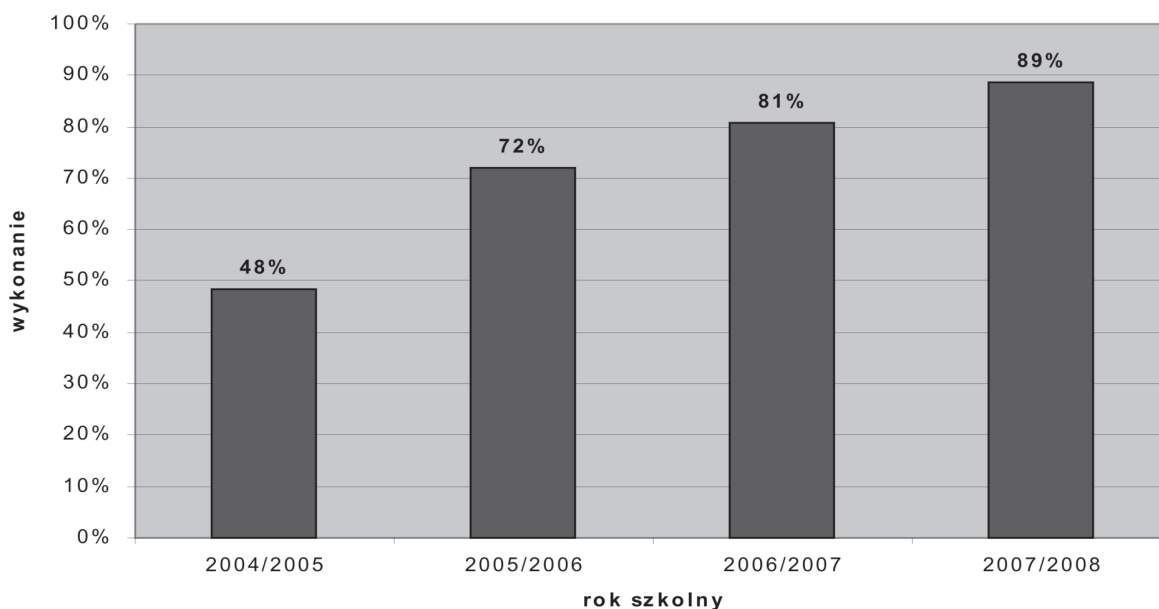
- szkolenia dla pielęgniarek pracujących w szkołach,
- monitoring realizacji procedury po otrzymanych MZ - 06 - sprawozdaniach z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach.

Na terenie województwa łódzkiego realizowany jest „Program zapobiegania próchnicy dla dzieci w wieku szkolnym” finansowany przez Urząd Marszałkowski w Łodzi, z inicjatywy Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego i Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej prof. dr hab. n med. Magdaleny Wochny - Sobańskiej.

1. Na podstawie opracowania -

Nierówności w dostępie uczniów do profilaktycznej opieki zdrowotnej w Polsce w ostatnim roku wdrażania Rządowego Programu „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”- Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.

Ryc.1. Realizacja grupowej profilaktyki fluorkowej na terenie województwa łódzkiego (na podstawie MZ-06)



Opinia w sprawie możliwości zatrudnienia pielęgniarki i położnej na stanowisku młodszego asystenta, asystenta i starszego asystenta

Taryfikator kwalifikacyjny, stanowiący załącznik do rozporządzenia 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) wskazuje stanowiska starszego asystenta, asystenta oraz młodszego asystenta.

Zgodnie z wymogami kwalifikacyjnymi na stanowisku młodszego asystenta może być zatrudniona osoba, która posiada wykształcenie wyższe medyczne oraz 1 rok stażu pracy w zawodzie albo osoba, która posiada wykształcenie wyższe medyczne lub inne wyższe mające zastosowanie w działalności podstawowej. Oznacza to, że na tym stanowisku może być zatrudniona pielęgniarka, położna, która posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa albo tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa albo inne wykształcenie wyższe mające zastosowanie w działalności podstawowej.

Natomiast na stanowisku asystenta może być zatrudniona osoba, która posiada wykształcenie wyższe medyczne i specjalizację I stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo osoba, która posiada wykształcenie inne wyższe mające zastosowanie w działalności podstawowej i odpowiednią specjalizację I stopnia. W związku z tym pielęgniarki, położne które posiadają oprócz studiów wyższych

magisterskich lub studiów wyższych zawodowych licencjackich i 3-letniego stażu pracy w zawodzie, dodatkowo 2-letnią specjalizację w określonej dziedzinie mogą zostać zakwalifikowane do pracy na stanowisku asystenta.

Zaś wymogi kwalifikacyjne dotyczące stanowiska starszego asystenta, oprócz wykształcenia wyższego medycznego i odpowiedniej specjalizacji II stopnia lub wykształcenia wyższego mającego zastosowanie przy wykonywaniu zadań na określonym stanowisku (decyzja w tej sprawie należy do kierownika zakładu) określają również posiadanie 5-letniego stażu pracy w zawodzie. Należy wskazać, iż realizacja specjalizacji dwustopniowej przeznaczonej również dla pielęgniarek została zakończona w 2005 roku. Jednakże pielęgniarki, które wówczas ukończyły specjalizację II stopnia kwalifikują się do zatrudnienia na stanowisku starszego asystenta, o ile spełniają pozostałe wymogi niezbędne do zatrudnienia na ww. stanowisku.

W świetle powyższego nie ma przeciwwskazań formalnych do zatrudnienia pielęgniarek lub położnych, jeśli posiadają kwalifikacje określone właściwymi aktami prawnymi, na stano-

stanowisko konsultanta

wisku młodszego asystenta, asystenta i starszego asystenta. Jednakże decyzje indywidualne, jak również i ustalenie ogólnego kierunku w sprawie zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na stanowisku młodszego asystenta, asystenta i starszego asystenta, należą do kierownika zakładu opieki zdrowotnej. Ponadto zatrudnianie pielęgniarek lub położnych na wyżej wspomnianych stanowiskach powinno się łączyć z właściwym dla danego stanowiska zakresem czynności różnicujących stanowiska asystenta i stanowiska pielęgniarki lub położnej.

W związku z tym, że za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej odpowiedzialność ponosi kierownik zakładu, który podejmuje decyzję o sprawach kadrowych i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej wymagane przepisami kwalifikacje, które wynikają z zapisów w taryfikatorze kwalifikacyjnym.

(-) Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych

Wojewódzkie Centrum
Zdrowia Publicznego
w Łodzi

WCZP

dr Krystyna Bogus

Komunikat w sprawie kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek medycyny szkolnej

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi informuje, iż istnieje możliwość zorganizowania **kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania** w I półroczu 2010 roku.

Aby jednak organizator rozpoczął procedurę uruchomienia kursu należy zebrać grupę chętnych do udziału.

W tym celu zapraszamy wszystkie osoby zainteresowane w/w kursem do składania kart zgłoszeniowych.

Formularz do pobrania na stronie internetowej Centrum www.wczp-lodz.pl
Zgłoszenia należy nadesłać na adres WCZP - ul. Roosevelta 18, 90-056 Łódź do **30 czerwca 2009 r.**

stanowisko konsultanta

Opinia dotycząca uznania wykształcenia wyższego pedagogicznego, jako mającego zastosowanie w ochronie zdrowia na stanowisku pielęgniarki

Zgodnie z taryfikatorem kwalifikacyjnym, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300) kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej może zatrudnić na stanowisku pielęgniarki osobę, która posiada wykształcenie średnie medyczne i 1 rok pracy w zawodzie (pkt 43 taryfikatora), na stanowisku starszej pielęgniarki osobę, która posiada wykształcenie średnie medyczne i 5 lat pracy w zawodzie lub wyższe pielęgniarskie i 1 rok pracy w zawodzie (pkt 35 taryfikatora).

Ponadto rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specja-

listy w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419) określa rodzaje zawodów, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty oraz wykaz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Zgodnie z zapisami powyższego rozporządzenia zawód pedagoga znajduje zastosowanie w ochronie zdrowia, ale dotyczy to jedynie ubiegania się o stanowiska kierownicze w pionie pielęgniarskim, gdzie możliwe jest posiadanie wykształcenia wyższego innego niż pielęgniarskie.

Jednocześnie należy podkreślić, iż za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej odpowiedzialność ponosi kierownik zakładu, który jest jednocześnie przełożonym wszystkich pracowników w nim zatrudnionych. Kierownik zakładu podejmuje decyzję o sprawach kadrowych i to on odpo-

wiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej wymagane przepisami kwalifikacje.

Obowiązujące przepisy prawne nie dają możliwości zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki osoby z wykształceniem innym niż pielęgniarskie. W związku z powyższym nie można uznać wykształcenia wyższego z zakresu pedagogiki jako mającego zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej w ochronie zdrowia. Natomiast wykształcenie wyższe może mieć zastosowanie na stanowiskach kierowniczych, wobec tego możliwe jest przystąpienie do konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej lub pielęgniarki naczelnej.

(-) Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych

KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH POLSKICH

Barbara Jagas

*„Pod Twoją obronę...”
Pod Twoją obronę uciekamy się Święta Boża Rodzicielko,
Naszymi prośbami racz nie gardzić w potrzebach naszych,
ale od wszelakich złych przygód racz nas zawsze wybawiać Panno chwalebna i błogostawiona.
O Pani nasza, Orędowniczko nasza, Pośredniczko nasza, Pocieszycielko nasza. Z Synem Swoim nas pojednaj i Synowi Swojemu nas polecaj, Swojemu Synowi nas oddawaj”*

Wchodząc w piękną głębię modlitwy, jak każdego roku spieszymy z sercem pełnym ufności i nadziei na Jasną Górę, by tam u stóp Naszej Matki powierzać jej swoje osobiste i zawodowe problemy i troski. Zachęceni przykładem Sługi Bożego Jana Pawła II ufamy, że Pani Częstochowska, Niezawodna Pośredniczka wszelkich task, wszystkie nasze sprawy przedstawi Swojemu Synowi.

Informacje:

Tegoroczna pielgrzymka pracowników służby zdrowia na Jasną Górę odbędzie się w dniach 23-24 maja 2009 r. (sobota i niedziela). Zapisy na wyjazd autokarem przyjmuje Duszpasterz służby zdrowia – ks. Paweł Sudowski pod nr tel. 042 630 15 60 do 18 maja 2009 r.

Informujemy również, iż pani Barbara Jagas jest autorką artykułu opublikowanego w Biuletynie Nr 4/2009 str.27. Redakcja Biuletynu przeprasza za brak imienia i nazwiska autora we wspomnianym tekście.

Konferencja

„Bezpieczne podawanie leków u dzieci”

Termin - 5 czerwca 2009 roku godz. 8.30 - 15.00
Aula Palucha, Szpital im. N. Barlickiego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22

W programie konferencji m.in:

- „Specyfika pracy pielęgniarki pediatrycznej”
- „Zagrożenia wynikające z niewłaściwego łączenia i podawania leków”
- „Drogi centralne - zasady postępowania i pielęgnowania”
- „Problemy pielęgnacyjne dzieci chorych na cukrzycę leczonych pompą insulinową”
- „Podawanie leków różnymi drogami. Różnice wynikające z odrębności w pediatrii”
- „Bóle brzucha u dzieci”
- „Etyczne i prawne aspekty pracy z dzieckiem i jego rodzicami”

Zgłoszenia przyjmowane są do **25 maja 2009 r.** na zamieszczonym poniżej druku.
Kartę zgłoszenia należy dostarczyć do Biura OIPiP, ul. Piotrkowska 17.
Liczba miejsc ograniczona.

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W KONFERENCJI

TEMAT KONFERENCJI.....

TERMIN KONFERENCJI.....

MIEJSCE KONFERENCJI.....

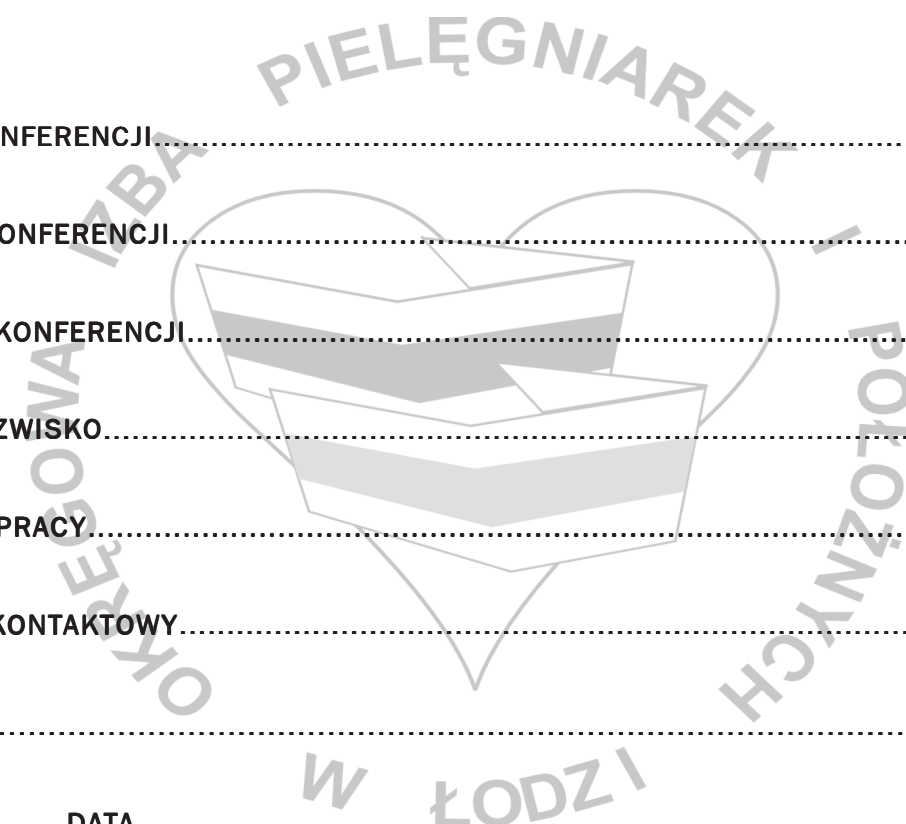
IMIĘ I NAZWISKO.....

MIEJSCE PRACY.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

STANOWISKO.....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA.....



spotkanie z rzecznikiem



mgr Irena Król
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Witam serdecznie,

Wraz z wiosenną pogodą, ogarnął mnie wiosenny nastrój. Wszystko rozkwita i moje przekonanie, że uda mi się dotrzeć do każdej pielęgniarki, położnej oraz każdego pielęgniara również rozkwitło.

Być może ktoś spyta z jakiego powodu akurat w tym momencie?

Odpowiedź stanowicie Wy. Otóż coraz częściej jestem zapraszana na spotkania - szkolenia, nie tylko przez kadrę kierowniczą, ale także przez same pielęgniarki i położne. Przy okazji, przepraszam wszystkich Panów, pracujących z nami, kobietami, że czasami nie odmieniam naszych zawodów przez rodzaj męski. Jakiegokolwiek formy gramatycznej używam, bardzo Panów szanuję i uważam, że jesteście bardzo potrzebni w naszych sfeminizowanych zawodach.

Wracając do sedna naszej dzisiejszej „rozmowy”, okazuje się, że można w wolnym czasie, w sobotę, uczestniczyć w kilkugodzinnym wykładzie o odpowiedzialności.

Wracam wspomnieniami do maja 2008 roku i naszych spotkań w Szpitalu im. M. Curie-Skłodowskiej w Zgierzu. To był mój debiut i ówczesne życzliwe przyjęcie dało mi wiarę, że potrafię przekazać istotę odpowiedzialności naszych zawodów.

Obecnie czuję, jak mówiąc, pozyskuję słuchaczy, jak nasze wspólne dyskusje rozjaśniają niezwykle skomplikowany temat możliwych wykroczeń zawodowych, jednocześnie stwarzając możliwość zapobiegania im.

Być może niektórym Czytelnikom to, co piszę wyda się „górnolotne”. Chcę jednak przekazać, że wspólnie udawaliśmy jak ważne jest słowo i komunikacja. Ciesząc się wiosną, pamiętajmy zatem o konkretnej i życzliwej rozmowie, zarówno w naszych zespołach, jak i w kontaktach z pacjentem.

Życzę udanego miesiąca

12 maja Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek



Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek (MDP, ang. IND) został ustanowiony przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) w 1965 r. w dniu urodzin Florencji Nightingale jako święto wszystkich pielęgniarek, a od 1971 r. obchodom tym przypisywane są specyficzne tematy związane z tematyką zdrowia na świecie i problemami z tym związanymi.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w imieniu ICN co roku ogłasza hasło obchodów MDP, aby przygotować środowisko do tego święta, promować pielęgniarstwo i rozwiązywać problemy związane z profesją, wzmacniać działania na rzecz rozwoju pielęgniarstwa.

W roku bieżącym hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek - 12 maja 2009 brzmi:

„Pielęgniarki dbają o jakość, służą społeczeństwu: są liderami we wprowadzaniu innowacji w opiece zdrowotnej.”

W imieniu ZG PTP życzę Koleżankom i Kolegom wszystkiego najlepszego z okazji Międzynarodowego Święta: środowiska pracy inspirującego do zmian i sprzyjającego im; zarządzających „usuwających kamienie ze ścieżki, którą podążacie” dla dobra pacjenta i Waszej samorealizacji; właściwej proporcji między pracą, a życiem prywatnym; wkładem w pracę a wynagrodzeniem; atmosfery szacunku i zrozumienia dla problemów, z którymi się spotykacie - zawsze przyjaznych ludzi wokół, szczególnie w zespole, którego jesteście ważnym ogniwem.

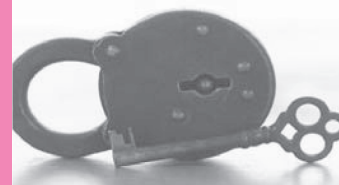
Z wyrazami szacunku

mgr Dorota Kilańska
Przewodnicząca ZG PTP

Umiejętności zawodowe i co więcej?

Marianna Król

Czyli czego, poza opieką, oczekuje się od położnych, pielęgniarek oraz pielęgniarzy cz.III



„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczyście przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie. (...)
8. Pielęgniarka/położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:
 - a) respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
 - b) realizować świadczenia pielęgniarские za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować,
 - c) poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie. (...)

Oto część przyrzeczenia, które składa każda pielęgniarka i położna oraz każdy pielęgniarz i położny, przystępując do wykonywania swojego zawodu. Wypowiadając uroczyście te słowa, komunikujecie Państwo swoją przynależność do tych wyjątkowych grup zawodowych, których naczelnym celem jest dobro drugiego człowieka.

Moje obecne rozważania i Państwa przemyślenia pragnę jednak skupić, nie na samym przyrzeczeniu jako takim, a na jego konkretnej części. Pisząc o komunikacji, szczególną uwagę w składanym przez Państwa przyrzeczeniu przyciąga fragment, mówiący o realizowaniu świadczeń pielęgniarских za zgodą pacjenta. I to właśnie zagadnieniu zgody pacjenta jest poświęcony poniższy artykuł.

Nie będziemy jednak zajmować się kwestiami prawnymi, ponieważ te zostały dokładnie omówione w poprzednich Biuletynach. Obecnie pragnę skupić Państwa uwagę na psychologicznym aspekcie wyrażenia zgody przez pacjenta na świadczenia pielęgniarские i położnicze. Kwestie, które poruszę zapewne są Państwu doskonale znane. Jak to jednak w życiu bywa, to, co najbardziej oczywiste, często, w natłoku zajęć, jest spychane przez nas na boczne tory.

Wyobraźmy sobie 30 - letnią pacjentkę o imieniu Marta. Do tej pory uchodząca za okaz zdrowia, od jakiegoś czasu źle się czuła. Po dłuższym okresie złego samopoczucia, Marta zgłasza się do lekarza. Ten zleca szereg badań, wyznaczając jednocześnie

kolejne wizyty i tak Marta wkracza w zupełnie dla niej obcy świat medyczny. Wcześniej szpitale były dla niej tylko budynkami oglądanymi z zewnątrz, ewentualnie widzianymi od środka, w momencie odwiedzin u krewnych czy przyjaciół, którzy mieli mniej szczęścia niż ona. Zupełnie zdezorientowana zgłasza się na kolejne badania. Kiedy jest u lekarza, zadaje mnóstwo pytań i za każdym razem wydaje jej się, że już zna odpowiedź na nurtujące ją kwestie. Kiedy jednak pojawia się, chociażby na pobranie krwi, zawsze pojawiają się kolejne. Jak chociażby to, dlaczego pobierane są 3 próbówki, a nie 2 albo 4. I dlaczego nikt z nią nie rozmawia, nie pyta czy zgadza się na to pobranie w tym momencie. Oczywiście, że gdyby ją zapytano,

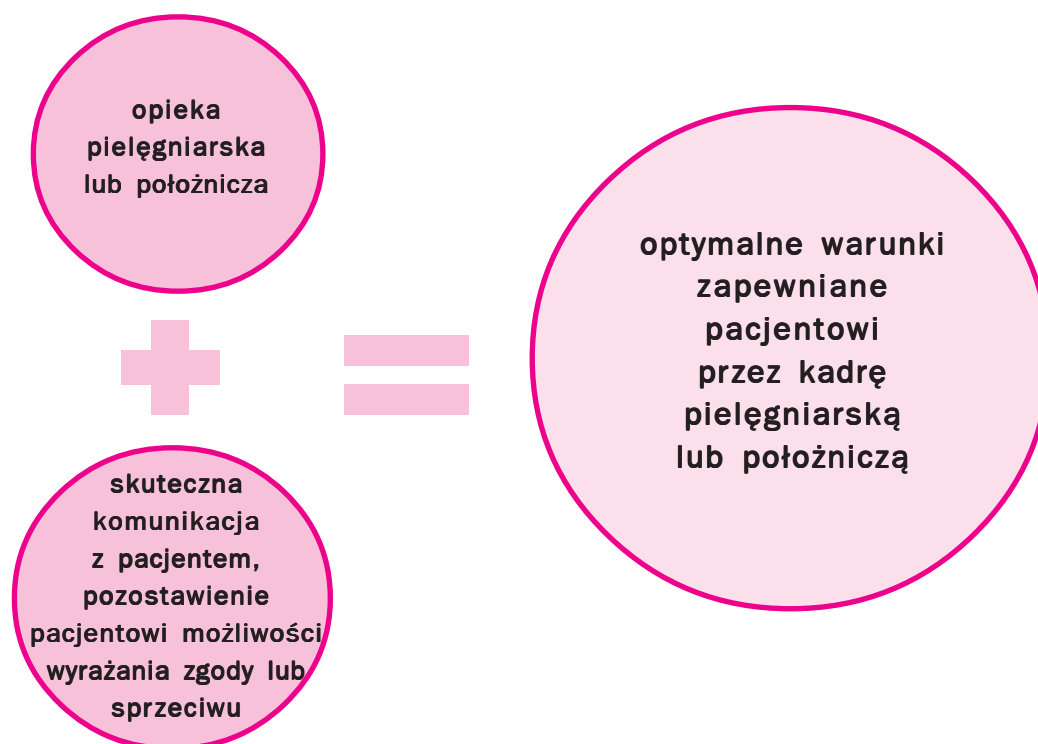
odpowiedziałyby „tak”. Jednak sama świadomość faktu, iż jej zdanie nie jest brane pod uwagę, nawet przy tak prozaicznej czynności jak pobieranie krwi, sprawia, że Marta psychicznie czuje się coraz gorzej.

Większość ludzi ma bowiem potrzebę decydowania o samych sobie i kontrolowania rzeczywistości, która nas dotyczy. Potrzeba ta łączy się bezpośrednio z uzyskiwaniem informacji o naszej obecnej i przyszłej sytuacji. Zapewne Państwo także w swoim codziennym życiu chcecie mieć wpływ na to, co się z Wami dzieje. Wyobraźcie sobie zupełnie nową dla Was sytuację. Być może dla niektórych będzie to nauka jazdy, dla innych publiczne wystąpienie lub jakakolwiek inna sytuacja, która swoją nowością budzi u Państwa pewien lęk. Wykorzystując porównanie do nauki jazdy (osoby, które mają prawo jazdy mogą sobie przypomnieć swoje początki na drodze), pomyślcie Państwo, jak byście się czuli, gdyby bez żadnego przygotowania teoretycznego, ktoś Was wsadził do samochodu i kazał jechać zgodnie ze swoimi instrukcjami, nie tłumacząc zupełnie po co wykonujecie daną czynność i nie pytając Was o zgodę na tempo i kierunek

jazdy. Niepokojące wyobrażenie? Podobnie czuje się większość Państwa pacjentów. Obawiając się o swoje zdrowie, a w niektórych przypadkach i życie, jednocześnie myśląc cały czas o tym, co muszą zostawić przychodząc do szpitala - rodzinę, pracę, hobby itd., zostają wrzuceni w machinę, która dla Państwa jest jak własna kieszeń, a dla nich jak labirynt, w którym co chwilę wydarza się coś nieprzewidzianego. To budzi oczywisty niepokój i strach. Połączenie tego niepokoju z brakiem możliwości wpływu na to, co się z nami dzieje w danej chwili, może być mieszanką wybuchową.

Jak zatem uniknąć „wybuchu”? Po pierwsze od czasu do czasu poświęćcie Państwo chociaż chwilę na refleksję dotyczącą „bycia pacjentem” w naszej rzeczywistości. Część z Państwa zapewne sama doświadczyła pobytów w szpitalu, czy przychodniach - wystarczy zatem przypomnieć sobie swoje doświadczenia lub wczuć się w sytuację jednego z Państwa pacjentów. Proszę sobie wyobrazić jak Państwo chcieliby być traktowani, podczas kontaktów z przedstawicielami kadry pielęgniarskiej czy położniczej. Oczywiście doskonale wiem, że zmęczenie codziennymi obowiązkami nie

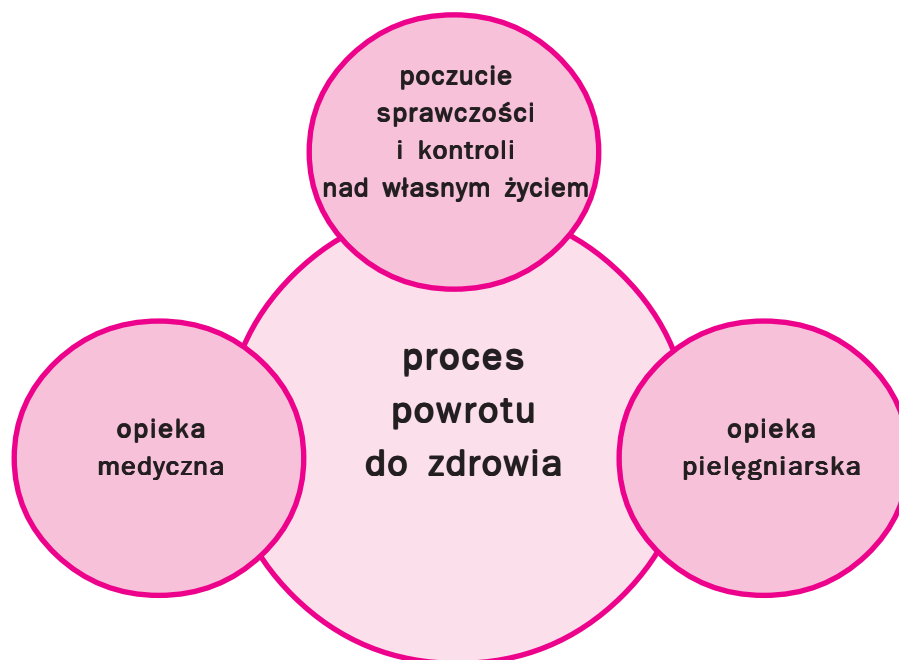
sprzyja tego rodzaju przemyśleniom. Często też, podczas wykonywania codziennych czynności, tracimy z horyzontu nadrzędny cel naszej pracy, jakim w Państwa zawodach jest dobro drugiego człowieka. Tym bardziej warto od czasu do czasu zatrzymać się i pomyśleć. Jak często macie Państwo do czynienia z pacjentami, którzy wydają się aroganccy i niegrzeczni? Czy kiedykolwiek zastanawialiście się Państwo, co powoduje tę arogancję i niegrzeczność? Zgadzam się, że w niektórych przypadkach jest to brak podstawowych zasad kultury. Jednocześnie, gdybyśmy zdecydowali się na dotarcie do przyczyny niegrzecznego zachowania pacjentów w stosunku do kadry pielęgniarskiej czy położniczej, odkrylibyśmy, że w większości przypadków powodem takiego zachowania pacjentów jest strach i bezradność. Do wszystkich takich sytuacji idealnie pasuje stare powiedzenie, że „najgłośniejszy szczeka ten pies, który się boi”. Absolutnie nie namawiam Państwa do beczynnego tolerowania oznak arogancji czy agresji. Pragnę jednak zachęcić do zminimalizowania strachu pacjenta, który może objawiać się właśnie w taki sposób.



Jak wspomniałam wcześniej, większość osób ma potrzebę decydowania o samych sobie. W przypadku pacjentów potrzebę tę mogą Państwo zaspokoić, pytając ich o zgodę i tłumacząc na czym polega konkretna czynność oraz jakie mogą być jej konsekwencje. Z psychologicznego punktu widzenia niezwykle istotne jest, aby przedstawianie ewentualnych negatywnych konsekwencji, nie zdominowało tych, które są bez wątpienia pozytywne. Rozmawiając z pacjentem należy pamiętać, iż to właśnie Państwo jesteście najbliższymi mu osobami, podczas ciężkich dla niego chwil.

Często towarzyszy Państwo pacjentom w najintymniejszych momentach ich życia, niosąc pomoc w prozaicznych, a jednocześnie często wstydliwych czynnościach. To również właśnie kadra pielęgniarska oraz położnicza, niejednokrotnie jako pierwsza, dostrzega skuteczność danego leczenia lub jej brak. W tych właśnie momentach warto sobie uświadomić jak wiele dla naszego pacjenta może znaczyć życzliwe słowo i świadomość, że obok jest ktoś, kto w razie potrzeby poświęci chwilę na wysłuchanie i wsparcie. Wykonując swój zawód, bezpośrednio stykacie się bowiem Państwo z darem i kruchością życia.

Czy w obliczu tych dwóch niepodważalnych kwestii, iż życie jest darem, będąc jednocześnie tak kruchym, nie wydaje się łatwiejsze pytanie pacjenta o zgodę i informowanie go o wykonywanych czynnościach? Dla Państwa jest to kilka zdań, których wypowiedzenie może jedynie minimalnie spowolnić Państwa pracę. Dla pacjenta jest to często podstawa do zachowania poczucia sprawczości i kontroli nad własnym życiem, które w obliczu choroby i procesu powrotu do zdrowia są równie ważne, jak dobra opieka medyczna i pielęgniarska oraz położnicza.



„Śmierć zawsze przychodzi nagle, ale przegrywa z człowiekiem, w którego sercu pozostaje na zawsze drugi człowiek...”

Z żałobnej karty

Z głębokim smutkiem pożegnaliśmy naszą koleżankę Janinę Krzykowską, zmarłą w lutym 2009 roku.

Janina Krzykowska ukończyła I LO w Pabianicach, a następnie 2-letnią Państwową Szkołę Pielęgniarstwa w Łodzi przy ul. Strelinga 1/3. Pracę zawodową rozpoczęła 1 października 1962 roku w Szpitalu Ortopedyczno - Urazowym im. dr Z. Radlińskiego w Łodzi przy ul. Drewnowskiej 75. Pracowała jako instrumentariuszka na bloku operacyjnym, a następnie - od 1 września 1981 roku - została pielęgniarką oddziałową. Funkcję tę peł-

niła do czasu przejścia na emeryturę - 31 marca 1999 roku. Była również zastępczynią pielęgniarki przełożonej.

Poznałyśmy Panią Janeczkę Krzykowską jako szlachetną, prawą i życzliwą koleżankę. Zawsze służyła radą, szkoliła młode pielęgniarki przekazując im swoją wiedzę. Umiała zrozumieć i szanować drugiego człowieka.

Zawsze sumiennie i odpowiedzialnie wykonywała swoją pracę, której specyfika wymagała nieskończonego dużo siły fizycznej i odporności fizycznej. Bezkonfliktowo kierowała zespołem pracowników na bloku operacyj-

nym. Rzetelnie i fachowo przygotowywała oddział do operacji planowych i ostrych dyżurów. Pacjenci dorośli i dzieci mieli zapewnione bezpieczeństwo.

Słowa uznania i szacunku dla Pani Janeczki mieli pracownicy całego szpitala. Kiedy po trudach pracy zawodowej przyszedł dla Niej czas na spokój i odprężenie, nieuleczalna choroba zabrała Ją z naszego życia.

Tymi słowami wspomnień żegnamy Cię Janeczko...

Koleżanki z Koła Emerytek OIPIP w Łodzi oraz współpracownicy

Zanim przejdę do charakterystyki samych pojęć uzależnienia dla pewnego porządku zatrzymam się nad klasyfikacjami związanymi z używaniem alkoholu, które ułatwią poruszanie się po interesującym nas w tym momencie temacie i pozwolą zauważyć istotne różnice między sposobami korzystania z alkoholu i konsekwencjami, jakie za tym idą.

Światowa Organizacja Zdrowia stosuje następujące słownictwo związane z problematyką alkoholową i wymienia: zespół uzależnienia od alkoholu oraz picie szkodliwe; do tych pojęć należy jeszcze dodać picie ryzykowne. Sądzę, że poniższe informacje pozwolą na wychwycenie różnic pomiędzy wymienionymi pojęciami i ułatwią ogląd problematyki uzależnienia od alkoholu. Zatem czym jest picie szkodliwe? Picie szkodliwe rozumiane jest jako różnorodne problemy, trudności, komplikacje w znaczeniu zdrowia somatycznego tj. powstawanie wielu chorób, zaostrzenie się przebiegu istniejących już schorzeń, jak i również powstawanie problemów natury psychicznej: depresje, stany lękowe, zachowania agresywne oraz kłopoty w sferze społecznej życia ludzi, dotyczy to problemów rodzinnych, zawodowych i innych pozostających w obszarze relacji międzyludzkich oraz problemy prawne, jakie może nieść picie alkoholu. Picie szkodliwe dotyczy osób uzależnionych - jeden z objawów osiowych uzależnienia od alkoholu nazywa się picciem szkodliwym (więcej informacji poniżej) oraz osób, które nie są uzależnione.

Proponuję przyrzeć się picciu ryzykownemu. O picciu ryzykownym mówimy wówczas, kiedy występuje nadmierne spożywanie alkoholu mogące pociągnąć za sobą negatywne efekty, spowodować różnego rodzaju problemy w życiu osoby pijącej alkohol w taki sposób. Picie ryzykowne występuje wtedy, kiedy przyjmowanie leków jest łączone z jednoczesnym picciem alkoholu, prowadzeniem pojazdów mechanicznych oraz kiedy alkohol piją kobiety

będące w ciąży - ten temat jest szczególnie istotny i moim zdaniem wymagający troski, ponieważ niesie za sobą zjawisko zwane Płodowym Zespołem Alkoholowym - może będzie kiedyś możliwość zatrzymania się dłużej nad tym tematem.

Pojawiają się próby wyliczenia bezpiecznych dawek alkoholu, czyli takich, które nie przeżyłyby się na wspomniane problemy. Na ile jest to możliwe, aby wyliczyć i z całą pewnością i świadomością konsekwencji takiego działania powiedzieć do kogoś „tak, taka dawka jest dla Ciebie bezpieczna” - moim zdaniem jest to bardzo ryzykowne i takie wyliczenie nie jest możliwe. Każdy z nas jest inny, mamy predyspozycje do zapadania na różne schorzenia, podobnie jest z uzależnieniem od alkoholu, jeśli ktoś będzie pił alkohol i ma predyspozycje np. genetyczne do uzależnienia się to może zdarzyć się tak, że się uzależni, jest to fenomen powszechny, a wynikający z praw biologii.

Skoncentrujmy się teraz na uzależnieniu od alkoholu. Uzależnienie od alkoholu możemy rozpoznać wtedy, kiedy występują symptomy natury klinicznej. Zaliczane są do nich następujące objawy:

1. silna i natrętna potrzeba spożycia alkoholu - głód alkoholu z tendencją do natychmiastowej realizacji tej potrzeby i podejmowanie działań, aby tę potrzebę realizować;

2. upośledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu przebiegająca w trzech obszarach: trudności w unikaniu rozpoczynania picia, trudności w zakończeniu picia alkoholu po jego rozpoczęciu, trudności w picciu alkoholu do wcześniej założonego poziomu. Często jest tak, że utrata kontroli picia jest rozumiana jako upijanie się - palimpsesty alkoholowe. Utrata kontroli picia alkoholu nie jest upijaniem się. Znam wiele osób uzależnionych od alkoholu, szczególnie kobiet, które nigdy się nie upiły;

3. Ostry Zespół Abstynencyjny - złe samopoczucie wynikające z zaprzesta-

Uzależ

- alkohol,nar



nia albo ograniczenia picia polegające na: zaburzeniach snu, wzmożonej potliwości, stanach na przemian występującego zimna i gorąca, wymiotach, bieguncie, nudnościach, kołataniu serca - tachykardia, bólach mięśniowych, koszmarach sennych, wysuszeniu śluzówek, nasilonym lęku oraz nastroju drażliwym lub obniżonym;

4. picie alkoholu w celu złagodzenia objawów Alkoholowego Zespołu Abstynencyjnego i poczucie skuteczności takiego postępowania;

5. zmieniona tolerancja na alkohol, najczęściej zwiększona, w miarę

nienia

kotyki, leki



długotrwałego, wieloletniego picia zmniejszona - oznacza to, że wypicie tej samej dawki alkoholu nie przynosi spodziewanego efektu, co generuje potrzebę picia większych dawek.

6. zawężenie repertuaru związanego z pićm alkoholu do 1 - 2 wzorców - oznacza powtarzalne schematy, rytuały związane z pićm alkoholu.

7. postępujące zaniedbywanie alternatywnych do picia zainteresowań, przyjemności - oznacza wypieranie przez potrzebę picia alkoholu innych form aktywności i form życia duchowego.

8. picie alkoholu pomimo wiedzy o szkodliwości takiego działania, czyli wspomniane wcześniej picie szkodliwe.

Uzależnienie rozpoznajemy wówczas, kiedy występują co najmniej 3 objawy z wymienionych na przestrzeni jednego miesiąca w ciągu ostatniego roku.

Jak można zauważyć w wymienionych objawach nie występują: palimpsesty alkoholowe - epizody „urwanych filmów”, ciągi picia alkoholu, czyli picie alkoholu dłużej niż jeden dzień, psychozy alkoholowe - delirium tre-

mens - majaczenie alkoholowe, zespół Otella - paranoja alkoholowa - urojenia zdrady małżeńskiej, halucyzoza alkoholowa, zespół Wernickiego-Korsakowa, otępienie alkoholowe. Oznacza to, że występowanie wymienionych czynników nie jest warunkiem rozpoznania uzależnienia od alkoholu, jeśli rozpoznamy 3 spośród objawów opisanych możemy mówić o uzależnieniu.

Szacuje się, że w Polsce osób chorych na chorobę alkoholową jest około 700 - 800 tysięcy. Osoby nadużywające alkohol stanowi populacja około 2-3 milionów osób. Oczywiście musi się to przekładać na i tworzyć zaburzenia życia rodzinnego zarówno dorosłych członków rodzin, jak i dzieci i młodzieży żyjących w rodzinach, gdzie występują problemy alkoholowe. Zaburzenia takie występują również na płaszczyźnie relacji zawodowych i w związku z tym pojawia się pytanie jak skutecznie pomagać takim osobom, jak się zachowywać w sytuacjach, kiedy zauważamy problem. Należałoby zacząć od wspomnienia o zjawisku współuzależnienia, które polega na tym, że osoby z najbliższego otoczenia osób uzależnionych wnikają się w sytuację, jaką wytwarzają osoby pijące alkohol w sposób problemowy. Uwikłanie oznacza swoistego rodzaju „wchodzenie” w sposób myślenia - manipulacja tej osoby - oznacza przejmowanie odpowiedzialności i kontroli nad tą osobą, czasami w imię pomagania. Jest to tworzenie bez takiej intencji komfortu picia dla osoby uzależnionej. Najbliżsi często podejmując pewne działania, wchodzą w świat myśli wytworzony przez osoby pijące dla potrzeb picia alkoholu, świat nierealności i iluzji, nierealnych obietnic np. przestanę pić i wszystko będzie w porządku lub wybac mi jeszcze tylko ten raz. Wchodzenie w taki świat skutkuje pogłębianiem się problemu tych osób i rozwojem choroby. Jeśli chcemy skutecznie pomagać nie należy w taki świat zanurzać się, potrzebne jest zdecydowane i konsekwentne działanie, chłodny osąd sytuacji, bez

sentymentów i poczucia winy wynikającego z postawy bycia w porządku. Pomożemy w ten sposób, jeśli będziemy mówili wprost i nie będziemy się obawiali tego, co robimy.

Jak wiemy ludzie uzależniają się nie tylko od alkoholu, ale również od innych substancji psychoaktywnych, czyli takich substancji, które powodują zmiany samopoczucia osób przyjmujących te substancje i powodujących zmieniony, zafałszowany odbiór rzeczywistości i otaczającego świata. Należą do nich niektóre leki i narkotyki. Oczywiście uzależnienia mogą występować w formie mieszanej tj. łącznie występuje uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Uzależnienie od leków związane jest z pochodnymi kwasu barbiturowego. W grupie tej znajdują się leki nasenne, przeciwbólowe, przeciwpadaczkowe i rozkurczowe np.: Luminal, Prominal, Gemonil, Veronal, Veramid, Vegentalgin, Cyklobarbitol. Uzależnienie od tych leków może się pojawić już w kilka miesięcy ich systematycznego przyjmowania. Kolejną grupą leków są benzodwiazepiny np.: Relanium, Elenium, Estazolam, Xanax, Oxazepam, Nitrazepam, Klonazepam, Signopam działające uspokajająco i przeciwlękowo. Uzależnienie od nich może się również pojawić w ciągu kilku miesięcy ich systematycznego przyjmowania. W ostatnich latach znaczącym problemem staje się zamiennie przyjmowanych substancji psychoaktywnych w taki sposób, że przerwy w picu alkoholu związane są z przyjmowaniem leków z wymienionych grup. Najczęściej daje to pewną złudę w postaci następującego myślenia - przecież nie piję od dość dawna, a przyjmowanie leków w rozmowach z innymi pomijam strategicznym milczeniem bądź bagatelizowaniem. Pewnym modelem jest również równoległe przyjmowanie leków przy jednoczesnym picu alkoholu.

Uzależnienia mają charakter bardzo demokratyczny i ich występowanie charakteryzuje wszystkie grupy zawodowe.

Pracownicy służby zdrowia także nie są wolni od uzależnień, w tym również od narkotyków, zwłaszcza, że dostępność do tych środków wśród pracowników służby zdrowia jest łatwa. Do najbardziej rozpowszechnionych w naszym kraju narkotyków należą opiaty - opium, morfina, heroina - zmniejszające lęk, powodujące uczucie spokoju i euforii, amfetamina działająca pobudzająco, powodująca większą aktywność umysłową i wzmożone możliwości percepcji. Jako ciekawostkę można dodać, że niektóre środki odchudzające zawierają pochodne amfetaminy jako środka zmniejszającego łaknienie. Kolejnym narkotykiem powodującym uzależnienie jest kokaína, która powoduje dobre samopoczucie, spadek łaknienia, wzrost aktywności intelektualnej i fizycznej, stan pobudzenia ruchowego i seksualnego. Należy również wspomnieć o pochodnych konopi indyjskich - marihuana i haszysz, które działają kojąco, redu-

kują ból, poprawiają samopoczucie i powodują euforię, działają relaksacyjnie. Ponad to należy wymienić również substancje halucynogenne najczęściej spożywane w postaci grzybów, korzeni kokoryczki pustej, lulek czarny, bielun dziedziierzawa, LSD w postaci kapsułek, tabletek i papierków do ssania, które powodują omamy, iluzje, urojenia, zaburzenia percepcji, pamięci, czasu oraz napady paniki i zachowań agresywnych. Pozostaje grupa ciągle zmieniających się i coraz bardziej popularnych narkotyków produkowanych w różnych formach i konfiguracjach chemicznych. Oczywiście przyjmowanie narkotyków i picie alkoholu w sposób destrukcyjny powoduje potężne szkody w każdej ze sfer naszego życia: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych prowadzi do wyniszczenia organizmu, zaburzeń snu, łaknienia, uczucia, urojeń prześladowczych, depresji z zamachami

samobójczymi, przejawów agresji, czy tak jak w wypadku pochodnych konopi indyjskich tzw. zespołu amotywnego polegającego na utracie zainteresowania się otaczającą rzeczywistością i życiem codziennym.

Z perspektywy osoby długo pracującej z osobami uzależnionymi zauważam, że problemy związane z uzależnieniami i konsekwencjami z tego wynikającymi stają się zjawiskami, które ulegają dynamizacji. W ostatnim czasie z wykorzystaniem luk w literze prawa można było oficjalnie, legalnie kupić tzw. dopalacze, środki zmieniające świadomość i również uzależniające. Jestem daleki od demonizowania uzależnień, intencją moją było zwrócenie Państwa uwagi na zjawisko, które moim zdaniem wymaga uwagi i zainteresowania, również w miejscu pracy, po to by pomóc.

reklama

centrum edukacji
Erudio

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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

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

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,
MIESIĘCZNE RATY**

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

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

www.erudio.com.pl

Potrzebna



złość

Czasami ludzie zastanawiają się w jaki sposób psychika wpływa na zachowanie? Odpowiadając - psycholodzy wskazują na emocje jako źródło energii prowokujące do działania.

Emocja to proces regulacyjny, który polega na wykrywaniu tych właściwości, zdarzeń, które powodują mobilizację organizmu do wykonywania określonych reakcji wobec nich. Wszyscy ludzie mają na swoim wyposażeniu genetycznym emocje - strach, gniew, smutek, radość, zdziwienie, wstręt. Każda z tych emocji powoduje w organizmie stan swoistego napięcia, który ujawnia się na trzech poziomach:

- funkcjonowania autonomicznego układu nerwowego (np. w układzie mięśniowym - napięcie mięśni przy gniewie - przygotowanie do walki),
- zmian endokrynalnych (np. w miłości - zmiana zabarwienia skóry, wyrazu oczu),
- w zakresie funkcjonowania procesów poznawczych (np. pustka w głowie).

Doznawanie emocji jest subiektywnym procesem psychicznym, chociaż emocje można wywołać za pomocą bodźców środowiskowych i pośredniczą w nich wyraźnie procesy fizjologiczne. Emocje czynią życie człowieka pięknym, możliwym do zniesienia, odpowiednie wyrażenie emocji rozładowuje napięcie, ułatwia komunika-

nie się, pozwala przystosować do wymogów środowiska. Bez emocji nie- możliwa jest empatia, miłość, opieka i troska ani też przeżywanie obawy przed konsekwencjami własnych działań. Jednakże niewłaściwe obchodzenie się z reakcjami emocjonalnymi może prowadzić do zaburzeń psychicznych, chorób psychosomatycznych lub innych stanów chorobowych.

W obiegowych opiniach często dochodzi do przekłamań na temat emocji. Jeden z mitów dzieli emocje na pozytywne i negatywne, inny mówi o tym, że niektórzy ludzie nie przeżywają niektórych emocji. Takie twierdzenia mijają się z prawdą. Wszystkie emocje są dobre, bo informują osobę, o tym co dzieje się w organizmie i dają energię do działania. Ponadto z emocjami rodzi się człowiek, więc każdy je posiada, choć czasami może dojść do zablokowania wyrażania jakiejś emocji, np. w skutek traumatycznych wydarzeń.

Bardzo dużo nieporozumień dotyczy emocji złości. Istnieje przekonanie, że złość prowadzi do problemów i trudności w relacjach pomiędzy ludźmi, niszczy je i sprawia, że stają się bolesne i uciążliwe. Często w okresie dzieciństwa osoby słyszą, że nie wolno się złościć, bo to grzech, że złościć się

jest nieładnie i niegrzecznie. Ponadto znamy też rozmaite powiedzenia, które nieprzychylnie odnoszą się do tej emocji, np.: „Złość piękności szkodzi”, „Zgoda buduje, niezgoda rujnuje”, „ Nikt nie zechce takiej złośnicy”, „Zobacz, jaka jesteś brzydka, kiedy się złościysz”.

Złość odgrywa w świecie emocji rolę złego charakteru, między innymi dlatego, że w języku polskim „złość” i „zły” mają ten sam rdzeń, co oznacza, że w odczuciu społecznym oba słowa są powiązane. Ponadto na takie odczuwanie ma wpływ filozofia, religia itp. W buddyzmie gniew (złość) uważany jest za jedno z najważniejszych splamień, przeszkadzających w osiągnięciu oświecenia. W chrześcijaństwie gniew jest wymieniany jako jeden z siedmiu grzechów głównych, gdyż świadomie podsycany i budzony, jest sprzeciwieniem się miłości bliźniego, która stanowi podstawową zasadę moralną Nowego Testamentu.

Dodatkowo bardzo często złość bywa mylona z agresją (którą nie jest, ale do której może prowadzić), co nie nastawia do niej przychylnie. Poza tym wiele osób nie lubi się złościć, bo: czują się winni, albo zawstydzeni, albo boją się, że gdy się rozzłoszczą to inni

nie będą się chcieli z nimi zadawać. Ale złość w życiu jest potrzebna, bo pełni podobną rolę jak podwyższona temperatura ciała w chorobie - sygnalizuje, że coś jest nie w porządku i mobilizuje do obrony. Złość pomaga ludziom, którzy ją odczuwają oraz jest ważnym sygnałem dla otoczenia:

- pomaga ludziom rozpoznawać i zaspokajać własne potrzeby,
- stanowi sygnał, że dzieje się coś niedobrego,
- pozwala lepiej poczuć własną odrębność i ochronić własne psychologiczne granice,
- pomaga w przetrwaniu niebezpiecznych sytuacji, zwiększa fizyczne możliwości i mobilizuje psychicznie do walki lub obrony. Często bywa jedynym skutecznym sposobem wyjścia z długotrwałego poczucia bezsilności i rozpacz,
- wyrażenie jej może wyzwalać i skumulować ludzką twórczość.
- bywa też czasami skutecznym sposobem koncentrowania czyjejś uwagi i zainteresowania,

- jest ważnym sygnałem w relacjach społecznych. Dla innych osób jest komunikatem: „To, co robisz (mówisz) zakłóca, utrudnia moje myślenie, działanie, wprawia mnie w dyskomfort”.

- dodaje autentyzmu i intensywności w interakcjach międzyludzkich. Bywa komunikatem: „Czasami złości mnie to co robisz, ale złość się dla tego, że jesteś dla mnie ważny, a to, co robisz nie jest dla mnie obojętne”. Zatem okazywanie złości może być wraz z zaangażowaniem, troski i uwagi i może prowadzić do zwiększania bliskości (Golińska, 1995).

Umiejętne wyrażanie złości jest potrzebne do obrony granic oraz daje innym jasny komunikat: „Nie zgadzam się na to, co mi robisz”, „Nie wyrażam zgodny na takie zachowanie”. Ponadto odczuwanie i wyrażanie złości w sposób, który nie rani innych ludzi, daje poczucie siły i wewnętrznego spokoju. Albowiem zdrowe okazywanie złości, gniewu czy zdenerwowania podnosi samoocenę, daje prawo do własnego zdania, do decydowania

o tym jak chcemy żyć oraz jasno pokazujemy innym granice, których nie chcemy by przekraczali.

Warto pamiętać, że złość sama w sobie jest emocją, która jak każda inna nie podlega ocenie (nie sposób stwierdzić czy to źle czy dobrze, że ktoś się zezłościł). Należy odróżnić emocje od zachowania. To zachowanie łączy się z działaniem, które rzeczywiście może być rozmaite (lepsze lub gorsze). Rozgraniczenie pomiędzy emocjami a zachowaniem jest czymś bardzo ważnym, bo o ile emocje po prostu powstają i trudno z tym dyskutować lub zaprzeczać temu, o tyle w złości można się lepiej lub gorzej zachować. Można krzyknąć, można nie mówić nic, można się obrazić, można kogoś obrazić albo (co jest drastyczne) uderzyć lub coś zniszczyć. Tutaj ukryta jest istota problemu. Często nie wiemy po prostu, co zrobić z naszą złością i w jaki sposób ją wyrażać.

Kwestionariusz do diagnozy złości

Chorobliwy lęk przed złością	Umiarkowana złość	Chroniczna złość
Człowiek uzależnia się od unikania złości.	Ignoruje błahe powody do złości.	Złość dławi inne uczucia, staje się rozwiązaniem wszelkich problemów.
Obawia się utraty związku z inną osobą, poświęca tożsamość.	Postrzega ważne problemy poprzez uświadomienie sobie swojej złości.	Zwiększa się tolerancja na złość, występuje na nią zwiększone zapotrzebowanie.
Czuje się winny, jeżeli wpada w złość.	Wyraża złość wprost, bez obwiniania innych.	Złość daje uczucie przyjemności.
Może alkoholem lub innymi środkami próbować wyzwolić złość.	Podje muje odpowiedzialność za swoje uczucia (zaczyna komunikaty od „ja”).	Pojawia się poczucie winy i wstyd, ale to nie zmienia zachowania.
Czasami (rzadko) wybucha.	Rozwiązując problem stara się brać pod uwagę zdanie swoje i drugiej osoby.	Złość wymyka się spod kontroli; brak możliwości wyboru innej reakcji.

R. Potter-Efron, P. Potter-Efron „Złość, alkoholizm i inne uzależnienia”, IPZiT, Warszawa 1994.

Złość przeżywamy w naturalny sposób, jednak wiele osób ma trudności z przeżywaniem tej emocji. Niektórzy unikają złości, inni przeżywają złość chroniczną.

Ludzie unikają złości ponieważ mają przekonanie, że dobry człowiek się nie złości, że to nie wypada, ponadto obawiają się, że zranią, urażą inne bliskie osoby, a także boją się ataku jako odpowiedzi na wyrażoną złość. Dodatkowo w naszej kulturze złość postrzegana jest jako nieumiejętność panowania nad swoimi emocjami. Pokutuje przesąd, że naprawdę dobre osoby nigdy się nie złością. Często też, gdy tłumimy albo zaprzeczamy złości w pewnych sytuacjach, to później w sytuacjach bezpiecznych wyładowujemy się na słabszych - psie, kocie, dzieciach, ludziach, których miłości i oddania jesteśmy pewni. „Obrywa się” nie tym, którzy zasłużyli, ale obiektom bezpiecznym - mamy tu do czynienia z tak zwanym zjawiskiem przemieszczenia. Jeśli będziemy długo i skutecznie zaprzeczać złości, udawać, że nic się nie dzieje, może dojść do tego, że zaczniemy uważać, że to nie my, ale inni są na nas źli, knują przeciwko nam podstępnie. Wszystko i wszyscy staną się potencjalnymi wrogami, możemy znienawidzić świat i zamknąć się w sobie. Dodatkowo ukrywanie złości pochłania olbrzymie zasoby energii. A brak kontaktu ze swoją irytacją prowadzi także do bezbronności i nieumiejętności stawiania granic (pozwalamy innym „wchodzić sobie na głowę”). Tłumiony gniew kaleczy nie tylko naszą duszę, ale również ciało. Prowadzi do nadciśnienia, chorób żołądka, serca. Lekarze twierdzą, że podłoże chorób nowotworowych, a szczególnie układu trawiennego, to między innymi niewyrażona złość.

Z chroniczną złością mamy do czynienia, gdy człowiek wyszukuje, podejmuje i przedłuża odczuwanie i wyrażanie złości. Chroniczna złość pozwala:

- załatwić problemy poprzez zastraszenie i wymuszenie,

- poczuć siłę, moc i ważność,
- odczuwać dominację i władzę nad innymi,
- zachować fizyczny i psychiczny dystans wobec innych.

Często też złość stanowi maskę dla innych emocji np. lęku, wstydu.

Można wyróżnić trzy sposoby radzenia sobie ze złością:

1. Tłumienie. Niektórzy ludzie skrywają złość, tłumiąc ją zaprzeczając przeżywaniu gniewu. Konsekwencją takiego stylu reagowania może być poczucie bezradności, mniejszej wartości, bolesne poczucie nieumiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Jednym słowem złość obraca się przeciwko osobie, która ją przeżywa. Ponadto w relacjach międzyludzkich nie mówienie o złości powoduje dystans i wycofanie z kontaktu. Złożone i delikatne relacje pomiędzy ludźmi mogą stać się przykre i uciążliwe, kiedy mamy trudność w komunikowaniu tego, co nam przeszkadza, czy co nas złości.

2. Agresywne wyrażenie złości. Istnieją osoby, które w sposób niekontrolowany wyrażają swój gniew czy sprzeciw, co rani innych ludzi, niszczy relacje międzyludzkie, a w najgorszym wariantcie staje się wręcz niebezpieczne i zagrażające zdrowiu (tak jak w sytuacji przemocy fizycznej). Osoby reagujące w ten sposób powodują częste konflikty z otoczeniem. Nie trudno zauważyć, że ich kontakty z innymi ludźmi nie są satysfakcjonujące.

3. Konstrukttywne wyrażenie złości. Istnieją sposoby na wyrażanie swojego gniewu w sposób, który nie zagraża innym ludziom. Taki styl daje poczucie sprawczości, siły i pewności siebie w trudnych sytuacjach. Ponadto dzięki niemu nasz kontakt z innymi ludźmi może stać się głębszy i bardziej autentyczny. Będzie w nim miejsce nie tylko na sprawy przyjemne, ale też na to, co dotyczy tej trudniejszej części naszych relacji z innymi.

Sposoby konstruktywnego wyrażania złości:

1. Wyrażaj bezpośrednio uczucia, jakich doświadczasz (np. *Złości mnie, kiedy..., Przeszkadza mi kiedy...*). Emocje, podobnie jak fakty, są prawdziwe. Nie można z nimi polemizować zatem nasz rozmówca dostaje jasną informację jak się czujemy w związku z tym, co zrobił. Staraj się unikać słów „zawsze i nigdy”, gdyż są one z reguły nieprawdziwe (bo przecież każdemu z nas przynajmniej raz zdarzyło się oddać coś nie w terminie).

2. Mów w sposób konkretny - nie ogólnikowy.

3. Mów w sposób prosty, nie zawily.

4. Mówiąc o tym, co cię złości, skup się na opisie zachowań (faktach) unikając oceniania drugiej osoby. Ocena powoduje, że druga osoba zaczyna się tłumaczyć, udowadniać że taka nie jest. (np. Zamiast słów: „Jesteś niepełna rozumu, jeśli myślisz, że zmusisz mnie do zamiany dyżuru.” Powiedz „Odczuwam złość, kiedy tak na mnie naciskasz, chcąc zamienić dyżur.”

5. Słuchaj argumentów drugiej strony.

6. Bądź gotowy na ewentualną zmianę swojego zdania, jeśli jesteś w konflikcie z drugą osobą.

7. Wyrażaj swoje oczekiwania np.: „chcę żebyś oddał mi płytę; jeśli umiemy się na jakiś termin chcę żebyś go przestrzegał; jeśli masz zamiar potrzymać tę płytę dłużej to powiedz mi o tym, zapytaj”. Nasz rozmówca dostaje jasną informację jak chcielibyśmy, aby się zachował teraz i na przyszłość, jednocześnie taki rodzaj komunikatu go nie obraża.

Jakich zachowań należy unikać:

1. Nie przedrzeźniaj innych.
2. Nie stosuj agresji słownej czy też fizycznej.
3. Nie używaj epitetów.
4. Nie oceniaj osoby.
5. Nie przerywaj, kiedy druga strona mówi.
6. Nie używaj sformułowań typu: *Ty zawsze* lub *Ty nigdy...*
7. Nie lekceważ drugiej strony.
8. Nie interpretuj czyjegoś zachowania, nie szukaj motywów czy przyczyn (np. *Zachowujesz się tak, bo jesteś egoistą.*)

Pamiętajcie, że każdy ma prawo odczuwać złość i ją wyrażać, ale nie ma prawa krzywdzić przy tym innych osób. Często forma wypowiedzi może jeszcze bardziej zaognić sytuację zamiast ją wyjaśnić.

Ponadto warto przejąć kontrolę nad swoją złością.

Zasady kontroli

1. Jeżeli czujesz, że narasta w tobie złość, wyjdź, aby oddalić się od źródła złości. Trzeba wyjść natychmiast. Jeśli nie można się oddalić fizycznie, koniecznie oddal się psychicznie np. przestań słuchać osoby.

2. Zrób coś, co lubisz robić - spaceruj, pobiegaj. Ale nie wolno wówczas rozmawiać o tym, co cię rozzłościło ani narzekać.

3. Gdy odzyskasz spokój możesz porozmawiać bez krzyku.

Złość jest emocją, która wyzwala dużo energii. Warto zatem znaleźć swój własny sposób wyrażania złości, który pozwoli na pozbycie się energii tak, aby nie krzywdzić innych. Można wybrać np.:

- wysiłek fizyczny,
- sport,
- pracę,
- różnego rodzaju zawody (bieganie, gry zespołowe, zabawy ruchowe),
- walkę i rywalizację na określonych zasadach i w odpowiednich granicach (np. siłowanie się),
- ćwiczenia fizyczne (worek treningowy, podciąganie na drążku, siłow-

nia itp.),

- napisanie o swojej złości lub jej narysowanie,
- słuchanie muzyki,
- grę na instrumentach,
- techniki relaksacyjne,
- krótką gimnastykę,
- zabawy pozwalające na odreagowanie złości (np. wojna na papierowe kule).

Pomocne bywa również asertywne wyrażanie złości, czyli procedura P. Butler. Składa się ona z 4 etapów, które należy wykonywać od początku do momentu, aż uzyskamy odpowiedni rezultat.

Pierwszy etap - powiedz co ci przeszkadza, pamiętaj ludzie często nie zdają sobie sprawy, nie domyślają się, że to, co robią negatywnie wpływa na ciebie.

Drugi etap - z większym nasileniem emocjonalnym powtórz, co ci przeszkadza.

Trzeci etap - to poszukiwanie zaplecza. Zapleczem jest takie zachowanie, które zabezpiecza nas przed przyrostem złości. A równocześnie stanowi przestrożę dla osoby, która jest jej źródłem.

Czwarty etap - przywołanie zaplecza, jeżeli wcześniejsze etapy nie zadziałały.

Literatura u autora.

Wszyscy wiedzą, że bez słońca żyć się nie da, a lekka opalenizna dodaje urody. Należy jednak pamiętać, że ze wszystkich czynników, jakie działają na naszą cerę, najgroźniejsze jest światło słoneczne. To ono doprowadza do jej przedwczesnego starzenia się.

Dlatego warto wiedzieć, jak chronić skórę przed słońcem.

Jeszcze kilka lat temu zachwycaliśmy się osobami, które były opalone „na czekoladę”. Dlaczego?

Ponieważ opaleniznę kojarzono ze sportem, przyrodą, wolnym czasem i wspaniałą kondycją fizyczną.

Od pewnego jednak czasu opalenizna zwłaszcza ta „za wszelką cenę” wychodzi z mody. Dlaczego?

Ponieważ stwierdzono istnienie dziury ozonowej w atmosferze i wzrost liczby zachorowań na raka skóry. Uświadomiono sobie niekorzystne działanie promieni nadfioletowych oraz przedwczesne starzenie się skóry. Nie bez powodu pod koniec ubiegłego i jeszcze na początku naszego wieku damy nosiły kapelusze, woalki i rękawiczki, aby chronić skórę przed opalenizną, a więc starzeniem skóry. Naświetlanie promieniami słonecznymi wykazuje wiele

Jak chronić skórę przed słońcem?

Im więcej, tym lepiej

działań korzystnych, jak np. działanie bodźcowe na zakończenia nerwowe skóry, dzięki czemu jest ona lepiej ukrwiona, odżywiona, nabiera elastyczności i sprężystości.

Nieumiejętnie wykorzystane promienie, mogą także działać niekorzystnie.

Najczęściej zmiany wywołane nadmierną ekspozycją na światło słoneczne dotyczą przede wszystkim skóry.

Promieniowanie słoneczne obejmuje: promieniowanie widzialne, ultrafioletowe, podczerwone oraz krótkie fale radiowe.

Promieniowanie ultrafioletowe (UV) dzieli się na:

- UVA - długość fal 320-400nm,
- UVA1 - 340-400nm,
- UVA2 - 320-340nm,
- UVB - 290-320nm,
- UVC - 200-290nm.

Niekorzystne działanie promieni słonecznych powoduje zmiany kliniczne i histologiczne w skórze poddanej ekspozycji słonecznej.

Zmiany kliniczne:

- teleangiektazje,
- wybroczyny krwawe,
- zaskórniki posłoneczne,
- przerost gruczołów łojowych,
- przebarwienie brodawek łojotokowych,
- wiotkość skóry,
- głębokie bruzdy,
- nierównomierne zabarwienie skóry,
- plamy soczewicowate posłoneczne,
- nierówność i chropowatość skóry,
- drobne zmarszczki,
- nowotwory skóry - rak podstawonokomórkowy i kolczystokomórkowy,
- rogowacenie starcze,
- prosaki.

Zmiany histologiczne:

- pogrubienie warstwy rogowej,
- pogrubienie lub zanik naskórka,
- pogrubienie błony podstawnej,
- degeneracja włókien kolagenowych i elastycznych,
- rozszerzenie naczyń,
- nacieki limfocytarne pod naskórkiem,
- pogrubienie ścian naczyń,
- nierównomierne dojrzewanie keratynocytów,
- atrofia jąder komórkowych,
- nierównomierne rozłożenie melanocytów wzdłuż błony podstawnej.

Najgroźniejszym skutkiem promieniowania UV jest uszkodzenie kodu genetycznego w komórkach. W trakcie podziałów komórkowych błędna informacja zostaje przekazana komórkom potomnym, co prowadzi nieuchronnie do zmian nowotworowych.

Promienie UV są również zagrożeniem dla oczu. Najbardziej narażona na poparzenie jest rogówka powodując zaczerwienienie, ból, przejściowe pogorszenie ostrości wzroku. Promienie UV zmieniają także strukturę soczewki i zaburzają jej metabolizm, przyspieszając proces starzenia, co prowadzi do pogorszenia wzroku. Promienie powodują zmniejszenie elastyczności soczewki, a tym samym przedwczesne pojawienie się nadwzroczności starczej, stopniową utratę przezroczystości (zaćma). Szkodliwe działanie promieni UV na siatkówkę może prowadzić do przejściowego lub trwałego pogorszenia ostrości widzenia.

Nasza skóra dysponuje również kilkoma mechanizmami chroniącymi ją przed szkodliwym działaniem promieniowania UV. Warstwa zrogowaciała naskórka ma zdolność odbijania pew-

nej części padających promieni. Zasadniczą linię obrony przeciwko promieniowaniu słonecznemu stanowi jednak zawarta w naskórku melanina, która pochłania i rozprasza promieniowanie UV oraz wychwytuje wolne rodniki.

Efekt opalenia zależy też od typu skóry mierzonej według skali Fitzpatricka:

- **typ I (typ celtycki)** - skóra bardzo jasna, oczy niebieskie, włosy najczęściej rude lub jasny blond. Oparzenie słoneczne może wystąpić już po 5 - 10 minutach przebywania na słońcu. Osoby o tym typie skóry właściwie nigdy nie uzyskują ładnej opalenizny, gdyż z powodu małej zawartości barwnika skóra nie przybiera brązowej barwy;

- **typ II - skóra nieco ciemniejsza niż w typie I (typ germański)** - skóra jasna, oczy niebieskie, zielone lub szare, włosy blond lub jasno brązowe. Oparzenie słoneczne występuje u nich po 10 - 20 minutach przebywania na słońcu. Opalają się jedynie na bardzo jasny brąz, ich naturalna ochrona przed promieniowaniem słonecznym jest, więc bardzo słaba;

- **typ III - skóra jasna lub jasnobrązowa (typ mieszany)** - skóra dość ciemna, oczy szare lub brązowe, włosy od ciemnoblonde do brązowych. Oparzenie słoneczne występuje nieco później, najczęściej po 20-30 minutach. Uzyskana opalenizna ma wyraźny brązowy kolor. Naturalna ochrona przed promieniowaniem jest lepsza.

- **typ IV - skóra ciemnobrązowa lub oliwkowa (typ śródziemnomorski)** - skóra jest brązowa lub oliwkowobrązowa, oczy brązowe

lub czarne, włosy najczęściej czarne. Osoby reprezentujące ten typ skóry mogą przebywać na słońcu 40 - 50 minut. Skóra szybko przybiera brązowy lub ciemnobrązową barwę, która jest naturalnym środkiem ochronnym.

Typy niewystępujące rdzennie w Europie:

- **typ V - skóra ciemnobrązowa, ciemne włosy,**
- **typ VI - czarny kolor skóry i włosów.**

Podstawowe zasady ochrony przed promieniowaniem ultrafioletowym UV

- unikanie nasłonecznienia skóry w czasie, kiedy promieniowanie słoneczne jest najintensywniejsze: od godziny 11:00 do 15:00,

- opalać się stopniowo, zaczynając od krótkich ekspozycji na słońce i zwiększając jej czas codziennie o kilka minut,

- wskazane jest noszenie kapeluszy z szerokim rondem, czapek, a także suchych, przewiewnych ubrań z długim rękawem, (należy pamiętać, że promienie UVA przenikają również przez ubrania szczególnie przez cienkie materiały, ponadto przez szkło i chmury),

- trzeba bezwzględnie używać kosmetyków z filtrami ochronnymi, minimum ze współczynnikiem ochrony SPF 30, na opakowaniu kosmetyki powinny zawierać informację, że chronią zarówno przed promieniami UVB, jak i UVA,

- środki z filtrem nanosić na skórę 20 - 30 minut przed wyjściem na słońce,

- kosmetyki z filtrami powinny być nakładane co 2h, po każdej kąpieli lub spoceniu się,

- należy nakładać ochronne filtry również na usta (czerwień wargowa to częste miejsce powstania raka), nos i uszy,

- aby ochrona była skuteczna, należy zastosować 2 mg kosmetyku na 1 cm² ciała,

- w celu ochrony oczu zaleca się stosowanie okularów przeciwsłonecznych, najlepiej kupionych u optyka,

- używać kremów wodoodpornych - to krem, który zachowuje aktywność do 40 minut przebywania w wodzie,

- przed ekspozycją na słońce nie wolno stosować żadnych kosmetyków, które nie są przeznaczone do opalania (perfumy),

- należy sprawdzić, czy zażywane leki nie mają związków fotouczulających (antybiotyki, sulfonamidy, tabletki antykoncepcyjne, środki przeciwbólowe, moczopędne, dziurawiec, melisa),

- wskazana jest obserwacja skóry, szczególnie znamion. Każda zmiana ich zabarwienia, powiększenie się, krwawienie powinno być skonsultowane z lekarzem,

- w okresie nasłonecznienia pić soki i wody zawierające mikroelementy i makroelementy,

- unikać sytuacji, w których dochodzi do oparzenia skóry, w przypadku oparzenia nie kontynuować opalania,

- raz w miesiącu obejrzeć swoją skórę.

Pod szczególnym nadzorem:

* znamiona - zasięgnąć opinii lekarza dermatologa;

* cera jasna, wrażliwa, z teleangiektazjami lub trądzikiem różowatym - ochrona skóry wysokimi filtrami, najlepiej ze specjalnych serii kosmetyków antyalergicznymi;

* cera dojrzała - zmiany nowotworowe oraz efekty fotostarzenia są wyższe niż u osób młodych i dlatego powinno się zrezygnować całkowicie z opalania;

* kobiety w ciąży - w tym okresie skóra wymaga szczególnej ochrony, ponieważ jest bardzo wrażliwa i podatna na przebarwienia (ostuda),

* cera tłusta, łojotokowa - po pierwszych kontaktach ze słońcem następuje wyraźna poprawa kondycji skóry. Jest to jednak poprawa pozorna - promienie UV likwidują stan zapalny powodując równocześnie pogrubienie skóry, ale po kilku tygodniach

skóra wraca do poprzedniego stanu;

* dzieci - najbardziej wrażliwa skóra na słońce. Oparzenia słoneczne doznane w dzieciństwie mogą dać znać o sobie nawet wiele lat później. Dzieci ze względu na to, że nie mają w pełni wykształconego systemu obronnego, nie powinny się opalać w ogóle do 6 roku życia. Dla dzieci przeznaczone są kremy ochronne z najwyższym faktorem;

* depilacja - minimum 2 - 3 dni po woskowaniu nie należy się opalać, ponieważ skóra jest podrażniona. Po depilacji laserowej nie wolno się opalać, co najmniej przez kilka tygodni;

* kwasy AHA - wiosną i latem przerwy kurację kwasami owocowymi, ponieważ istnieje możliwość poparzenia i wystąpienia niepożądanych przebarwień - skóra jest cieńsza i bardziej wrażliwa.

Literatura:

1. Krajeńska - Kułak E., Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2006, str. 286 - 295.
2. Nowicka D., Dermatologia, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2007, str. 103- 107.
3. Les Nouvelles -nowości w kosmetyce, Nr 30, 3/2002, str. 30-31,
4. Bolz E., Jak pielęgnować skórę -Super cera, Warszawski Dom Wydawniczy, Warszawa 1996, str. 69-72.
5. Les Nouvelles - nowości w kosmetyce, Nr 34, 3/2003, str.24-25.



Socjoterapia w praktyce pielęgniarskiej

Socjoterapia lub terapia społeczna jest to metoda leczenia zaburzeń psychicznych polegająca na wykorzystaniu oddziaływań natury społecznej.

Celem socjoterapii może być sam chory (np. jego nieumiejętność współdziałania z otoczeniem) lub układy społeczne, które go otaczają (np. rodzina, społeczność lokalna).

Udział terapii społecznej w planie leczenia i opieki może być różny:

- poszerzanie dostępnego choremu zakresu umiejętności społecznych (terapia zajęciowa),
- modyfikowanie otaczających chorego układów (praca z rodziną),
- czasowe lub trwale zastępowanie utrwalonych nieprawidłowych układów (stowarzyszenia i kluby pacjentów).

Opieka holistyczna traktuje pacjenta całościowo. Zaburzenie jednej ze sfer: biologicznej, społecznej, psychicznej, wpływa na zakres funkcjonowania całego organizmu.

Zadaniem pielęgniarki wpływającym z jej funkcji ekspresyjnej jest troska o dobre samopoczucie psychospołeczne pacjenta.

Ma to szczególne znaczenie w przypadku choroby, która zaburza normal-

ne funkcjonowanie człowieka. Pacjent traktuje taki stan jako jedną ze swoich cech, która modyfikuje jego styl życia. Sytuacja społeczna człowieka chorego ulega zmianie.

Wyznacznikiem takiej sytuacji może być:

- ograniczenie lub utrata realizacji ról zawodowych i rodzinnych,
- ograniczenie kontaktów społecznych, koleżeńskich i rodzinnych,
- naznaczenie społeczne w przypadku chorób piętnowanych jak np. gruźlica, AIDS,
- obniżenie pozycji społecznej spowodowane zmianami wywołanymi chorobą.

Przystosowanie się do zaistniałej sytuacji wymaga pomocy i wsparcia innych osób, np. pielęgniarki, która może przygotować pacjenta oraz jego najbliższych do radzenia sobie w nowej sytuacji zdrowotnej.

Oddziaływanie psychologiczne polega na podejmowaniu takich zadań w stosunku do podopiecznego, które pozwolą na:

- optymalne przystosowanie do stanu w jakim się znalazł,
- wykorzystanie mechanizmów kompensacji,

- reorganizację celów i planów życiowych,

- przygotowanie chorego do uczestnictwa w życiu społecznym.

Zakres socjoterapii jest uzależniony od czynników, które są wyznaczone za pomocą wywiadu, obserwacji i testów.

W rozpoznawaniu stanu pacjenta uczestniczą pielęgniarki razem z zespołem terapeutów.

Socjoterapia może dotyczyć podopiecznych w różnym stanie zdrowia, osób zagrożonych chorobą, ludzi chorych, niepełnosprawnych, przebywających w różnym środowisku.

Pielęgniarka powinna wspierać pacjenta w odzyskiwaniu równowagi psychospołecznej, włączając go w szereg działań o charakterze psycho-socjoterapeutycznym. Aby jednak podejmować takie działania, pielęgniarka powinna cechować się wiedzą z zakresu psychologii ogólnej, wzbudzając reakcje emocjonalne takie jak:

- nadzieja - element zwiększający skuteczność stosowanej terapii,
- wiara - wzbudzanie przekonania pacjenta w powodzenie leczenia oraz zaufania wobec osób biorących udział w procesie terapeutycznym,

- odreagowanie negatywnych emocji, odblokowanie uczuć,
- samoakceptacja.

W kształtowaniu relacji terapeutycznej z pacjentem ważne jest pozyskanie przez pielęgniarkę jego zaufania. Wytworzenie klimatu ciepła, bliskości i poczucia bezpieczeństwa jest istotnym elementem współpracy.

Często pozytywny skutek odnosi włączenie do procesu socjoterapii rodziny podopiecznego. Pielęgniarka może ukierunkować aktywność bliskich na chorego, zwiększając tym samym skuteczność leczenia. Nie zawsze członkowie rodziny chcą i mogą współpracować z zespołem terapeutycznym. Obowiązkiem pielęgniarki jest uzyskanie informacji na temat dostępnych w danym środowisku systemów wsparcia społecznego.

Zajęcia socjoterapeutyczne stają się okazją do nabycia nowych umiejętności takich jak asertywność, radzenie sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi. Poszerzają zakres umiejętności społecznych i otaczających chorego układów.

Praca napisana przez Jolantę Fudalewską, studentkę I roku studiów zaocznych na Wydziale Pielęgniarstwa pod kierunkiem mgr Danuty Kozłowskiej

Podziękowania

Serdeczne podziękowania dla koleżanek zmarłej pielęgniarki - Ireny Miziołek, w szczególności z Oddziału Neonatologii ICZMP w Łodzi za pamięć i ciepłe słowa

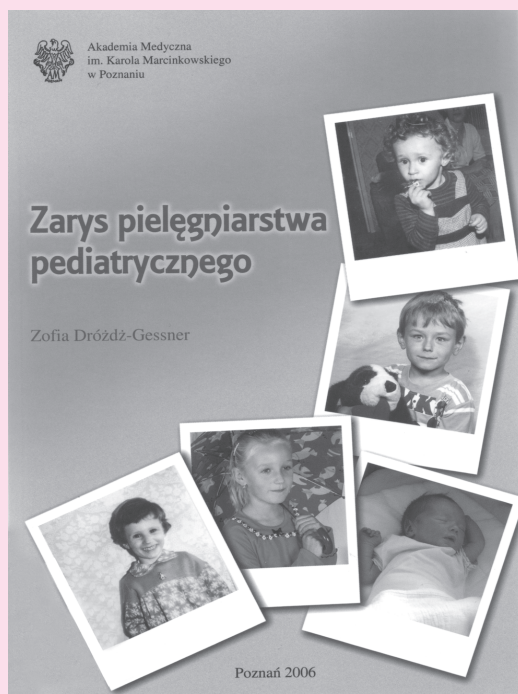
Rodzice



kącik biblioteczny

Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego

Autor: Zofia Dróżdź - Gessner



**Wydanie I,
Akademia Medyczna
Poznań, 2006
ISBN 83-60187-48-7**

Skrypt „Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego” zawiera informacje z zakresu chorób występujących w populacji pediatrycznej z punktu widzenia pielęgniarki pediatrycznej. Każde ze schorzeń opracowane jest kompleksowo, a mianowicie przedstawiona jest etiologia i patofizjologia danego schorzenia, objawy choroby, metody diagnostyczne, a następnie leczenie, ze szczególnym uwzględnieniem roli pielęgniarki w procesie leczenia. Ta ostatnia, najbardziej rozbudowana część, zawiera opis zalecanych czynności pielęgnacyjnych, terapeutycznych, edukacyjnych oraz innych działań wykonywanych przez pielęgniarkę. Przy omówieniu każdej z chorób podane są również informacje o możliwych powikłaniach, jakie mogą wystąpić.

Niniejszy skrypt pozwoli studentom pielęgniarstwa i położnictwa na przygotowanie się do zajęć w zakresie pielęgniarstwa pediatrycznego, jak również będzie pomocą w przygotowaniu się do egzaminu z tego przedmiotu. Skrypt ten może być również pomocny dla nauczycieli akademickich w procesie przygotowania zajęć z zakresu pielęgniarstwa pediatrycznego dla studentów na kierunkach pielęgniarstwa i położnictwa. W spisie treści zawarto m. in.: ocena rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży, dokonywanie pomiarów antropometrycznych, choroby układu pokarmowego, choroby układu endokrynnego, choroby układu moczowego, choroby centralnego układu nerwowego, choroby zakaźne wieku dziecięcego, choroby układu krwiotwórczego, choroby układu krążenia, najczęściej występujące urazy u dzieci oraz choroby nowotworowe.

Mam nadzieję, że informacje zawarte w tym opracowaniu pozwolą znaleźć optymalne rozwiązania problemów, z jakimi spotyka się pielęgniarka lub położna opiekująca się chorym dzieckiem.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
gł. specjalista ds. merytorycznych