

## Komunikat Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych

W dniu 21 czerwca 2006 roku zawiązała się Komisja Pielęgniarek Psychiatrycznych działająca przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Spotkania odbywają się w każdy pierwszy wtorek miesiąca o godz. 15.00 w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17.

Zadaniem powołanej Komisji jest praca na rzecz promocji i rozwoju pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz podnoszenie jakości opieki pielęgniarstwa nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Zapraszamy wszystkich chętnych do współpracy.

Przewodnicząca Komisji  
Grażyna Figura

\*\*\*

## Z ostatniej chwili!

W dniu 16 stycznia 2009 r. odbył się III Zjazd Sprawozdawczo - Wyborczy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych regionu łódzkiego, podczas którego na Przewodniczącego Zarządu wybrano Pana Zdzisława Bujasa.

Składamy serdeczne gratulacje i życzymy dalszych sukcesów w pracy zawodowej.

Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych  
w Łodzi

## Biuletyn 2/2009 1 lutego 2009 roku Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Serwis informacyjny
- 5 Prawnik radzi  
Dariusz Ojrzyński
- 9 Spotkanie z rzecznikiem  
mgr Irena Król
- 10 Spotkanie z rzecznikiem: Trening asertywności w życiu zawodowym pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych  
Marianna Król
- 11 Okiem psychologa: Moda na asertywność  
mgr Jolanta Kałużna
- 19 Dzień św. Walentego - dniem chorych na padaczkę  
mgr Grażyna Korybut
- 23 WSH-E Naukowe Koło Studenckie: Życie przeciętnego Polaka według piramidy potrzeb A.Maslowa  
Wanda Imbierczyk
- 24 Depresja  
mgr Grażyna Figura
- 27 Kącik biblioteczny

w numerze:

**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

**XXIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych odbędzie się  
w dniu 27 lutego 2009 roku od godziny 9.00  
w Urzędzie Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104**

Anna Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

**Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia ORPiP  
w dniu 9 grudnia 2008 roku**

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 2 pielęgniarkom.
- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu – 3 pielęgniarkom.
- > Skreślono z listy członków OIPIP w Łodzi - 3 pielęgniarki.
- > Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 1 praktykę.
- > Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych - 1 praktykę.
- > Dokonano na wniosek organizatora kształcenia Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi wpisu do rejestru podmiotów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
  - a) szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie *Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki* - program dla pielęgniarek,
  - b) szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie *Pielęgniarstwo onkologiczne* - program dla pielęgniarek.
- > Rozpatrzono wnioski o skrócenie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu.
- > Zatwierdzono składy komisji kwalifikacyjnych i komisji egzaminacyjnych specjalizacji i kursów prowadzonych przez Akademię Zdrowia i Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi.
  - > Wytypowano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych.
  - > Podjęto uchwałę o kontynuacji umowy ubezpieczenia w Towarzystwie Ubezpieczeń i Reasekuracji INTER RISK S.A. Oddział w Łodzi odpowiedzialności cywilnej zawodowej członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w roku 2009.
  - > Przyznano dofinansowania:
    - dla działalności Koła Emerytek przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,
    - udziału w kursach specjalistycznych - 23 członkom samorządu,
    - udziału w Konferencjach, Zjazdach - 4 członkom samorządu,
    - nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich - 1 pielęgniarence.
  - > Odmówiono dofinansowania kosztów udziału w kształceniu podyplomowym 8 członkom samorządu z powodu nieregularnie złożonych wniosków (wnioski złożone po terminie, brak oryginałów faktur, brak delegacji).
  - > Przyznano zapomogi losowe w wysokości:
    - 1500 zł. - 2 osobom.

**Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium ORPiP  
w dniu 22 grudnia 2008 roku**

- > Wystosowano Apel do Prezesa Rady Ministrów w sprawie ustalania przez Narodowy Fundusz Zdrowia warunków zawierania i realizacji umów na rok 2009 w rodzaju leczenie szpitalne.
- > Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
  - kursie specjalistycznym - 7 członkom samorządu,
  - kursie kwalifikacyjnym - 6 członkom samorządu,
  - szkoleniu specjalizacyjnym - 1 osobie,
  - konferencji - 6 członkom samorządu,
  - za ukończenie studiów podyplomowych - 4 członkom samorządu,
  - za ukończenie studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwa z oceną bardzo dobry w dyplomie - 2 członkom samorządu,
  - odmówiono dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym - 1 osobie z przyczyn regulaminowych.



## Plan szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w 2009 roku

**1. Szkolenie specjalizacyjne - w ramach dofinansowania przez Ministra Zdrowia, według wykazu dziedzin priorytetowych określonych na rok 2009 dla województwa łódzkiego przez MZ i terminów określonych w umowie, w dziedzinie:**

1. Pielęgniarstwa opieki paliatywnej,
2. Pielęgniarstwa pediatrycznego,
3. Pielęgniarstwa w opiece długoterminowej,
4. Pielęgniarstwa zachowawczego,
5. Pielęgniarstwa chirurgicznego,
6. Organizacji i zarządzania,
7. Pielęgniarstwa rodzinnego.

*Osoby zainteresowane powyższymi specjalizacjami proszone są o składanie wniosków do biura OIPIP. (Łódź, ul. Piotrkowska 17), do dnia 10 marca 2009 r.*

**2. Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:  
- dla pielęgniarek:**

1. Pielęgniarstwa opieki długoterminowej – 06.03 - 16.11.2009
2. Pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią – III kwartał 2009
3. Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki – III kwartał 2009
4. Pielęgniarstwa rodzinnego - 2 edycje: I i II kwartał 2009

**- dla położnych:**

1. Pielęgniarstwa rodzinnego – IV kwartał 2009

**3. Kursy specjalistyczne w zakresie:  
- dla pielęgniarek:**

1. **Szczepienia ochronne** (Nr 03/07) program dla pielęgniarek – 3 edycje w terminach:  
I edycja 30.03. - 04.06.2009  
II edycja 09.09. - 19.10.2009  
III edycja 30.11.2009 - 28.01.2010
2. **Endoskopia** – II kwartał 2009
3. **Leczenie ran** (nr 11/07) – II kwartał 2009
4. **Wykonanie badania spirometrycznego** – II kwartał 2009
5. **Podstawy dializoterapii** – III kwartał 2009
6. **Podstawy opieki paliatywnej** – IV kwartał 2009

**dla położnych:**

1. **Leczenie ran** (nr 12/07) – III kwartał 2009
2. **Szczepienia ochronne noworodków** - III kwartał 2009

**- dla pielęgniarek i położnych:**

1. **Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego** (Nr 03/07) – 3 edycje: II, III i IV kwartał 2009
2. **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa** (nr 02/07)- 4 edycje – I, II, III i IV kwartał 2009
3. **Terapia bólu przewlekłego u dorosłych** (nr 01/07) – II kwartał 2009
4. **Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych** – II kwartał 2009

**4. Kursy doskonalące w zakresie:**

1. **Postępowanie w stanach zagrożenia życia** - 20 edycji: realizowane na bieżąco wg. terminu wpływu wniosków z zakładów pracy.
2. **Cewnikowanie chorych** - 2 edycje: II i III kwartał 2009
3. **Opieka nad pacjentem z cukrzycą** - 2 edycje: II i III kwartał 2009
4. **Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem** – 2 edycje: II i III kwartał 2009

**5. Warsztaty psychologiczne w zakresie:**

- 1) **Komunikowanie w pielęgniarstwie,**
- 2) **Asertywność w pielęgniarstwie,**
- 3) **Na brzegu życia,**
- 4) **Komunikowanie się w rodzinie ,**
- 5) **Mowa ciała w pielęgnowaniu człowieka,**
- 6) **Wprowadzenie do superwizji pielęgniarstwa,**
- 7) **Superwizja pielęgniarstwa** – grupa zaawansowana (dla uczestników z 2008 r.)

**6. Warsztaty psychologiczne prowadzone w zakładach** - 20 edycji: realizowane na bieżąco wg. terminu wpływu wniosków z zakładów pracy

- do wyboru 1 temat szkolenia w zakresie:

1. **Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i asertywności, czyli umiejętne porozumiewanie się oraz wyznaczanie granic w relacjach: pielęgniarka – pacjent i pielęgniarka – lekarz.**

2. Radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych.  
3. Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia.

4. Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego.

5. Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezentacja w poruszaniu się po rynku pracy.

6. Konflikty i negocjacje w miejscu pracy oraz profilaktyka mobbingu.

7. Komunikacja z pacjentem.

**7. Szkolenie z zakresu prowadzenia indywidualnej bądź grupowej praktyki pielęgniarek i położnych w formie własnej działalności gospodarczej oraz spółek prawa handlowego prowadzone w zakładach** - 5 edycji: *realizowane wg. wpływu wniosków o przeprowadzenie szkolenia.*

### UWAGA

1. Osoby zainteresowane udziałem w powyższych kursach i szkoleniach proszone są o składanie oryginałów wniosków do biura OIPIP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17.

Druki dostępne w: biurze OIPIP oraz na stronie internetowej ([www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl)).

2. Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie opłacanych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku, nie będą rozpatrywane.

3. Przypominamy, iż członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych mogą otrzymać dofinansowanie kosztów kształcenia podyplomowego jeden raz w roku kalendarzowym, na jedną z form kształcenia (Uchwała Nr 107/V ORPIP).

4. Kursy i szkolenia, na które będzie za mała liczba zgłoszeń lub ich brak nie będą realizowane.

5. Informacje nt. szczegółowych terminów kursów będziemy publikować w biuletynie, na stronie internetowej Izby oraz przekazywać na bieżąco pełnomocnikom zakładów.

6. Listy uczestników szkoleń organizowanych na terenie zakładów pracy prosimy przysyłać w formie elektronicznej na adres e-mail - [szkolenia@oipp.lodz.pl](mailto:szkolenia@oipp.lodz.pl)

7. Informacji dodatkowych udziela dział merytoryczny pod numerem tel. 042 639-92-62, w godzinach pracy biura.

### Terminarz spotkań w 2009 roku

- OIPIP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17

#### Kadra kierownicza

- **lecznictwo stacjonarne, poz**

III środa (co drugi miesiąc) godz. 12.00:

21 stycznia 2009

18 marca 2009

20 maja 2009

16 września 2009

18 listopada 2009

10 grudnia 2009 - spotkanie świąteczne -  
godz. 12.00

#### Pełnomocnicy ORPIP - DPS

I wtorek (co drugi miesiąc) godz. 11.00:

3 lutego 2009

7 kwietnia 2009

2 czerwca 2009

1 września 2009

3 listopada 2009

9 grudnia 2009 - spotkanie świąteczne  
- godz. 12.00

#### Pełnomocnicy ORPIP - lecznictwo stacjonarne

III wtorek miesiąca godz. 12.00:

20 stycznia 2009

17 lutego 2009

17 marca 2009

21 kwietnia 2009

19 maja 2009

16 czerwca 2009

15 września 2009

20 października 2009

17 listopada 2009

9 grudnia 2009 - spotkanie świąteczne  
- godz. 12.00

#### Pełnomocnicy ORPIP

- **podstawowa opieka zdrowotna**

IV wtorek miesiąca godz. 12.00:

27 stycznia 2009

24 lutego 2009

24 marca 2009

28 kwietnia 2009

26 maja 2009

23 czerwca 2009

22 września 2009

27 października 2009

24 listopada 2009

9 grudnia 2009 - spotkanie świąteczne  
- godz. 12.00

## Informacja prawna w przedmiocie przeprowadzania konkursu na stanowisko Naczelnego Pielęgniarki

**W** zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny.

Zgodnie z przepisem art. 44 a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej - w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, stanowisko naczelnego pielęgniarki obsadzane jest po przeprowadzeniu postępowania konkursowego. Postępowanie konkursowe przeprowadzane jest stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749, z późn. zm.).

W myśl rozporządzenia do konkursu mogą przystąpić osoby posiadające kwalifikacje wymagane do zajmowania danego stanowiska w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, a kandydaci obowiązani są złożyć dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska.

Natomiast kwalifikacje wymagane od kandydata na stanowisko naczelnego pielęgniarki określono w Rozporządzeniu 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, którego załącznikiem jest taryfikator kwalifikacyjny. W nim też wskazano, iż osoba ubiegająca się o stanowisko naczelnego pielęgniarki powinna:

- legitymować się dyplomem ukończenia wyższych studiów pielęgniarskich (za równorzędne z wykształceniem wyższym może być, uznane imiennie przez Ministra Zdrowia, szkolenie w ośrodku zagranicznym, trwające co najmniej pół roku i zakończone egzaminem (certyfikat) lub
- posiadać inne wykształcenie wyższe w dziedzinie mającej zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej oraz posiadać wykształcenie średnie medyczne.

Poza wskazanymi wymaganiami kwalifikacyjnymi kandydatka powinna legitymować się co najmniej 5 - letnim stażem w zawodzie pielęgniarki.

W świetle powyższych przepisów do konkursu na naczelną pielęgniarkę nie może przystąpić osoba, która nie posiada odpowiednich kwalifikacji, gdyż wymagania odnośnie kwalifikacji i stażu pracy muszą być spełnione równocześnie. W myśl przepisów ustawy o zakładach opieki

zdrowotnej, jeżeli do konkursu na naczelną pielęgniarkę nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów lub w wyniku konkursu nie wybrano kandydata albo z kandydatem wybranym w postępowaniu konkursowym nie nawiązano stosunku pracy, odpowiednio podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, lub kierownik tego zakładu ogłasza nowy konkurs w ciągu dwóch miesięcy od daty zakończenia postępowania poprzedniego konkursu. Jeżeli w wyniku postępowania dwóch kolejnych konkursów kandydat nie został wybrany z przyczyn określonych w ustawie, odpowiednio podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, lub kierownik tego zakładu nawiązuje stosunek pracy z osobą przez siebie wskazaną po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej. Z kandydatem wybranym w drodze konkursu kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej nawiązuje stosunek pracy na podstawie umowy o pracę.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. - konkurs na stanowiska kierownicze w zakładzie, przeprowadza komisja konkursowa powołana przez właściwy podmiot. Komisję konkursową powołuje się nie później niż po upływie dwóch miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem. Powołanie komisji konkursowej wszczyna postępowanie konkursowe.

### **Postępowanie konkursowe obejmuje:**

- 1) opracowanie i przyjęcie przez komisję konkursową regulaminu konkursu, na podstawie ramowego regulaminu postępowania konkursowego, stanowiącego załącznik do rozporządzenia oraz projektu ogłoszenia o konkursie,
- 2) ogłoszenie o konkursie, w terminie nie przekraczającym 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego,
- 3) rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur,
- 4) wybranie kandydata na stanowisko objęte konkursem.

W skład komisji konkursowej nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem lub krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia włącznie osoby, której dotyczy postępowanie konkursowe, albo pozostaje wobec niej w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności. Jeżeli wskazane okoliczności, zostaną ujawnione po powołaniu komisji konkursowej, właściwy podmiot dokonuje w jej składzie odpowiedniej zmiany; komisja konkursowa w nowym składzie może uznać za ważne czynności dokonane przez komisję konkursową działającą w skła-

dzie poprzednim. Właściwy podmiot powiadamia pisemnie przewodniczącego komisji konkursowej o składzie osobowym komisji. Przewodniczący komisji powiadamia pisemnie członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej co najmniej na 14 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia. Przyjęcie regulaminu konkursu i projektu ogłoszenia o konkursie może odbywać się w drodze korespondencyjnej.

Regulamin konkursu i projekt ogłoszenia o konkursie uważa się za przyjęty, jeżeli żaden z członków komisji nie zgłosi uwag w terminie wskazanym przez przewodniczącego komisji konkursowej. W przypadku nie przyjęcia tychże dokumentów przez komisję konkursową w drodze korespondencyjnej, przewodniczący komisji zarządza posiedzenie komisji konkursowej. Przewodniczący komisji konkursowej przekazuje właściwemu podmiotowi regulamin konkursu oraz projekt ogłoszenia o konkursie.

#### **Postępowanie konkursowe jest nieważne w razie:**

- 1) niezachowania kolejności czynności konkursowych określonych powyższymi przepisami;
- 2) niedokonania jednej lub więcej czynności określonych w rozporządzeniu istotnych dla zachowania właściwego przebiegu procedury konkursowej, niespełnienia warunków bądź rozpatrzenia kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów;
- 3) ujawnienia, po zakończeniu postępowania konkursowego, że do składu komisji konkursowej powołane zostały osoby z naruszeniem wymogów rozporządzenia;
- 4) naruszenia tajności głosowania;
- 5) niepowiadomienia kandydata lub członka komisji konkursowej o terminie posiedzenia komisji.

Wniosek o stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego zgłasza się do właściwego podmiotu, który ogłosił konkurs, w terminie 14 dni od dnia wybrania przez komisję konkursową kandydata na stanowisko objęte konkursem.

Właściwy podmiot, który ogłosił konkurs, w razie stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego ogłasza konkurs ponownie; ponowne wszczęcie postępowania konkursowego powinno nastąpić nie później niż w ciągu 2 miesięcy od stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego.

**Ogłoszenie o konkursie powinno zawierać** w szczególności:

- 1) nazwę i adres zakładu,
- 2) stanowisko objęte konkursem,
- 3) wymagane kwalifikacje kandydata,
- 4) miejsce oraz termin złożenia wymaganych od kandydatów dokumentów, nie krótszy niż 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia,
- 5) przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur.

W ogłoszeniu można zamieścić informację o warunkach

pracy i warunkach socjalnych, które zapewnia zakład.

Ogłoszenie o konkursie należy:

- 1) zamieścić w prasie codziennej o zasięgu ogólnokrajowym, jeżeli przedmiotem postępowania konkursowego są stanowiska kierownika zakładu, zastępcy kierownika zakładu w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem, ordynatora, naczelną pielęgniarką, przełożoną pielęgniarek zakładu lub pielęgniarką oddziałowej
- 2) podać do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w siedzibie zakładu.

#### **Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają:**

- 1) podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem,
- 2) dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo,
- 3) opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej,
- 4) świadectwo pracy z okresu ostatnich 3 lat, w razie gdy stosunek pracy został rozwiązany lub wygasł,
- 5) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata.

Dokumenty te, kandydaci składają właściwemu podmiotowi, który ogłosił konkurs. Na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres.

Imię i nazwisko kandydata właściwy podmiot, który ogłosił konkurs, może ujawnić członkom komisji konkursowej.

W trakcie rozpatrywania zgłoszonych kandydatur komisja konkursowa w toku rozmowy z kandydatem może zażądać od niego wykazania się stosownymi wiadomościami, w tym w stosunku do kandydatów na stanowisko kierownika zakładu, zastępcy kierownika zakładu w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem, oraz naczelną pielęgniarką - umiejętnościami związanymi z zarządzaniem zakładem; wiadomości te sprawdza komisja lub wyznaczeni przez przewodniczącego komisji jej członkowie.

Komisja konkursowa wybiera kandydata na dane stanowisko w drodze tajnego głosowania, bezwzględną większością głosów.

Ze swoich czynności komisja konkursowa sporządza protokół postępowania konkursowego, który podpisują wszyscy członkowie komisji konkursowej obecni na posiedzeniu. Protokół udostępnia się do wglądu kandydatom biorącym udział w konkursie, na ich żądanie.

Osoby, których kandydatury były rozpatrywane, właściwy podmiot, który ogłosił konkurs, powiadamia pisemnie o wynikach konkursu w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia ostatniego posiedzenia komisji konkursowej.

Jeżeli z kandydatem wybranym w drodze postępowania konkursowego nie nawiązano stosunku pracy, właściwy podmiot uzasadnia na piśmie odmowę nawiązania sto-



sunku pracy; uzasadnienie przekazuje się komisji konkursowej oraz kandydatowi na jego wniosek.

W przypadku, gdy z żadnym z kandydatów wybranych w wyniku postępowania dwóch kolejnych konkursów nie nawiązano stosunku pracy, właściwy podmiot może powołać nową komisję konkursową. Komisja konkursowa podejmuje rozstrzygnięcia w głosowaniu jawnym, z wyłączeniem rozstrzygnięcia dotyczącego wybrania przez komisję konkursową kandydata, które dokonywane jest w głosowaniu tajnym, bezwzględną większością głosów.

Komisja konkursowa na posiedzeniu otwiera koperty z dokumentami kandydatów, zapoznaje się z dokumentami złożonymi przez kandydatów i po stwierdzeniu ich kompletności uznaje, czy w postępowaniu konkursowym uczest-

niczy wymagana liczba kandydatów (co najmniej dwóch).

Komisja konkursowa przeprowadza indywidualne rozmowy z kandydatami, polegające w pierwszej kolejności na zadawaniu jednakowych pytań, niezbędnych do ustalenia przydatności na stanowisko objęte konkursem, a następnie jej członkowie mogą zadawać pytania dodatkowe.

W razie odrzucenia przez komisję konkursową wszystkich kandydatów zgłoszonych do konkursu lub w razie niewyłonienia kandydata, komisja uznaje, że konkurs nie doprowadził do wybrania kandydata.



STOWARZYSZENIE ŁÓDZKIEJ  
OPIEKI PALIATYWNEJ I DŁUGOTERMINOWEJ  
„ŻYĆ GODNIE”  
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

91-825 Łódź | ul. Organizacji WiN 36 | tel. +48 501 784 469  
KRS 0000298785 | NIP 7262587122 | REGON 100490254

Wychodząc naprzeciw rosnącemu zapotrzebowaniu społecznemu w zakresie kompleksowej opieki nad człowiekiem przewlekle chorym w jego naturalnym środowisku

Ewa Maciejewska

jakim jest dom z inicjatywy osób, dla których los chorego człowieka i jego bliskich nie jest obojętny powstało Stowarzyszenie Łódzkiej Opieki Paliatywnej i Długoterminowej „Życie godnie”.

Stowarzyszenie prowadzi działalność na rzecz społeczeństwa w sferze zadań publicznych określonych w ustawie z dn. 24 kwietnia 2003r o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie organizując i promując opiekę na rzecz przewlekle i nieuleczalnie chorych, ich rodzin i osieroconych. Dnia 13-11-2008 r. Stowarzyszeniu nadano status Organizacji Pożytku Publicznego.

## Sprawozdanie z IV Międzynarodowej Konferencji Naukowo - Szkoleniowej

*„XXI wiek w leczeniu bólu i opiece nad chorymi w stanie terminalnym. Cierpienie, umieranie, śmierć - w aspekcie medycznym, etycznym, filozoficznym, psychologicznym i społecznym”*

Konferencja odbyła się we Wrocławiu w dniach 6-8 listopada 2008 r. Uroczyste rozpoczęcie konferencji odbyło się w Auli Papieskiego Fakultetu Teologicznego w zabytkowej scenerii Placu Katedralnego. Sesje odbywały się w salach wykładowych Akademii Medycznej im. Jana Pawła II. Konferencja była podzielona na bloki tematyczne dotyczące: pediatrycznej opieki paliatywnej, problemów opieki paliatywnej w pulmonologii, intensywnej terapii, neurologii, schorzeń sercowo - naczyniowych



u chorych terminalnie, ginekologii onkologicznej, komunikacji, opiece duchowej i psychologicznej, nowym technikom leczenia, poprawie jakości życia i psychologicznym aspektem w opiece paliatywnej. Poruszane zagadnienia świadczą o rozwoju medycyny paliatywnej i możliwościach podejmowania działań paliatywnych u pacjentów u schyłku życia w chorobach przewlekłych. Zmierzają do wypracowania działań mających na celu łagodzenie i uśmierzenie cierpienia człowieka w obliczu przewlekłej choroby we

wszystkich obszarach osobowości. Całościowa paliatywna opieka nastawiona na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb chorego i jego rodziny jest w stanie wyjść naprzeciw umierającego człowieka.

Serdecznie dziękujemy za oddelegowanie  
Ewa Maciejewska, Marzena Górka, Zdzisława Walak

## Opinia Krajowego Konsultanta

26 listopada 2008 r.

W odpowiedzi na pismo z dnia 19.11.2008 r. znak: OIPiP/251/08 **w sprawie zwiększających się wydatków ponoszonych przez praktyki pielęgniarskie na zakupy leków do stosowania dla uczniów w środowisku nauczania i wychowania**, przedstawiam następującą opinię:

Zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania powinny mieścić się w obszarze profilaktycznej opieki zdrowotnej zgodnie z § 7 Rozporządzenia MZ z 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

W w/w obszarze nie mieści się leczenie dzieci, a tylko udzielanie pierwszej pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów, zatruc. Dziecko chore powinno być skierowane do lekarza rodzinnego po uprzednim zawiadomieniu rodziców i wychowawcy klasy, bądź Dyrektora.

Nadużywanie podawania uczniom leków przeciwbólowych nie jest wskazane. Z powodu chociażby podłoża psychosomatycznego, bądź też niewłaściwego odżywiania (braku kanapek, brak śniadania, itp.) Zwracam ponadto uwagę na zał. Nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, który to określa wykaz leków do których podania bez zalecenia upoważniona jest pielęgniarka.

Dyrekcja szkoły powinna zapewnić uczniom na terenie szkoły możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wraz z jego wyposażeniem, jak również apteczkę. Pielęgniarka nie może jednak podawać uczniom leków, które nie są ujęte w w/w Rozporządzeniu, a opisane w Pani Przewodniczącej piśmie naciski dyrektorów szkół i nauczycieli na pielęgniarkę są nieuprawnione i bezprawne.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania uprawniona jest do realizacji takich świadczeń, ma które zezwala prawo. Każdy fakt podania dziecku w szkole leku powinien być udokumentowany, a także o powyższym fakcie powinni być powiadomieni rodzice. W zeszycie porad ambulatoryjnych należy odnotować, który z rodziców został powiadomiony.

Pragnę zwrócić uwagę na kwestię edukacji zdrowotnej również nauczycieli grona pedagogicznego. Pielęgniarka jest uprawniona do tego typu działań. Może również zaprosić specjalistę, który omówi negatywne skutki powszechnego stosowania leków przeciwbólowych w szkole.

Konsultant Krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego  
dr n. med. Krystyna Piskorz - Ogórek

## Podziękowania

*W związku z przejściem na emeryturę pragniemy złożyć serdeczne podziękowania dla pani **Danuty Kobyłeckiej** za profesjonalną, pełną zaangażowania, długoletnią pracę zawodową, fachowość i poświęcenie.*

*Jednocześnie składamy najgorętsze życzenia, słowa uznania i szacunku za rzetelność i wzorową pracę.*

*Pani Danuta Kobyłeczka na każdym stanowisku pracy dała się poznać jako osoba o ogromnym poczuciu odpowiedzialności, wysokim morale i wrażliwości na ludzkie potrzeby.*

**Naczelną Pielęgniarką wraz z pielęgniarkami Szpitala im. św. Duchy w Rawie Mazowieckiej**

\*\*\*

*Pragniemy złożyć serdeczne podziękowania w związku z przejściem na emeryturę Paniom Pielęgniarkom: **Halinie Dąbrowskiej** – Oddział Wewnętrzny oraz **Barbarze Stańda** – Izba Przyjęć za profesjonalną, pełną zaangażowania pracę, ogromną życzliwość, ofiarność i fachowość życząc jednocześnie zdrowia i wytrwałości*

**Naczelną Pielęgniarką wraz z pielęgniarkami Szpitala im. św. Duchy w Rawie Mazowieckiej**



## spotkanie z rzecznikiem

mgr Irena Król  
Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności  
Zawodowej



Witam serdecznie,

Rozpoczynając „Spotkania z Rzecznikiem”, zostałam poproszona o dobranie symbolu dla tego działu. Pierwsza myśl, która przyszła mi do głowy, była jednocześnie ostateczną. Symbolem naszych spotkań na łamach biuletynu powinna być kłódka i klucz. Być może część Czytelników zapyta, jakie symboliczne znaczenie, w kontekście informacji przekazywanych przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz zapraszanych Gości, może mieć kłódka i klucz. Odpowiedź jest następująca...

Pracując jako Rzecznik, niezwykle często stykam się ze sprawami, które nie powinny mieć miejsca. Zaniedbania w czynnościach typowo pielęgnacyjnych, błędy w sztuce, brak dokumentacji działań pielęgnacyjnych, wykonywanie zleceń lekarskich bez zastanowienia (a właściwie poleceń, bo tak nazywają się nienapisane i nieautoryzowane), ale i brak taktu i arogancja w zachowaniu na różnych stanowiskach. Rozpoczynając kolejne sprawy, za każdym razem zastanawiam się, jak wiele z nich moglibyśmy uniknąć, gdyby poszczególne pielęgniarki, pielęgniarze oraz położne i położni, mieli w konkretnym momencie dostęp do informacji, niezbędnych do prawidłowego wykonywania swojego zawodu oraz ochrony, zarówno pacjenta jak i siebie. Do tych niezbędnych informacji zaliczamy między innymi: wiedzę o konsekwencjach prawnych naszych działań lub ich braku, znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP. Muszę jednak podkreślić, że sama wiedza znaczy niewiele jeżeli nie będziemy jej stosować zawsze i wszędzie w naszych działaniach.

To właśnie ten obszar symbolizuje kłódka, zamykająca tę część naszej działalności, której wszelkimi siłami powinniśmy się wystrzegać. Nikt z nas nie chce bowiem wyrządzić krzywdy drugiej osobie, bez względu czy jest to współpracownik czy nasz klient w postaci pacjenta. Jednocześnie zdaję sobie sprawę z faktu, iż niezwykle szybkie zmiany we wszystkich obszarach naszej aktywności zawodowej, między innymi w: ustawodawstwie, technologii, samodzielności naszych grup zawodowych oraz postawie pacjentów, prowadzą często do sytuacji, których

możemy uniknąć, dzięki ciągłej nauce i zainteresowaniu zmianami. Żywię głębokie przekonanie, iż informacje pojawiające się w niniejszym dziale, w połączeniu z Państwem wolą do współpracy i zmian w naszym środowisku, mogą przynieść wspaniałe efekty. Jeżeli dzięki konkretnym wiadomościom, zawartym w „Spotkaniach z Rzecznikiem” uda się nam zamknąć przynajmniej część potencjalnych spraw, zanim w ogóle zaistnieją, odniesiemy wspólny sukces.

Podążając tym tokiem myślenia, podobnie jak sprawy, wymagające zamknięcia, w naszym środowisku funkcjonują również tematy „tabu”, wymagające poruszenia – „otworzenia”. Symbolem tych zagadnień właśnie jest klucz. Cóż to za tematy? To wszystkie problemy, które napotykamy w naszym zawodowym życiu, a więc uzależnienia, wypalenie zawodowe, nieuczciwa konkurencja, nadużywanie atrybutów władzy w stosunku do podwładnych, brak asertywności w relacjach zespołu terapeutycznego, zapomnienie o przynależności do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Ponownie ufam, iż poruszenie konkretnych tematów, których często unikamy jako pielęgniarki, pielęgniarze oraz położne i położni, po wyciągnięciu wniosków i wcieleniu ich w życie w naszej działalności zawodowej, przynajmniej częściowo pozwoli nam uniknąć kolejnych spraw, rozpatrywanych przeze mnie i moich zastępców, jako Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Mam nadzieję, że klucz będzie również symbolem otwartego i śmiałego uczestnictwa Czytelników w „Spotkaniach z Rzecznikiem”. Jeżeli będą mieli Państwo pytania do zamieszczonych artykułów, lub zechcą Państwo zasugerować temat, wymagający poruszenia, serdecznie zapraszam do kontaktu pod adresem e-mail: [biuletyn@oipp.lodz.pl](mailto:biuletyn@oipp.lodz.pl).

## Trening asertywności w życiu zawodowym pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych



Poruszając temat asertywności wśród pielęgniarek, pielęgniarzy oraz Położnych, możemy mówić o dwóch aspektach tego zagadnienia: teoretycznym oraz praktycznym. Pierwszy z nich został przeze mnie omówiony w poprzednim artykule „Asertywność – kształtowanie postawy, podnoszącej poczucie wartości zawodowej i osobistej pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych”. Znalazła się w nim, między innymi: definicja „asertywności”, próba analizy jej bieżącego poziomu w Państwa grupach zawodowych oraz opis czynników, które wpływają na tę obecną sytuację. Poniższe pytania, będące podsumowaniem naszych teoretycznych rozważań, stanowią jednocześnie idealne wprowadzenie do praktycznego aspektu asertywności. Pozwalam je sobie przytoczyć, ponieważ im częściej będą mieli Państwo okazję udzielania odpowiedzi na te konkretne pytania, tym bardziej zapadną one Państwu w pamięć, tworząc idealny grunt do omawianych przez nas zmian.

1. Jak wyglądałaby ochrona zdrowia bez pielęgniarek i położnych?

2. Jak wiele razy w czasie całej mojej kariery zawodowej udało mi się sprawić, iż czyjeś życie stało się lepsze? Uśmierzyłam/em czyjś ból, pomogłam/em w najprostszych czynnościach, które pacjentowi sprawiały trudność, służyłam/em rozmowę, kiedy pacjent tego potrzebował, wywołam/em uśmiech na twarzy pacjenta?

3. Kiedy ostatnio czułam/em się dumna/y z faktu wykonywania swojego zawodu. Co spowodowało moją dumę, co wtedy widziałam/am, słyszałam/em, czułam/em?

4. Czy kiedykolwiek w swojej karierze zawodowej pochwaliłam/em

inną pielęgniarkę lub położną za dobrze wykonane obowiązki lub dobrą współpracę? Jeżeli tak – przy najbliższej okazji zrobię to ponownie, jeżeli nie – przy najbliższej okazji zrobię to po raz pierwszy, tym samym rozpoczynając proces zmian.

Wierzę, że poświęcili Państwo chwilę na przemyślenie swoich odpowiedzi i w związku z tym, pragnę zadać kilka dodatkowych pytań. Jakiego rodzaju sytuacje udało się Państwu przywołać w kontekście poszczególnych pytań? Czy są to sytuacje, których doświadcza każda pielęgniarka lub położna oraz każdy pielęgniarz lub położny? Czy przekazanie Państwa odpowiedzi szerszej grupie, mogłoby być korzystne dla jej członków? Czy opisując i omawiając swoje doświadczenia, które sprawiły, że czuliście się Państwo dumni z wykonywania swojego zawodu, możemy wpłynąć na poczucie dumy osób, które nas słuchają?

Odpowiedzi na te pytania wprowadzają nas w istotę i sens pracy metodą warsztatową. To właśnie wymiana doświadczeń, praca w grupie, która z jednej strony jest jednorodna (środowisko pielęgniarskie oraz położnicze), z drugiej strony natomiast jest niezwykle zróżnicowana (praca w różnych szpitalach, na różnych oddziałach) oraz chęć uczenia się od siebie nawzajem i wykorzystywania zdobytej wiedzy w praktyce, stanowią podstawę skuteczności wszelkiego rodzaju szkoleń. Podobnie wygląda sytuacja treningów asertywności. Zgodnie z informacjami zawartymi w poprzednim artykule, asertywność nie jest cechą wrodzoną. Jest umiejętnością, którą nabywa się wraz z wiedzą i doświadczeniami życiowymi, które stanowią

podstawę do odpowiedniej samooceny, poczucia pewności siebie oraz wartości swojego zawodu i wykonywanej pracy.

Mając nieustającą styczność ze środowiskiem pielęgniarskim oraz położniczym, wiem jak bardzo pożądane są zmiany, prowadzące do stworzenia wizerunku pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych jako profesjonalnej grupy zawodowej, świadczącej konkretne usługi. Aby zmiany te były możliwe potrzebna jest gotowość poszczególnych pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych do podjęcia wyzwania, jakim jest udoskonalenie swoich dotychczasowych przekonań oraz zachowań.

Słowo „wyzwanie” oznacza, że osiągnięcie pożądanego celu, jakim jest umiejętność bycia asertywnym zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym jest procesem wymagającym zaangażowania oraz pracy. Jednak, aby to zaangażowanie i praca były możliwe, konieczna jest przestrzeń, w której będą one mogły zaistnieć bez skrupowania i obaw.

Taką przestrzenią są z pewnością treningi asertywności, których historia sięga późnych lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Od tamtej pory systematycznie zwiększają one grono swoich zwolenników, będąc jedną z podstawowych metod rozwoju umiejętności społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji interpersonalnej. Przedstawiając Państwu tę niezwykle skuteczną metodę, pragnę odpowiedzieć na kilka, często zadawanych pytań, związanych z uczestnictwem w tego typu zajęciach:

### 1. Dla kogo przeznaczone są treningi asertywności? Czy udając się na warsztaty, muszą posiadać konkretne umiejętności lub predyspozycje?

Warsztaty przeznaczone są dla każdego, kto chce realnie wpłynąć na zmianę swojego dotychczasowego zachowania i osiąść takie umiejętności jak:

- umiejętność wyrażania sprzeciwu jako odpowiedź na nieuzasadnione żądania innych ludzi,
- umiejętność proszenia o przysługę lub pomoc,
- umiejętność komunikowania pozytywnych, negatywnych energii,
- inicjowanie podtrzymania i organizowania kontaktów interpersonalnych.

Aby wziąć udział w warsztatach nie trzeba posiadać konkretnych umiejętności czy predyspozycji w danym zakresie. Wymagana jest jednak silna motywacja do wcielenia zdobytych

umiejętności w życie.

### 2. Czego, poza „sztandarowymi” elementami asertywności, mogę się nauczyć w trakcie treningu?

Trening jest zaprojektowany w taki sposób, aby umożliwić uczestnikom poznanie i wyćwiczenie tych umiejętności, które są niezbędne do prawidłowego wykonywania zawodu, wymagającego kontaktu z ludźmi (zarówno szefami, współpracownikami, jak i klientami pacjentami). Są to między innymi:

- znajomość własnych emocji oraz reakcji w konkretnych sytuacjach zawodowych,
- kontrolowanie emocji,
- wzrost pewności siebie,
- udoskonalenie kontaktów międzyludzkich,
- znajomość konsekwencji braku poprawnie rozumianej asertywności w Państwie zawodach, m.in.: wykonywania poleceń lekarza bez pi-

semnego zlecenia, nierespektowania próśb pacjenta, agresywności, wynikającej z przekonania, że „ja wiem najlepiej, a pacjent się nie zna”.

### 3. Jak długo trwają warsztaty?

Długość warsztatów zależy od ich zawartości merytorycznej oraz praktycznej. W moim przekonaniu, aby możliwe były realne zmiany, które przełożą się na późniejsze efekty w życiu zawodowym pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych, biorących udział w treningu, powinien być on rozplanowany na co najmniej 3 dni (3 spotkania sześciogodzinne).

### 4. Czy odczuwanie stresu przed treningiem jest naturalne?

Dość często zdarza się, iż pielęgniarki, pielęgniarze oraz położne i położni, uczestniczący w treningach asertywności, wyrażają następujące obawy: strach przed publicznymi wystąpieniami, „odkryciem” siebie, staniem się „zbyt asertywnym” (mówienie „nie”, bez względu na

reklama



Centrum Edukacji ERUDIO  
www.erudio.com.pl  
tel. (0-42) 630 95 59 lub 0-784 009 277  
sekretariat pn.-pt. 10-18, sob. 10-15  
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

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

sekretariat pn.-pt. 10-18. sob. 10-15



## ZAPRASZAMY NA KURSY

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne  
Pielęgniarstwo operacyjne

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestetyczno-ochronne 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

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo-oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych •  
Leczenie ran

### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia  
ochronne • Wwkonanie badania spirometrycznego

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

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V OIPIP w Łodzi w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego można ubiegać się o zwrot 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach

**PŁATNOŚĆ  
ROZKŁADAMY NA  
DOGODNE RATY**

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

**www.erudio.com.pl**

sytuację, utożsamiane czasami z agresywnością), zakłopotanie, brak poufności przekazywanych informacji.

Pragnę jednak uspokoić wszystkich Czytelników, którzy, myśląc o udziale w treningu asertywności, odczuwają podobne obawy. Są one naturalną częścią angażowania się w nieznaną przedsięwzięcia i znikają w momencie rozpoczęcia konkretnych zadań w trakcie warsztatów. Jednocześnie zasady pracy w grupie, wypracowywane na początku każdego warsztatu, zapewniają poufność przekazywanych informacji (każdy uczestnik jest zobowiązany do zachowania tajemnicy w zakresie personalnych wiadomości, pojawiających się w trakcie zajęć).

### 5. Czy trening asertywności sprawi, że w każdej sytuacji będę mówić „nie”?

Znajomość pojęcia asertywności oraz jego prawidłowe rozumienie, pozwala na swobodę w stosowaniu postawy asertywnej. Wiedząc, że odmówienie spełnienia czyjejś prośby

w danym momencie, może mieć negatywne konsekwencje, nie będziemy z uporem mówić „nie”. Taką sytuacją może być na przykład rozkaz wydany przez lekarza krzykiem, dotyczący przyniesienia leków, ratujących w danym momencie życie pacjenta (należy jednak pamiętać, że po zakończonej akcji reanimacyjnej wszystkie podawane leki powinny być opisane w dokumentacji). W sytuacji ratowania życia oczywistym jest spełnienie wydanego polecenia, bez zwracania uwagi na formę w jakiej zostało ono wyrażone, chociaż w normalnych warunkach mamy prawo poprosić o wydanie polecenia zwyczajnym tonem.

### 6. Czy trening asertywności jest dopasowany do specyfiki pracy pielęgniarki oraz położnych?

Treningi asertywności są powszechnie stosowane przez najróżniejsze grupy zawodowe. Ponieważ żywię głębokie przekonanie, iż w pielęgniarkach,

pielęgniarkach oraz położnych tkwi niezwykły potencjał, który należy odkryć, opisywany przeze mnie trening, jest skonstruowany konkretnie dla Państwa grup. Troska o drugiego człowieka, objawiająca się codziennie poprzez Państwa czynności zawodowe, bez których funkcjonowanie ochrony zdrowia nie byłoby możliwe, przynoszenie ulgi oraz ukojenia cierpiącym i powodowanie uśmiechu na twarzach pacjentów oraz cierpliwość wobec, nie zawsze łagodnych i ugodowych, pacjentów, przy jednoczesnym pozostawaniu w cieniu lekarzy sprawia, iż mam nadzieję, że uda nam się spotkać na treningu asertywności. Wierzę, że takie spotkanie pozwoli nam wspólnymi siłami wzmocnić profesjonalny wizerunek pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych, dając wiele okazji do odkrycia własnego potencjału i poczucia dumy zawodowej, która powinna przepełniać Państwa na co dzień.

reklama

## WYDAWNICTWO




- Urbank B. (red.)  
**Zawód pielęgniarki na Ziemiach Polskich w XIX i XX wieku**  
464 s. B5, cena 78 zł
- Domżał-Drzewicka R., Ścibior A., Kaźmierak H. (red.)  
**Uzależnienia a rodzina. Wybrane zagadnienia**  
288 s. A4, cena 78 zł
- Bielecki K. (red.)  
**Narzędzia, protezy i szwy chirurgiczne**  
240 s. A4, cena 78 zł
- Budynek M., Nowacki C.  
**Opatrywanie ran. Wiedza i umiejętności**  
224 s. B5, cena 42 zł
- Kilańska D. (red.)  
**Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej t. I**  
208 s. B5, cena 38 zł
- Brosowska B., Mielczarek-Pankiewicz E.  
**Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej t. II**  
176 s. B5, cena 38 zł
- Kawczyńska-Butrym Z.  
**Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość**  
208 s. A5, cena 33 zł
- Domżał-Drzewicka R., Gałęziowska E. (red.)  
**Nowoczesne metody rozpoznawania płodności. Wybrane zagadnienia**  
172 s. A5, cena 28 zł
- Urbank B. (red.)  
**Zawód dentysty - lekarza stomatologa na ziemiach polskich w XIX i XX wieku**, 292 s. B5, cena 58 zł
- Ciuruś M.  
**Pielęgniarstwo operacyjne**  
336 s. B5, cena 58 zł
- Czarnańska Z., Małińska W.  
**Instrumentarium i przebieg zabiegów w chirurgii, ginekologii i urologii**  
272 s. B5, cena 48 zł
- Kabata J., Kalinowski L., Szczepańska-Konkel M., Angielski S.  
**Badania laboratoryjne w codziennej praktyce - wartości referencyjne i interpretacyjne**, 376 s. B6, cena 38 zł



0-81 71-88-900 lub 0-502-360-110

[www.lsm.pl](http://www.lsm.pl)





**W** dzisiejszym świecie ludzie pragną wielu różnych rzeczy. Jeżeli zrobimy rozeznanie pośród umiejętności, jakie pragnie posiadać przeciętny człowiek bardzo często natrafimy właśnie na asertywność. To ona pozwala zachować człowiekowi poczucie własnej wartości i dobre relacje z innymi ludźmi. Ponadto asertywność powiązana jest głęboko z poczuciem własnej godności i szacunkiem do samego siebie.



## Moda na asertywność

Zachowanie asertywne polega na otwartym, szczerym, bezpośrednim i stanowczym wyrażaniu siebie (swoich uczuć, przekonań, potrzeb) oraz reagowaniu na wymagania stawiane przez innych ludzi bez naruszania ich dóbr osobistych.

Zwyczajowo ludzie w sytuacjach trudnych reagują agresją lub uległością. Przykładowo - osoby zranione krytyką – obrażają się, szukają odwetu, kontratakują. Ale taka otwarta agresja bardzo często może się źle dla nich skończyć. Z drugiej strony, gdy w sytuacji krytyki osoba zareaguje wycofaniem i uległością, zaczyna szukać winy w sobie i traci swoje poczucie wartości. Dodatkowo często słysząc słowa krytyki ludzie nie dają po sobie poznać, jak bardzo zabolęły ich te słowa. Ale te stłumione uczucia dochodzą do głosu później, w bezpiecznej sytuacji np. w domu i wtedy osoby najbliższe, często niczemu niewinne stają się ofiarami frustracji. I właśnie to modne zachowanie asertywne to trochę jakby złoty środek pomiędzy zachowaniem agresywnym a uległym.

Zachowanie asertywne różni się od zachowania agresywnego tym, że pozwala na korzystanie z własnych praw bez naruszania praw innych osób. Natomiast od uległego różni się tym, że zakłada działanie zgodne z własnym interesem oraz stanowczą obronę siebie i swoich praw – bez nieuzasadnionego lęku.

Aby zacząć świadomie asertywnie działać należy poznać pięć praw Fensterheima. Oto one:

- Masz prawo do robienia tego, co chcesz – dopóty, dopóki nie rani to kogoś innego.
- Masz prawo do zachowania swojej godności poprzez asertywne zachowanie – nawet jeśli rani to kogoś innego – dopóty, dopóki Twoje intencje nie są agresywne, lecz asertywne.
- Masz prawo do przedstawiania innym swoich próśb – dopóty, dopóki uznajesz, że druga osoba ma prawo odmówić.
- Istnieją takie sytuacje między ludźmi, w których prawa nie są oczywiste. Zawsze masz jednak prawo do przedyskutowania tej sprawy z drugą osobą i wyjaśnienia jej.

■ Masz prawo do korzystania ze swoich praw.

Należy pamiętać, że asertywność nie jest wrodzona. Wynika z uczenia się określonego sposobu przeżywania i reagowania. Dodatkowo asertywność jest zmienna i zależy od konkretnej sytuacji. Można np. z łatwością wyrażać asertywnie swoje uczucia i zdanie wobec jednych osób w określonej sytuacji zaś odczuwać trudność w byciu sobą wobec innych osób w innych sytuacjach. Warto podkreślić, że asertywność obejmuje nie tylko sztukę mówienia „nie”, ale również umiejętność: obrony swoich praw, inicjatywy, przyjmowania ocen i reagowania na krytykę i komplementy, wyrażania uczuć pozytywnych, zakłopotania, uczuć negatywnych, wyrażania osobistych przekonań i opinii, zabierania głosu na szerszym forum itd.

Pierwszą zasadą asertywności jest autentyczność, czyli prawda o sobie samym. Aby być autentycznym, trzeba poznać siebie, nauczyć się rozpoznawać swoje emocje, potrzeby i pragnienia. Z kolei poznanie siebie (samoświadomość) jest kluczem do budo-

wania dobrych relacji z innymi ludźmi. Asertywność jest umiejętnością, która pozwala realizować zamierzone cele, często mimo negatywnych nacisków ze strony otoczenia. I nie jest to postawa pogardy dla innych, ale postawa wzajemnego szacunku, wypływająca z poczucia własnej wartości i godności każdego człowieka.

Asertywności można się nauczyć, ale nie jest to łatwe, wymaga zrozumienia a następnie wielu prób i ćwiczeń.

Warto w pierwszej kolejności:

- zdecydować, czego się chce i pragnie,
- zdecydować, czy jest to uczciwe,
- wyrazić o to prosić,
- nie bać się podejmowania ryzyka,
- być wyciszonym i odprężonym,
- otwarcie wyrażać swoje uczucia, postawy, poglądy,
- swobodnie wypowiadać się i przyjmować komplementy,
- wypowiadać i przyjmować uczciwą krytykę.

Ponadto korzystnie jest również przyjrzeć się bliżej własnym umiejętnościom i cechom osobowości, ponieważ część z nich ułatwia asertywne wyrażanie siebie. Te właściwości to z pewnością:

■ empatia - umiejętność widzenia świata oczyma innych ludzi, rozumienia ich, odczuwania ich stanów emocjonalnych;

■ inicjatywa - skłonność do działania;

■ życzliwość - szanowanie innych ludzi, akceptowanie innych nawet wtedy, gdy nie aprobują tego, co robią;

■ autentyczność - nie skrywanie się za rolami i maskami, pokazywanie prawdziwego stosunku do różnych spraw czy osób;

■ konkretność – wyrażanie się w sposób rzeczowy, bez ogólników, wieloznacznych i mglistych określeń;

■ bezpośredniość - bezpośrednie mówienie o osobistych doświadczeniach, ważnych wydarzeniach i zachowaniach;

■ otwartość – dawanie innym moż-

liwości poznania, jakim się jest, co się myśli i czuje, ale bez odsłaniania wszystkich tajemnic;

■ akceptacja uczuć – bycie w zgodzie ze swoimi uczuciami, pozwalanie sobie zarówno na przeżywanie uczuć, jak i na wyrażanie tego, co się czuje;

■ konfrontacja – umiejętność stanięcia „twarzą w twarz” z innymi ludźmi, z poczuciem odpowiedzialności, zaangażowania; dążenie do uczciwego rozpatrzenia dzielących różnic bez stosowania gróźb, kar czy szantaży;

■ samopoznanie – badanie swojego postępowania i styl życia.

Dodatkowo warto sprawdzić „jak wygląda własny monolog wewnętrzny?” Czy częściej w myślach pojawiają się zdania anty – asertywne czy pro – asertywne?



#### Przykłady zdań anty - asertywnych:

- *Nie jestem tyle warta, żeby się ze mną liczyć.*
- *Jestem egoistą.*
- *Jestem naiwna.*
- *Jestem nieśmiała.*
- *Jestem w złej formie.*
- *Nie mam siły przebicia.*
- *Nie umiem bronić swoich praw.*
- *Moja praca jest mało warta.*
- *Nie powiedz mi się.*
- *Powiem, gdy wypowiedzą się ważniejsi ode mnie.*
- *Powiem co myślę, gdy mnie ktoś o to wprost spyta.*
- *Moje zdanie nikogo nie zainteresuje.*

- *Będą mnie lekceważyć.*

- *Będą śmiać się na boku.*

- *Nie powinnam mieć wymagań.*

#### Przykłady zdań pro - asertywnych:

- *Mam prawo być sobą.*

- *Chcę dawać wyraz swoim uczuciom.*

- *Chcę dbać o siebie.*

- *Chcę się sobą opiekować.*

- *Jestem silna.*

- *Jestem w porządku, nawet wówczas, gdy niektórym osobom się nie podobam.*

- *Jestem w porządku, nawet wówczas, gdy nie udaje mi się odnieść sukcesu w moich zamierzeniach.*

- *Jestem wartościowym człowiekiem.*

- *Jestem niepowtarzalna.*

- *Wierzę w siebie.*

- *Potrafię się obronić.*

- *Potrafię powiedzieć to, co chcę.*

- *Ja wiem najlepiej, co jest dla mnie dobre.*

- *Moja praca jest wartościowa.*

- *Mam prawo do istnienia, dokładnie tak samo jak inni ludzie.*

Im więcej zdań pro – asertywnych tym bliżej do asertywności.

Wszystkie zainteresowane asertywnością i innymi tematami psychologicznymi osoby zapraszam na warsztaty organizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz na konsultacje psychologiczne. Z porad psychologa można skorzystać w każdy piątek, w godzinach 14.00 . 15.30 w siedzibie OIPiP, ul. Piotrkowska 17 (III piętro, pok. 314a). W ramach doradztwa psychologicznego można dostać pomoc w zakresie:

- problemów jednostkowych (np. stres, obniżenie nastroju, wypalenie zawodowe, zahamowania, nieuzasadniona agresywność, negatywizm, nadmierne pobudzenie, bierność, kompleksy niższości, uzależnienia itp.)

- problemów międzyludzkich (np. konflikty i trudności przystosowawcze w pracy, konflikty partnerskie, konflikty małżeńskie, problemy rodzinne, problemy z dziećmi, osamotnienie, mobbing itp.)



## Przewodniczący Warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej Andrzej Włodarczyk uważa, że...

22 września 2008 r. podczas konferencji „Reforma ochrony zdrowia: potrzeby – wyzwania – korzyści” zorganizowanej przez pielęgniarki w Głuchołazach minister zdrowia Ewa Kopacz zapowiedziała zmiany w prawie. Wyjaśniła, że „chodzi o te samodzielne czynności, które pielęgniarka może samodzielnie, bez zlecenia lekarza, zrobić. To się wiąże z moim pomysłem, aby lekarzy dyżurnych grupować na oddziałach, żeby jednak większość odpowiedzialności spadała na pielęgniarki”. Tyle komunikat zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Pracuję w ochronie zdrowia ponad 30 lat (nie licząc okresu studiów) w różnych placówkach (szpitale miejskie, kliniczne, przychodnie, pogotowie ratunkowe) i bardzo szanuję zawód pielęgniarki. W trakcie tych lat poznałem także te najlepsze zawodowo. Z całym szacunkiem dla tego zawodu nie mogę wyobrazić sobie jednak pielęgniarki, która wykonuje czynności bez zlecenia lekarza. Myślę oczywiście o czynnościach medycznych a nie o podaniu wody do picia itp. Nie znam kraju (myślę o krajach cywilizowanych), w którym personel pomocniczy – a do takich należy zawód pielęgniarki – może podejmować działania samodzielnie bez zlecenia lekarza (z wyjątkiem rozpoczęcia akcji reanimacyjnej, która to powinien podjąć każdy obywatel, który ma o tym trochę pojęcia). Ciekawe, co na to pacjenci, firmy ubezpieczeniowe, sądy, a także same pielęgniarki. Ileż to razy na dyżurze słyszałem – Panie doktorze niech pan coś zrobi, nie mogę wkłuć się do żyły, założyć sondy, cewnika...(!)

Jeśli chodzi o drugą część pomysłu, o którym czytamy w komunikacie Ministerstwa Zdrowia, dotyczącą „grupowania lekarzy dyżurnych” to chyba chodzi nie o grupowanie na oddziałach tylko w szpitalu, czyli pewnie chodzi o tzw. dyżury szpitalne. A te przecież już od pewnego czasu w niektórych szpitalach są wprowadzone. Wielu dyrektorów, po okresie próby, wycofuje się jednak z tego pomysłu (pozorne oszczędności, czasami więcej szkody niż pożytku). Myślę, że ten, kto pisał ten komunikat albo nie ma pojęcia o systemie ochrony zdrowia, albo chciał zaszkodzić ministrowi zdrowia „wkurzając” przy okazji lekarzy. Chyba, że się mylę i ma to być faktycznie antidotum, wątpliwej jakości, na coraz większe w Polsce braki specjalistów z różnych dziedzin medycyny, dodatkowo obciążonych biurokracją. Dzisiaj, po wprowadzeniu jednorodnych grup pacjentów (JPG), część naszych koleżanek i kolegów poświęca około 30% czasu pracy na kodowanie i sprawoz-

dawczość dla NFZ-u (ciekawe o ile wydłużyło to kolejki?). Pomysł ten „idzie w parze” ze znaną na razie z doniesień medialnych, propozycja Ministerstwa Zdrowia, aby lekarze zgłaszali ciężę urzędnikom Ministerstwa. W konsekwencji będzie to prowadziło do sprawdzania, czy doszło do porodu, a jeśli nie to do sprawdzenia dochodzenia, z jakiegoś powodu porodu nie było. Te dodatkowe zajęcia „śledcze” poprawiają niewątpliwie dostępność do kolejnych grup specjalistów i spotkają się z entuzjazmem lekarzy i pacjentek. Ginekologów w tym przypadku zastąpią pewnie położne a nie pielęgniarki.

W cytowanym przeze mnie komunikacie jest jeszcze akapit informujący, że na „uzupełnienie wykształcenia pielęgniarek” w latach 2003-2013 „mamy zaangażowane 180 mln złotych” z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Myślę, że to wyrzucone w błoto pieniądze z naszych podatków. Pracowałem z kilkoma pielęgniarkami, tuż przed i po „uzupełnieniu przez nie wykształcenia”. Jedyną różnicą, jaką stwierdziłem u nich to większa „pewność siebie” a nie większa wiedza i umiejętności. Informacja ta w momencie, kiedy zbliża się okres rozliczeniowy za kształcenie ustawiczne polskich lekarzy, na które to państwo nie daje nam ani złotówki, a które kosztuje niemałe pieniądze, to przysłowiowy kij w mrowisko.

I na zakończenie jeszcze jedna uwaga, także związana z finansami. Otóż po ostatnim spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia poświęconym refundacji za zadania przejęte przez samorząd od administracji państwowej zrozumiałem wreszcie pojęcie taniego państwa. Otóż oznacza to ni mniej ni więcej, że od wielu lat, w ramach oszczędzania, państwo przekazuje samorządowi lekarskiemu „refundując” mu koszty realizowania zadań zleconych (rzecznik odpowiedzialności zawodowej, sąd lekarski, rejestr lekarzy) tylko ok. 40% wydanych pieniędzy, a resztę *de facto* pokrywają lekarze z własnej kieszeni (czytaj – ze swoich składek). I nic nie wskazuje na to, by sytuacja uległa zmianie – na to pieniędzy nie ma, jak po raz kolejny usłyszeliśmy.

Mam propozycję rozszerzenia takiej formuły „taniego państwa” na parlament, rząd, partie polityczne itp. Niech np. część uposażeń tych gremiów będzie przeznaczana na finansowanie zadań przez nich wykonywanych. A wtedy może znajdą się w budżecie państwa pieniądze na dokształcanie polskich lekarzy i lekarzy dentyków a nie tylko pielęgniarek.

## Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska odpowiada...

Chciałabym się ustosunkować do paru tez zawartych w felietonie dr Andrzeja Włodarczyka, opublikowanym w październikowym wydaniu „Pulsu”, organu warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Doktor Włodarczyk jako prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ma w miesięczniku stałą rubrykę pt. „Uważam, że...”. Ponieważ pan prezes wypowiada się w swym artykule o pielęgniarkach i położnych, muszę wejść z nim w polemikę. Byłabym szczerze zobowiązana, gdyby mój głos został opublikowany na tych łamach.

Zależy mi na tym przede wszystkim dlatego, że niewłaściwe relacje zawodowe między lekarzami i pielęgniarkami wynikają moim zdaniem z anachronicznych wyobrażeń lekarzy na temat pielęgniarek i położnych. Pan prezes Włodarczyk w swoim felietonie daje tego klasyczny przykład. Poglądy podobne do jego są niestety dość rozpowszechnione wśród lekarzy. Ma to dramatyczne konsekwencje, ponieważ z tych nieprawidłowych relacji bierze się duża część niedomagań systemu ochrony zdrowia w Polsce. Autora zbulwersowała wypowiedź minister zdrowia Ewy Kopacz na zorganizowanej przez pielęgniarki konferencji „Reforma ochrony zdrowia” (Głuchołazy, wrzesień). Minister mówiła nt. planowanych zmian w prawie, które miałyby na celu wzmocnienie samodzielności pielęgniarek i położnych. Doktor wyznaje, że nie może „wyobrazić sobie pielęgniarki, która wykonuje czynności bez zlecenia lekarza”. Rozumiem, że wyobraźnia go zawodzi, ponieważ ma głęboko zakodowane, że „pielęgniarki to personel pomocniczy”; a „w krajach cywilizowanych pielęgniarka nie może podejmować działania samodzielnie bez zlecenia lekarza (z wyjątkiem rozpoczęcia akcji reanimacyjnej, którą to powinien podjąć każdy obywatel w ramach BLS, co jest na szczęście dzisiaj realizowane poprzez masowe kształcenie obywateli, szczególnie młodzieży w naszym kraju; o kierowcach nie wspomnę)”. Pan doktor w zapale brnie dalej: „Myślę oczywiście o czynnościach medycznych, a nie o podaniu wody do picia”. Parę zdań, a ileż absurdów, nieprawdy i zwykłego braku wiedzy! Pielęgniarka (dodajmy i położna, do czego nawiążę potem) to zawody samodzielne, których wykonywanie reguluje ustawa, funkcjonująca od 1996 r. Nie będę przytaczać jej zapisów, moż-

na do niej sięgnąć i przeczytać, jakie czynności pielęgniarki i położne mogą wykonywać samodzielnie bez zlecenia lekarza. Są to świadczenia lecznicze (ściśle określone w ustawie, pielęgnacyjne, diagnostyczne, rehabilitacyjne oraz edukacja i promocja zdrowia). O wielu z nich lekarze, skupieni na zadaniach związanych z leczeniem, prawdopodobnie nie mają pojęcia – a one także przecież wymagają wiedzy i przygotowania. Innych po prostu nie umieliby wykonać, ponieważ zwyczajnie nie są w tym zakresie kształceni. Są do tego inni specjaliści: pielęgniarki i położne. Biorą odpowiedzialność za realizację tych zadań (piszę to w odpowiedzi na wzmiankę w felietonie o sądach i towarzystwach ubezpieczeniowych). Delegowanie tych zadań pielęgniarkom i położnym, jednoznaczny podział kompetencji w zależności od potrzeb zdrowotnych pacjentów i przygotowania profesjonalistów może zracjonalizować i usprawnić system opieki zdrowotnej. Jak rozumiem, to miała na myśli pani minister Ewa Kopacz.

Podstawowe kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych trwa niewiele krócej niż kształcenie lekarzy; na temat opieki medycznej (z akcentem na pielęgnowanie) wiedzą dużo więcej niż każdy (przeciętny) obywatel. A zatem samodzielność pielęgniarek nie sprowadza się do podania pacjentowi wody. Niech pan doktor, występując w imieniu wszystkich lekarzy, nie przypisuje sobie wszystkich zasług za przywrócenie pacjentowi zdrowia. Nie miałby wielu sukcesów bez partnerskiej, profesjonalnej współpracy pielęgniarek. W tym kontekście obrazowe wyznaczenie: „Ileż to razy na dyżurze słyszałem - Panie doktorze niech pan coś zrobi, nie mogę włożyć się do żyły, założyć sondy, cewnika...” brzmi humorystycznie. Ja wiele razy byłam świadkiem, gdy lekarz wzywał na pomoc pielęgniarkę!

Pan doktor się skarży, że „część naszych koleżanek i kolegów poświęca około 30% czasu pracy na kodowanie i sprawozdawczość dla NFZ-u” i te zbędne, jak rozumiemy, czynności obciąża winą za niedostępną dostępność usług medycznych i długie oczekiwanie na wizytę u specjalisty. „Te dodatkowe zajęcia poprawią niewątpliwie dostępność do kolejnych grup specjalistów i spotkają się z entuzjazmem

lekarzy i pacjentek (ironizuje). Ginekologów w tym przypadku zastąpią pewnie położne, a nie pielęgniarki”. W ten sposób autor przygania aspiracjom położnych, ponieważ ich samodzielność w zakresie prowadzenia np. fizjologicznej ciąży (także mówi o tym przywołana wcześniej ustawa) także przekracza jego wyobrażenia. Tylko po co wysilać wyobraźnię? Służę listą cywilizowanych krajów, w których położne z powodzeniem wykonują świadczenia, które w Polsce zastrzegają dla siebie ginekolodzy. Można spytać, czy jest to korzystne dla pacjentek i dla ledwie wiążącego koniec z końcem systemu ochrony zdrowia.

I jeszcze jeden wątek z wystąpienia Minister Ewy Kopacz, na którym dr Włodarczyk nie zostawia suchej nitki. To zapowiedź przeznaczenia środków z budżetu MZ na uzupełnienie wykształcenia pielęgniarek w latach 2007-2013. Według doktora są to pieniądze wyrzucone w błoto, bo polskie pielęgniarki są nieedukowalne: „Pracowałem z kilkoma przed i po uzupełnieniu przez nie wykształcenia. Jedyne różnica, jaką stwierdziłem, to większa pewność siebie, a nie większa wiedza i umiejętności”. Co autor miał na myśli? Wolę nie dociekać, teraz mnie brakuje wyobraźni.

Natomiast poruszając ten problem prezes Włodarczyk, były wiceminister, jest nie tylko niesprawiedliwy, lecz dodatkowo zdradza niebywały brak wiedzy. A może jednak jest to próba manipulacji w celu doświadczenia swojej tezy?). Mówi mianowicie, że na kształcenie polskich lekarzy państwo nie daje ani złotówki. Pan były wiceminister miesza podstawowe kształcenie zawodowe z doskonaleniem zawodowym. Udaje, że nie wie, że te środki, o których mowa w komunikacie Ministerstwa, to pomoc na uzupełnienie podstawowego wykształcenia zawodowego (do licencjatu). O ile mi wiadomo, studia lekarskie są w Polsce bezpłatne – dlaczego pielęgniarskie mają być płatne?

Jeśli chodzi o doskonalenie zawodowe, też nie jest do końca prawdą, że lekarze nie mają żadnej pomocy od państwa. A uposażenie rezydentów, a urlopy szkoleniowe? Natomiast kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – i owszem, obciążało wyłącznie same zainteresowane. Podejmowały je nie rzadko w systemie zaocznym, na cały czas jego trwania (do 2 lat) rezygnując z wolnego czasu, urlopów, płacąc za szkolenia z własnej kieszeni.

Oprócz specjalizacji, które Minister Zdrowia uznaje za priorytetowe, nadal inne szkolenia (kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne) opłacane są przez same zainteresowane. Zdarza się partycypacja pracodawców, którzy wreszcie zaczęli inwestować w rozwój kadry profesjonalistów w zakładzie.

Jeśli dodamy do tego znaczną różnicę w poziomie uposażeń pielęgniarki i lekarza (jest ona uzasadniona, ale czy w takich proporcjach?), to chyba tezy o biednych, sekowanych lekarzach nie da się obronić. A tak przy okazji nauczyliśmy się korzystać z Programów Operacyjnych Kapitał Ludzki.

Nasze środowisko jest oswojone z prezentowanymi przez część lekarzy anachronicznymi poglądami na temat roli pielęgniarki i położnej we współczesnym cywilizowanym społeczeństwie i w ochronie zdrowia. Ale częściej myślą tak lekarze starej daty, mocno przywiązani do pewnych stereotypów, niezorientowani w zjawiskach występujących w innych krajach np. Europy. Rzadko spotykamy się z takimi przekonaniami wśród kolegów otwartych na świat, z różnorodnym doświadczeniem zawodowym. Takie poglądy muszą szokować, jeśli wyraża je osoba publiczna, działacz samorządu zawodowego, z doświadczeniami z najwyższych urzędów państwowych. Chciałoby się spytać: jak system ochrony zdrowia ma w Polsce dobrze działać, skoro zarządzają nim ludzie myślący w ten sposób, nieprzyjmujący do wiadomości procesów społecznych i ewidentnych zjawisk, a przy tym zwyczajnie grzeszący niewiedzą?

Jedna rada: zamiast zarzucać nieuctwo innym, proszę zaopatrzyć się w konieczną i wystarczającą wiedzę, zapoznać się z dokumentami, poznać poglądy innych. I wówczas komentować i oceniać.

**Z poważaniem**  
**Prezes**  
**Naczelnej Rady Pielęgniarek**  
**i Położnych**  
**Elżbieta Buczkowska**

KONKURS

NAGRODY

## Konkurs Autorytet pielęgniarki i położnej - blaski i cienie, który ogłasza ORPiP w Łodzi

Dokonujące się zmiany w podejściu do organizacji ochrony zdrowia spowodowały, że pielęgniarstwo staje się zawodem "wysoko kwalifikowanym" oraz zawodem szczególnego zaufania społecznego, dlatego bardzo ważny jest jego dalszy rozwój.

- Czy Twoim zdaniem w chwili obecnych zmian proces budowania roli i autorytetu zawodowego pielęgniarki i położnej jest priorytetowym wyzwaniem dla naszego środowiska?
- Czy społeczność pielęgniarek i położnych zainteresowana jest wzbogacaniem własnej godności i wzajemnego szacunku w tworzeniu tej unikatowej osobliwości zawodowej?
- Co pomaga nam w tworzeniu prawdziwego profesjonalizmu?
- Jakimi działaniami i zachowaniami wzmacniamy własny prestiż w codziennej pracy z przełożonymi, członkami zespołu terapeutycznego, pacjentami i ich najbliższymi oraz innymi pracownikami zakładu?
- Co według Ciebie pomniejsza nasz autorytet? Jakie sytuacje powodują, że tracimy wiele w oczach własnych i innych osób?

Może znasz ich przyczyny i zechcesz podać przykłady z własnego doświadczenia, a może Twoja opinia jest zupełnie inna? Podziel się z nami swoimi spostrzeżeniami, przeżyciami lub też propozycjami, weź udział w konkursie i odpowiedz na powyższe pytania. Serdecznie zachęcamy. Napisz o tym w formie artykułu i prześlij do 31 maja 2009 do naszej Redakcji na adres Biura OIPiP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź) lub e-mail: [biuletyn@oipp.lodz.pl](mailto:biuletyn@oipp.lodz.pl)  
Kontakt Agnieszka Krzysztofik tel. 042 633-69-63 wew. 316

### Regulamin konkursu:

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPiP w Łodzi.
2. Członkowie ORPiP nie mogą uczestniczyć w konkursie.
3. Prace należy przysyłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków na stronie, w tym spacje i znaki interpunkcyjne, w układzie: przeciętnie 60 znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
4. Swoje prace autorzy mogą podpisać pseudonimem, a dane przedstawić do wiadomości redakcji, która zobowiązana jest do zachowania tajemnicy.
5. Artykuły należy przesyłać do 31 maja 2009 roku.
6. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone przez zespół jury.
7. Wyłonienie zwycięzców konkursu nastąpi do dnia 30 czerwca 2009 roku.
8. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone:
  - a) pierwsze miejsce - 750 zł
  - b) drugie miejsce - 500 zł
  - c) trzecie miejsce - 300 zł
9. Dziesięć najlepszych prac zostanie zaprezentowanych na łamach naszego Biuletynu, w tym dla jednej z nich - od 4 do 10 miejsca - losowo przyznana będzie nagroda niespodzianka.
10. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.



**P**adaczką nazywamy stan chorobowy, który przejawia się nawracającymi zaburzeniami czynności mózgu pod postacią rozmaitych napadów, które przebiegają najczęściej, ale nie wyłącznie, z utratą przytomności. Podłożem napadów są wyładowania elektro - chemiczne w mózgu. Znamy kilkadziesiąt postaci napadów padaczkowych. U chorych może występować tylko jeden ich typ, albo też kilka rodzajów - w różnych kombinacjach. Niekiedy objawy choroby zmieniają się z czasem i pod wpływem leczenia. Obraz kliniczny napadu padaczkowego zależy od tego, jaka struktura czynnościowo - anatomiczna mózgu ulega wspomnianym wyładowaniom. Są napady przebiegające bez drgawek, a tylko z utratą przytomności. Drgawki mogą też mieć charakter ograniczony do pewnych części ciała np. w padaczce Jacksona. Nie należy więc utożsamiać padaczki wyłącznie z występowaniem drgawek.

Populacja chorych z rozpoznaną padaczką określana jest w Polsce na 0,5 - 0,7 % społeczeństwa. Jest więc to choroba częsta, o dużym znaczeniu społecznym. Chorzy na padaczkę muszą zmagać się z wieloma problemami wynikającymi zarówno z postaw społecznych, jak i konsekwencji choroby. Nadal osoby chorujące na padaczkę spotykają się z niewłaściwymi postawami otoczenia, choć w tym zakresie, w wyniku popularyzacji wiedzy na temat choroby, następuje poprawa. Padaczka może przyczyniać się do zawężenia kontaktów towarzyskich, bo wymaga unikania w życiu codziennym czynników ryzyka.

Przeciwwskazane jest wykonywanie pewnych zawodów, posiadania prawa jazdy - co też może obniżać szanse życiowe związane z zarobkowaniem. Pewnej zmianie w wyniku choroby ulega osobowość cho-

# Dzień św. Walentego - dniem chorych na padaczkę

rego - obserwuje się zmiany w zakresie życia emocjonalnego w postaci zalegania afektu, drażliwości - co może utrudniać relacje międzyludzkie.

Przyczyny choroby są zróżnicowane. Patogeneza napadów padaczkowych nie jest do końca wyjaśniona. Na ogół przyjmuje się, że zależą one od współistnienia trzech czynników :

1. osobniczej, wrodzonej albo dziedzicznej skłonności, polegającej na obniżeniu pobudliwości drgawkowej;

2. ogniskowego lub rozlanego uszkodzenia tkanki mózgowej, czyli obecności ogniska padaczkorodnego. U dzieci najczęstszym podłożem stają się wady rozwojowe, uszkodzenie zakaźne i toksyczne płodu, uraz okołoporodowy. U osób dorosłych może być skutkiem guzów mózgu, procesów zwyrodnieniowych, infekcji, urazów i innych czynników uszkadzających CSN.

3. czynników sprzyjających wywołaniu napadów.

Napad padaczkowy jest przejawem patologicznego „wyładowania” istoty szarej mózgu, ale źródłem wyładowania nie są komórki uszko-

dzone, lecz tkanka mózgowa znajdująca się w sąsiedztwie uszkodzenia. Zasadniczym momentem w powstawaniu napadów padaczkowych jest zwiększona gotowość drgawkowa mózgu, która polega na wzmożonej pobudliwości komórek nerwowych.

Gotowość do drgawek jest właściwością mózgu każdego człowieka, natomiast istotne znaczenie ma próg pobudliwości drgawkowej. Według badań klinicznych cechy zwiększonego pogotowia drgawkowego występują u 10 % ludzi. Zjawisko to ma często miejsce w dzieciństwie, są to tzw. drgawki okolicznościowe np. występujące podczas chorób przebiegających ze zwiększoną ciepłotą ciała. Wzmożona gotowość drgawkowa, inaczej obniżenie progu pobudliwości drgawkowej, może mieć miejsce w wyniku zakłócenia równowagi kwasowo - zasadowej, niedotlenienia komórek nerwowych, niedocukrzenia, innych zaburzeń metabolizmu i innych czynników.

Patogeneza padaczki nie jest do końca wyjaśniona. Biorąc pod uwagę przyczyny napadów - w zależności, czy można je ustalić, czy nie można - dokonuje się podziału

padaczki na dwie grupy:

- padaczkę objawową, którą rozpoznaje się stwierdzając organiczne uszkodzenie mózgu lub jego zaburzenia czynnościowe;

- padaczkę o nieustalonej etiologii (samoistną). Jednak w miarę doskonalenia się metod diagnostycznych – rozpoznanie tego rodzaju staje się coraz rzadsze.

Również klasyfikacji napadów padaczkowych jest wiele. Międzynarodowa Liga Przeciwpadaczkowa wyróżniła ich dwie podstawowe kategorie:

1) napady uogólnione, w czasie których następuje zaburzenie czynności istoty szarej całego mózgu,

2) napady częściowe, w których objawy są związane z ograniczoną okolicą mózgu.

Ad 1)

**Duży napad padaczkowy**, czyli uogólniony napad maksymalny (grand mal) należy do pierwszej z wymienionych kategorii i jest, jak już wcześniej mówiliśmy - jedną z postaci napadów padaczkowych. Często poprzedzony jest aurą, uważaną za I fazę napadu. Aura może mieć charakter zmysłowy (np. błyski przed oczami, dzwonienie w uszach, przykry zapach), czuciowy (np. pod postacią parestezji), ruchowy (drgania określonych grup mięśniowych). Aura może przybierać obraz nasilonych objawów wegetatywnych w postaci przyspieszonego tętna, zblednięcia lub zaczerwienienia. Może też przejawiać się lękiem i niepokojem.

II faza dużego napadu trwająca kilkanaście sekund - to faza drgawek tonicznych, polegająca na wyprężeniu ciała z zatrzymaniem oddechu i sinicą, ponieważ skurcz obejmuje również mięśnie oddechowe. Chory traci przytomność, upada - wydając czasami krótki okrzyk. Zęby ulegają zaciśnięciu, ręce najczęściej są zgięte w łokciach. Oczy pozostają otwarte, a gałki oczne są nieruchome.

III fazę stanowi okres drgawek klonicznych, które trwają do kilku minut. Początkowo skurcze kloniczne mają postać lekkiego drżenia, które jednak szybko nasila się i przechodzi w drgawki całego ciała. Drgawkom tym towarzyszą nasilone ruchy oddechowe i dlatego na ustach chorego często pojawia się piana, która może być podbarwiona krwią - w zależności od tego, czy chory przygryzł sobie język. Skurcze kloniczne obejmują również mięśnie gładkie, wskutek czego może nastąpić mimowolne oddanie moczu (rzadziej kału). W tym czasie źrenice chorego są rozszerzone i nie reagują na światło, występuje też odruch Babińskiego. Faza ta trwa od ok. 30 sekund do 3 minut.

IV faza – to ponapadowy sen albo stan pomroczny.

Również do uogólnionych napadów padaczkowych należą **małe napady padaczkowe** (petit mal), które obejmują wiele odmian o zróżnicowanym obrazie klinicznym. Mogą przyjmować postać małych napadów mioklonicznych, czystych napadów nieświadomości, albo napadów atonicznych.

W przypadku czystych napadów nieświadomości, napad polega na krótkotrwałej utracie świadomości. Osoba (najczęściej dziecko) przerywa czynność, którą aktualnie wykonuje, nieruchomieje i nie odpowiada na pytania. Gałki oczne mogą być skierowane ku górze. Po chwili świadomość wraca, ale osoba doznająca napadu nie zdaje sobie sprawy z tego, co zaszło.

W małym napadzie mioklonicznym występują trwające kilka sekund zrywania mięśniowe (mioklonie) obejmujące różne okolice ciała. Mogą przebiegać z zachowaną świadomością. Zaś mały napad atoniczny polega zarówno na chwilowej utracie świadomości, jak i krótkotrwałym zwiótczeniu mięśni, które najczęściej powoduje upadek.

Ad. 2)

Do napadów częściowych należą wspomniane napady Jacksona. Są one związane z ogniskiem padaczkowym w okolicy czuciowo - ruchowej, a więc znajdującym się w określonej okolicy mózgu. Przyczyną tego typu napadów mogą być guzy CSN. Napady dzielą się na ruchowe i czuciowe. W postaci ruchowej obserwuje się jednostronne drgawki kloniczne, przy zachowanej przytomności. Drgawki zwykle zaczynają się od okolicy ust lub od ręki, po czym rozprzestrzeniają się na połowę ciała. W napadach czuciowych w tym samym zakresie chory odczuwa parestezje.

Planując opiekę pielęgniarską nad osobą chorującą na padaczkę i jej rodziną musimy pamiętać o realizacji funkcji edukacyjnej. Istotne są takie oddziaływania, które doprowadzą do akceptacji choroby przez chorego i jego bliskich oraz wyrobią umiejętności radzenia sobie z następstwami choroby. Mamy na uwadze wszelkie oddziaływania, które przygotowują chorego i jego bliskich do samoopieki. Przemawia za tym fakt, że w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym, a do takich należy padaczka - najważniejsza jest opieka nieprofesjonalna. Opieka profesjonalistów przesuwana jest na plan pierwszy w okresie zaostrzeń choroby. Ważne jest nauczenie pacjenta i członków jego rodziny pożądanych zachowań w różnych sytuacjach, jakie przynosi choroba np. co robić podczas napadu padaczkowego, a jakimi ustaleniami kierować się w okresach między napadami.

Przygotowanie pacjenta do samoopieki, bądź nieprzygotowanie przekłada się na jakość jego życia. Kryteria, które pozwolą ocenić nam poziom przygotowania do samoopieki to:

- poziom wiedzy chorego, jego rodziny, otoczenia o chorobie oraz chorobowym, czynnikach ryzyka napadów, założeniach farmakoterapii;



- umiejętność postępowanie podczas napadu padaczkowego;
- stopień akceptacji choroby przez samego chorego, ale też jego najbliższe otoczenie;
- aktywność własna chorego w przezwyciężaniu skutków choroby;
- funkcjonowanie społeczne chorego.

Pielęgniarka powinna więc zdiagnozować obszary wiedzy chorego i jego bliskich oraz deficyt wiedzy o chorobie. Diagnozie tej musi również towarzyszyć ocena gotowości pacjenta i rodziny do edukacji i współpracy, aby w przypadku jej braku podjąć działania motywujące do zmiany w tym zakresie.

Przygotowując pacjenta i jego rodzinę do samoopieki pielęgniarka może stosować zarówno formalne (pogadanki, grupy edukacyjne), jak i nieformalne metody oddziaływania (każdy kontakt z chorym może służyć oddziaływaniu edukacyjnemu).

Realizując funkcję edukacyjną trzeba brać pod uwagę zagadnienia związane z obrazem klinicznym choroby, umiejętności chorego i jego rodziny z zakresu identyfikowania aury, postępowania podczas napadu, założeń farmakoterapii. Ważne jest ustalenie czynników ryzyka oraz zmniejszających ryzyko napadu padaczkowego, co przekłada się na określony styl życia chorego.

Dziecko chore na padaczkę powinno uczęszczać do szkoły, kształcić się, a osoba dorosła powinna pracować w miarę możliwości. Ma to duże znaczenie dla ich rehabilitacji. Oczywiście podejmując decyzje na poziomie edukacji zawodowej i pracy, należy wykluczyć zawody, w których występuje ryzyko spowodowania podczas napadu wypadku stanowiącego zagrożenie dla chorego lub otoczenia.

Pacjent powinien prowadzić uregulowany tryb życia, na ile to możliwe z ustaloną organizacją dnia, unikać hałasu (w tym głośnej muzyki).

Pacjent może uprawiać sport, ale decyzję o rodzaju i częstotliwości uprawiania ćwiczeń ruchowych należy skonsultować z lekarzem. Przeciwwskazany jest długotrwały i wyczerpujący wysiłek, podejmowanie aktywności ruchowej na czczo.

W odżywianiu zaleca się ograniczenie soli kuchennej, ostrych przypraw i czosnku. Ostatni posiłek powinien mieć miejsce ok. 2 godziny przed snem. Konieczne jest porzucenie palenia, gdyż istnieje groźba wzniesienia pożaru podczas napadu. Bezwzględne przeciwwskazania dotyczą spożywania alkoholu, ponieważ upośledza on działanie leków przeciwpadaczkowych, a obniżając próg pobudliwości drgawkowej może przyczynić się do wywołania napadu.

Do czynników ryzyka sprzyjających napadom padaczkowym należą:

- niesystematyczne przyjmowanie leków padaczkowych;
- stres i zmęczenie;
- nieprzespana noc, krótki sen, podróż nocą;
- monotonne zajęcia;
- migające światło (efekt stroboskopowy), drgania ekranu telewizyjnego, błyski świetlne;
- alkohol, gdyż obniża poziom leków przeciwpadaczkowych we krwi;
- głośna muzyka;
- zakażenia;
- podwyższona temperatura ciała, przegrzanie ciała;
- czynniki hormonalne - napady mogą być związane z cyklem miesięcznym;
- zbyt obfity, szybko spożywany posiłek;
- hiperwentylacja - powodująca zasadowicę.

Do czynników zmniejszających ryzyko napadu padaczkowego należą:

- regularny tryb życia (wystarczający sen i wypoczynek, stałe godziny snu i czuwania, wyeliminowanie

chaosu i pośpiechu);

- systematyczne przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych;
- umiarkowany wysiłek fizyczny i psychiczny;
- komfort psychiczny.

14 lutego ogłoszony jest dniem chorych na padaczkę. Dzień ten może umknąć naszej uwadze, bo prawie całą uwagę skupiają wtedy na sobie coraz bardziej popularne u nas Walentynki. Ciekawe, czy problemy osób chorych na padaczkę przebijają się poza naszym Biuletynem w mediach. Powinno tak być, choćby dlatego, że i zakochani i chorzy na padaczkę mają jednego patrona - a jest nim Św. Walenty. Poza tym, a może przede wszystkim, jest to okazja do kształtowania właściwych postaw społecznych w stosunku do osób chorych.

Piśmiennictwo:

- K. Adamczyk Pielęgniarstwo neurologiczne, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000
- W. Jakimowicz: Neurologia kliniczna w zarysie, PZWL, Warszawa 1987
- M. Jarosz: Psychologia kliniczna, PZWL, Warszawa 1988
- A. Prusiński : Podstawy neurologii klinicznej; PZWL, Warszawa 1993
- C. Uniewska : Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne, PZWL, Warszawa 1986

### **Podziękowania**

*Pani Ordynator – Krystynie Kowalczyk, z-cy Ordynatora – Markowi Cierpikowskiemu, kierownikowi zespołu pielęgniarskiego – Annie Szmigielskiej, personelowi lekarskiemu, pielęgniarskiemu oraz pomocniczemu Oddziału Wewnętrznego „B” III Szpitala Miejskiego im. K. Jonschera w Łodzi za profesjonalną opiekę, troskę, życzliwość, oddanie w ostatnich dniach życia naszego brata Tadeusza Michalaka składają siostry: **Ewa Skiba i Zenobia Poprawka***



## Życie przeciętnego Polaka według piramidy potrzeb A. Maslowa

**C**hcąc żyć w zgodzie z samym sobą, jednocześnie być niezależnym, autentycznym i zadowolonym, człowiek musi stanowić harmonijną całość. Każdy z nas ma potrzeby biologiczne, psychologiczne i społeczne. Ich hierarchia jest wyróżnikiem osobniczym. Z ich zaspokajania czerpiemy zdrowie, radość życia, mamy ambicje wolność, możliwość wyboru, kochamy i jesteśmy kochani. O działaniu człowieka decyduje dążenie do samorealizacji i uwarunkowane jest przez teraźniejszość, aktualne przeżycia, doświadczenia. Tak jak człowiek postrzega siebie i świat, decyduje o przebiegu procesów samorealizacji. Jej przejawem może być twórczość, altruistyczne zachowania, rozwój osobowości, własnego „ja”.

Potrzebę definiujemy jako odczuwany brak i pragnienie jego zaspokojenia. Nie uświadomiamy sobie faktu ciągłego „zapotrzebowania na potrzeby”. Nikt nie może określić ilości pragnień człowieka, gdyż każdy z nas posiada inną hierarchię potrzeb, z których brakiem może się pogodzić lub nie. Maslow nadał potrzebom układ hierarchiczny, według którego po zaspokojeniu potrzeb niższego rzędu, możliwe jest spełnienie potrzeb wyższych.

A zatem spróbujmy prześledzić czy słynna piramida potrzeb Maslowa znajduje odzwierciedlenie w życiu przeciętnego Polaka? Pominę potrzeby fizjo-

logiczne, nikt z nas nie jest bowiem w stanie uwolnić się od nich. Oddychanie, pożywienie, woda, ruch, odpoczynek, wydalanie, warunkuje utrzymanie życia.

Teoria Maslowa sprawdza się wzorcowo jeśli nasz statystyczny Polak jest niemowlęciem. Rodzice zaspokajają podstawowe potrzeby dziecka, stwarzając mu spokojny i bezpieczny dom. Dbają o zdrowie, tworzą przyjazne otoczenie. Są źródłem pierwotnych wzorców aktywności, których celem jest zaspokojenie poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego. Mały człowiek obserwuje, naśladuje i dzięki temu zna i przejawia zachowania prowadzące do zdobycia szacunku, w miarę upływu czasu przekształcając je w rzeczywistą potrzebę. Kolejne schematy czynności zaspokajających potrzeby powstają w drodze aprobaty społecznej. Ich zaspokojenie jest wymuszane przez otoczenie i skutecznie zapewnia akceptację społeczną i uspołecznienie. W późniejszym wieku dziecko zaczyna samodzielnie zaspokajać potrzeby, które czuje. Rolą rodzica jest stwarzać warunki nauki, pokazywać możliwości, zachęcać do poznania samego siebie i do rozwijania swoich pasji. Posiadając poczucie odpowiedzialności, możliwość wyboru młody człowiek będzie mógł rozwijać się i akceptować swoją indywidualność.

Teoria Maslowa sprawdza się rów-

nież w handlu i reklamie. Będąc świadomymi konsumentami wierzymy, że w supermarkecie jesteśmy najważniejsi (...nie dla idiotów), cenimy sobie udane życie (np. z pralką marki...), mamy mnóstwo czasu dla przyjaciół (dzięki nowej np. zmywarce), dbamy o naszą rodzinę (jogurt z owocami prosto z krzaczka) i najlepszą naszą sąsiadką jest Goździkowa. Na to czekają pomysłodawcy reklam i producenci. Ich sukces zależy bowiem od naszych wyborów. Człowiek kupuje produkty, dzięki którym realizuje swoje potrzeby i które po zaspokojeniu tracą na atrakcyjności. Twórcy reklam wykorzystują to i próbują sprawić, byśmy uwierzyli że tego właśnie chcemy. Świadomy istnienia mechanizmów motywacji, konsument może skutecznie się bronić.

Nasz „przeciętniak” wierzy, że przez życie uda się przejść w godny i uczciwy sposób. Jest istotą społeczną, potrzebuje akceptacji swych czynów. Potrzebuje serdeczności, nie tylko ze strony bliskich. Poczucie własnej wartości, wolności, zaspokoi jego pragnienie szacunku.

I wreszcie „najwyższa półka” – potrzeba akceptacji, samorozwoju czyli uzyskiwanie wysokiego poziomu różnorodnych możliwości intelektualnych i estetycznych. Jej zaspokojenie przejawia się tym że człowiek potrafi zajmować stanowisko w ważnych sprawach, zmierzać do obranego celu.

Jego życie jest pełne przyjaciół i obfituje w wydarzenia kulturalne, bierze czynny udział w życiu społecznym. Tymczasem z sondażu wynika, że przeciętny „Kowalski” jest nieufny i niezadowolony. Nie lubi podejmować ryzyka, zwłaszcza na rynku pracy. Nie ma sprzecznych poglądów politycznych. Wszystkiego ma dość, nie angażuje się w życie społeczne a kulturę zastępuje rozrywką.

W mojej ocenie równie źle wypada sytuacja przeciętnego emeryta. Chodzenie do pracy zaspokaja potrzeby na kilku poziomach jednocześnie. Aktywność zawodowa jest źródłem stabilizacji finansowej a więc poczucia bezpieczeństwa, wyznacznikiem regularnego trybu życia, potrzebę kontaktu

z otoczeniem, podnosi poczucie własnej wartości. Zaspokaja potrzebę szacunku, prestiżu, akceptacji. Tymczasem emeryt jest tego pozbawiony. Polska emerytura zapewnia...deficyt finansowy. Nasz staruszek nie wyjedzie na wycieczkę do innych krajów. Swą potrzebę odpoczynku zaspokoi polegając na wersalce przed telewizorem. Starszy człowiek często trafia w ślepy zaułek – wybrać zdrowie czy jedzenie, opłacić czynsz czy zakupić buty na zimę? Życie jest kwestią wyborów?! Upokorzenie, brak szacunku dla starości, strach przed samotnością, zachwianie wielu sfer życia, niemożność zaspokajania własnych potrzeb. W takiej sytuacji lekarz, pielęgniarz powinni zdawać sobie

sprawę ze zmian jakie zachodzą w sposobie postrzegania świata. Ich zrozumienie pomoże nawiązać kontakt i podjąć wspólną walkę o zdrowie.

I wreszcie ja, pielęgniarzka, matka, żona. I ja studentka. Jestem także przeciętnym Polakiem. Kocham to, co robię i nie potrafię być nikim innym. Mojej rodzinie dziękuję za to, że jest. Szkoła to dla mnie jeszcze wielka niewiadoma, lubię wyzwania. Jestem szczęśliwym człowiekiem choć nie mam zaspokojonej hierarchii potrzeb Masłowa. Tym, którzy ją mają, gratuluje.

---

*Praca napisana przez Wandę Imbierczyk,  
studentkę studiów pomostowych,  
pod kierunkiem dr n. med.  
Małgorzaty Wojciechowskiej*

Łódź, 18.01.2009

Pani  
mgr Maria Kowalska  
Redaktor Naczelna  
Biuletynu OIPIP w Łodzi

Szanowna Pani Redaktor!

Bardzo dziękuję za opublikowanie artykułu w Biuletynie OIPIP nr 1 z 2009 r., jednakże w treści wkrały się błędy, które:

- poddają w wątpliwość kwalifikacje osób wymienionych w wersie 1- 4 kolumna 3. W tekście pierwotnym, który załączam przed nazwiskami wykładowców dla zaznaczenia ich kwalifikacji zgodnie z regułą 206 pisowni polskiej - skróty tytułów i nazw osób w postaci podwójnej (dla zaznaczenia liczby mnogiej) zapisujemy w formie mgr mgr i dalej wymieniamy osoby, które zgodnie z ww. regułą posiadają ten tytuł. Regułę tę opisuje m.in. słownik ortograficzny języka polskiego pod red. prof. Mieczysława Szymczaka, PWN, Warszawa 1986, strona 131 oraz Słownik poprawnej polszczyzny, pod red. prof. Witolda Doroszewskiego. PWN, Warszawa 1980, s. 697 a także Nowy słownik poprawnej polszczyzny pod red. prof. Andrzeja Markowskiego. PWN, Warszawa, 2002, np. s.148 (o docentach) i analogicznie s. 418 np.: „mgr Kowalski i mgr Nowak a. mgr mgr Kowalski i Nowak”. Ponieważ w opublikowanym tekście nie ma podwójnego zaznaczenia osoby, które wymienione są w dalszym ciągu trudno jednoznacznie uznać za posiadające ten tytuł.

- błędnie opisują zamieszczone zdjęcia na str. 21 i 22. opis zdjęcia na stronie 21 powinien być zamieszczony na str 22 i odwrotnie.

W związku z powyższym proszę o zamieszczenie stosownego sprostowania do Redakcji w najbliższym numerze „Biuletynu”.

z poważaniem  
Dorota Kilańska

### Sprostowanie od Redakcji

W nawiązaniu do pisma Pani mgr Doroty Kilańskiej z dn. 18.01.2009 r. w sprawie sprostowania dotyczącego artykułu pt. „Kształcenie pielęgniarek na Uniwersytecie Medycznym” opublikowanego w Biuletynie OIPIP Nr 1/2009 autorstwa Pani mgr Doroty Kilańskiej, Redakcja Biuletynu zamieszcza sprostowanie odnośnie pisowni - skrótów tytułów dla zaznaczenia kwalifikacji wykładowców wymienionych w/w artykule na str. 21, kolumna 3, wers 1 - 4 (od dołu) oraz na str. 22, kolumna 1, wers 1 - 7 (od góry), w ten sposób, iż dodaje do każdego zamieszczonego nazwiska skrót mgr. W opublikowanym tekście brak jest podwójnego zaznaczenia tytułu - mgr, mgr - co mogło zasugerować, że wymienione osoby nie posiadały tytułu magistra, a to jest niezgodne z prawdą. Jednocześnie prostujemy opisy zdjęć o których mowa w w/w piśmie zgodnie z zawartymi w nim sugestiami.

Za zaistniałą pomyłkę, wynikającą z błędu technicznego, Redakcja Biuletynu najmocniej przeprasza.

# Problemy pacjenta z depresją

mgr Grażyna Figura

## Etiologia depresji

**Depresja jest jednym z najczęstszych stanów patologicznych. Ryzyko zachorowania na nią dotyczy co najmniej 10% dorosłej populacji i jest dwukrotnie większe u kobiet.**

**W najłagodniejszej formie depresja oznacza poczucie przygnębienia, niezadowolenia, braku perspektyw. W średnio nasilonej depresji dotknięta nią osoba radzi sobie z codziennymi problemami, ale wymaga to od niej ogromnego wysiłku. Ciężka depresja uniemożliwia prowadzenie normalnego życia w dotychczasowej formie. Człowiek może czuć się bezradny a nawet mieć myśli samobójcze. W czasie epizodu depresyjnego nasilenie dolegliwości wywołuje tak wielkie cierpienie, że pociąga za sobą zachowania zagrażające dobru jednostki, doprowadzając do jej nieprzystosowania społecznego, co wpływa na jej rozwój oraz uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Depresja wymaga leczenia, ponieważ nieleczona stanowi najczęstszą przyczynę samobójstw.**

Przyczyny depresji są liczne i różnorodne. Oprócz predyspozycji genetycznych do wystąpienia depresji prawdopodobnie przyczyniają się cechy nabyte w środowisku rodzinnym oraz utrwalone cechy osobowości lub skłonności do reagowania lekkiem. Depresja może wystąpić samoistnie. Wśród czynników wyzwalających wymienia się także uwarunkowania psychospołeczne lub choroby fizyczne.

## Postacie depresji

Główne postacie depresji to:

1. depresja jednobiegunowa - występują wyłącznie epizody depresji,
2. depresja w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych - występują epizody manii lub hipomanii,
3. depresja w zaburzeniach adaptacyjnych,
4. dystymia - uporczywe zaburzenia nastroju.

## Objawy depresji

W obrazie klinicznym depresji dominuje przede wszystkim obniżenie nastroju odczuwane przez pacjentów jako stan przygnębienia, rezygnacji, smutku. U osoby cierpiącej na depresję następuje osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchu. Obniżenie napędu psychoruchowego przejawia się spowolnieniem tempa myślenia, zaburzeń pamięci i koncentracji uwagi, problemami z podejmowaniem decyzji oraz poczuciem rozdrażnienia, niepokoju. Inne objawy obejmują problemy z odżywianiem - utrata apetytu, spadek masy ciała lub wręcz przeciwnie przejadanie się i tycia, a także trud-

ności z zasypianiem, wczesne budzenie się czy trudności z porannym wstawaniem oraz senność w ciągu dnia. Konsekwencją wszystkich wymienionych symptomów depresji jest kolejny objaw - zaburzenia aktywności. Chory izoluje się od świata, unika towarzystwa innych ludzi, zrywa nawet bardzo bliskie relacje interpersonalne. Pacjenci są krytyczni w stosunku do swojej choroby, zaś ta świadomość sprawia że jeszcze bardziej przeżywają własną bezradność.

## Problemy pacjenta i wynikające z nich interwencje terapeutyczne

### 1. Trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów

Przyczyną są przede wszystkim zaburzenia nastroju, emocji i procesów poznawczych, lęku, urojeń, niskiej samooceny oraz myśli i tendencji samobójczych. Należy stworzyć warunki umożliwiające nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu chorego z innymi poprzez:

- postrzeżenie pacjenta i oferowanie siebie,
- uważne słuchanie,
- należy być otwartym, autentycznym, akceptującym i empatycznym,
- koncentracja na tym, co przeżywa pacjent,
- zachęcanie do opisu przeżyć,
- zachęcanie pacjenta do udziału w muzykoterapii,
- odwracanie uwagi od uporczywych myśli,



- wspieranie,
- budowanie nadziei.

## **2. Ryzyko popełnienia samobójstwa**

Problem wynika z myśli i tendencji samobójczych, urojeń, lęku, bezsilności wobec cierpienia. Należy dążyć do stworzenia choremu poczucia bezpieczeństwa poprzez:

- okazanie choremu empatii i zrozumienia jego przeżyć i zachowań,
- unikanie oceniania chorego,
- prowadzenie wnikliwej obserwacji,
- przeciwdziałanie próbom samobójczym poprzez ciągłe przebywanie z pacjentem i rozmowę,
- zapewnienie wsparcia,
- motywowanie do życia poprzez pokazywanie celu życia,
- odwrócenie uwagi chorego od uporczywego myślenia,
- wzbudzanie nadziei.

## **3. Przeżywanie negatywnych emocji i występowanie negatywnych myśli**

Problem wynika z obniżonego nastroju, smutku, lęku, poczucia winy oraz negatywnego myślenia o sobie, rzeczywistości i przyszłości.

Należy pomóc pacjentowi w kontrolowaniu negatywnych emocji i myśli poprzez:

- aktywne słuchanie,
- zachęcanie do opisu przeżyć,
- poszukiwanie źródeł negatywnych emocji,
- analizowanie negatywnych myśli,
- zwiększanie liczby myśli pozytywnych,
- wzmacnianie poczucia własnej wartości chorego,
- podkreślanie najdrobniejszych osiągnięć,
- wspieranie pacjenta w trudnych sytuacjach,
- zachęcanie do udziału w terapii indywidualnej i grupowej.

## **4. Trudności w podejmowaniu aktywności ruchowej**

Przyczyną jest obniżony napęd psychoruchowy objawiający się spowolnieniem tempa myślenia, zaburzeniami pamięci i koncentracji, spowolnieniem ruchów. Konieczne jest zapewnienie aktywności ruchowej poprzez:

- planowanie wspólnie z pacjentem aktywności w ciągu dnia,
- wzmacnianie pacjenta poprzez zwrócenie uwagi na każdą próbę podejmowania działań.

## **5. Przeżywanie urojeń depresyjnych**

Problem wynika z objawów depresji występujących jako zaburzenia myślenia. Konieczne jest niwelowanie urojeń depresyjnych poprzez:

- nawiązywanie kontaktu z pacjentem,
- odwrócenie uwagi pacjenta od przeżyć urojeniowych,
- nienegowanie urojeń,
- zachowanie spokoju,
- rozpoznawanie rodzaju urojeń i ich nasilenia,
- uczenie pacjenta strategii postępowania z urojeniami,
- udzielanie wsparcia.

## **6. Zaburzenia snu w nocy**

Niepokój, lęk powodują trudności ze snem lub krótki sen. Należy zapewnić odpowiednią liczbę godzin snu poprzez:

- obserwacja chorego,
- uświadomienie pacjentowi, co jest przyczyną zaburzeń jego snu,
- stosowanie techniki relaksacyjnej,
- stosowanie farmakoterapii (zalecenia lekarskie),

## **7. Trudności w zaspokajaniu potrzeb**

Brak sił, bezradność, lęk, poczucie zmęczenia i znużenia są przyczyną w zaspokajaniu potrzeb biologicznych.

Należy pomóc pacjentowi w zaspokajaniu potrzeb biologicznych poprzez:

- obserwowanie (podczas toalety, spożywania posiłków i przyjmowanych płynów),
- proponowanie pomocy przy wykonywaniu toalety,
- poznać przyczynę odmowy przyjmowania posiłków,
- zwracanie uwagi na wygląd zewnętrzny pacjenta,
- wspieranie pacjenta,
- kontrolowanie wypróżnień i masy ciała,
- wzmacnianie pozytywnych zachowań pacjenta.

## **8. Brak poczucia wsparcia**

Najczęściej spowodowany jest niezrozumieniem istoty choroby przez osoby bliskie.

Należy zapewnić choremu poczucie wsparcia poprzez:

- nawiązywanie kontaktu emocjonalnego,
- okazywanie choremu empatii i zrozumienia,
- uważne słuchanie chorego,
- bycie z chorym,
- zapewnienie bezpieczeństwa,
- pomoc w trudnych sytuacjach,
- przeprowadzenie rozmowy z rodziną o możliwości wspierania chorego,
- budowanie nadziei u chorego.

Depresja może być uleczalna i wielu osobom udaje się ją pokonać, niezależnie od przyczyn.

### **Literatura:**

1. „Depresje – Rozpoznawanie i leczenie”; Kasper, Buchkremer; Springer PWN; Warszawa 1995.
2. „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego”; red. Ewa Wilczek – Rużyczka; CZELEJ; Lublin 2007.
3. „Depresja w wieku podeszłym”; T.Parnowski; IPIŃ; Warszawa 2005

## *Z żałobnej karty*

Z żalem zawiadamiamy, że dnia 28 października 2008 r. w Warszawie zmarła w wieku 90 lat Pani Genowefa Buncler z domu Kanabus, pełniąca w latach 1968-1979 funkcję Pielęgniarki Przełożonej w Instytucie Pediatrii A.M. im. M. Konopnickiej w Łodzi – ul. Sporna 36/50.

Pani Genowefa Buncler ukończyła Szkołę Pielęgniarską przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Pierwszą pracę rozpoczęła jako pielęgniarka – nauczyciel szkolenia praktycznego w szpitalu PCK w Łodzi w 1947 r. W 1951 r. przechodzi do pracy w szkole pielęgniarskiej, gdzie obejmuje stanowisko kierownika szkolenia praktycznego. W latach 1960-1965 jest Przełożoną Pielęgniarek w PSK im. dr S. Sterlinga. W 1965 roku zostaje powołana na stanowisko Inspektora ds. Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Łodzi. Od 1968 do 1979 roku pracuje w Instytucie Pediatrii Akademii Medycznej w Łodzi na stanowisku Przełożonej Pielęgniarki, a po przejściu na emeryturę, do 1987 roku na stanowisku Pielęgniarki Przełożonej Poradni Przyklinicznych.



W czasie swojej czterdziestoletniej pracy zawodowej Pani Genowefa Buncler należała do grona najaktywniejszych społeczników, była wzorem pielęgniarki, doskonałym organizatorem, wybitnym pedagogiem i nauczycielem zawodu. Była również współzałożycielką Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi.

Za swoją działalność zawodową i społeczną była kilkakrotnie odznaczana:

- w 1954 r. – Odznaka za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia,
- w 1964 r. – Złoty Krzyż Zasługi,
- w 1974 r. – Medal 30-lecia PRL,
- w 1975 r. – Honorowa Odznaka Miasta Łodzi,
- w 1977 r. – Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski.

Pomimo upływu lat Pani Przełożona, Genowefa Buncler pozostaje nadal w pamięci Dyrekcji i pracowników szpitala im. M. Konopnickiej w Łodzi.

Dyrekcja i pracownicy SP ZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 im. M. Konopnickiej w Łodzi

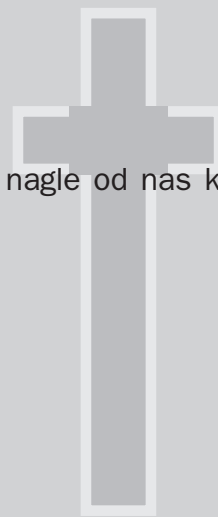
---

### ***Śpieszmy się kochać ludzi - tak szybko odchodzą...***

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy, że w styczniu 2009 roku odeszła nagle od nas koleżanka Irena Miziołek.

Pracowała w Klinice Neonatologii ICZMP.  
Umiała zrozumieć i uszanować drugiego człowieka.  
Była bardzo pogodna, życzliwa i bezkonfliktowa.

Odeszłaś, lecz my będziemy Cię zawsze pamiętać.  
Pogrążone w smutku koleżanki z ICZMP.



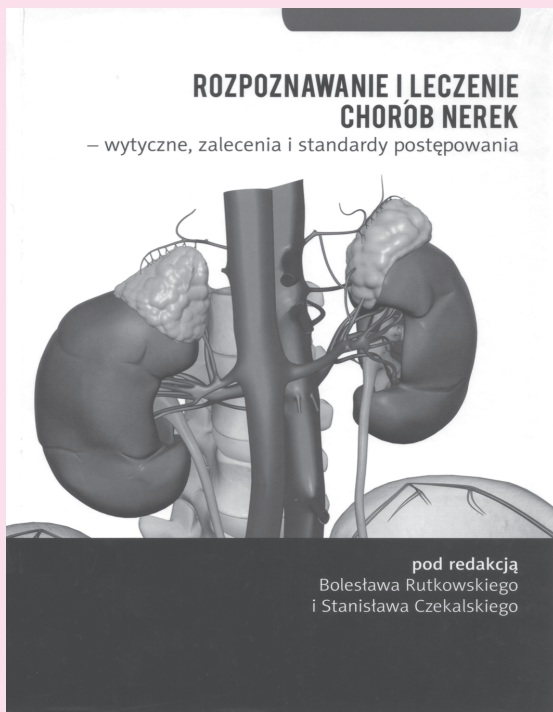




## Rozpoznawanie i leczenie chorób nerek.

### Wytyczne, zalecenia i standardy postępowania

Autorzy: Bolesław Rutkowski, Stanisław Czekalski



Wydawnictwo: Termedia Poznań  
rok wydania 2008, wydanie I,  
oprawa twarda  
**ISBN 978-83-89825-82-7**

Jest to najnowsza książka „Rozpoznawanie i leczenie chorób nerek – wytyczne, zalecenia i standardy postępowania” pod redakcją prof. Bolesława Rutkowskiego i prof. Stanisława Czekalskiego. W wielu dziedzinach medycyny, w tym nefrologii, opracowywane są międzynarodowe standardy postępowania czy też zalecenia. Oparte są one przede wszystkim na szczegółowej analizie literatury fachowej oraz faktów, które można uznać za potwierdzone ponad wszelką wątpliwość. Dodatkowo uczestnictwo w zespole opracowującym takie standardy międzynarodowej grupy ekspertów umożliwia wykorzystanie przy ich tworzeniu szerokiej gamy doświadczeń. Jeden z autorów niniejszego opracowania, uczestniczący w europejskiej grupie roboczej zajmującej się tym zagadnieniem, mógł zapoznać się ze złożonym procesem tworzenia tego rodzaju standardów i opracowań.

Książka ta to kolejna próba kompleksowego opracowania standardów w nefrologii. Składa się z czterech działów, w pierwszym dziale omówiono zagadnienia ogólne min. standardy, wytyczne i zalecenia a także zasady dobrej praktyki medycznej, epidemiologię chorób nerek, podstawowe objawy kliniczne schorzeń układu moczowego oraz badania laboratoryjne pomocne w rozpoznawaniu i różnicowaniu chorób nerek. Część druga, przedstawia postępowania diagnostyczno - terapeutyczne w podstawowych zespołach nefrologicznych: m. in. kłębuszkowym zapaleniu nerek, kamicy moczowej, ostrej i przewlekłej niewydolności nerek, zespołu nerczycowego i wielu innych. W części trzeciej przedstawiono postępowanie w podstawowych procedurach diagnostycznych i terapeutycznych jak np. biopsje, hemodializę, hemofiltracje i inne mechanizmy oczyszczania oraz przeszczepy nerek. Ostatni czwarty rozdział przedstawia wybrane zagadnienia organizacji opieki nefrologicznej - omówiono w nim organizację ośrodka hemodializy i ośrodka dializy otrzewnowej oraz opiekę nad pacjentami po przeszczepieniu nerki, w tym podkreślono ważną rolę współpracy lekarza rodzinnego ze specjalistą nefrologiem.

Bardzo ciekawa książka polecana nie tylko lekarzom ale wszystkim pracownikom medycznym placówek ochrony zdrowia.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska  
gł. specjalista ds. merytorycznych

**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

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

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

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

**Konto bieżące OIPIP**

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

**Biblioteka OIPIP**

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

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

e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl

tel. 042 633 92 98

**Prawo wykonywania zawodu**

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

tel. 042 633 32 13

**Pośrednictwo pracy i dział socjalny**

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

tel. 042 633 23 94

**Kasa**

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

tel. 042 639 92 76

**RADCA PRAWNY**

udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem

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

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

**UDZIELAJĄ:**

**mgr MARIA KOWALCZYK**

**AGNIESZKA KAŁUŻNA**

**OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ – mgr IRENA KRÓL**

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

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

**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**EWA SKIBA - dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca w godz. od 16.00 -17.00**

**REDAKTOR NACZELNA „BIULETYNU” – mgr MARIA KOWALSKA**

dyżuruje we wtorki w godz. 15.00 – 17.00

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

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

**Przewodnicząca**

**mgr Krystyna Walewska**

**środy w godz. 14.00 – 18.00**

**Wiceprzewodnicząca**

**mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)**

**Wiceprzewodnicząca**

**mgr Elżbieta Krokocka (położna)**

**Sekretarz**

**lic. pielęg. Anna Manes**

**II i IV poniedziałek miesiąca**

**w godz. 15.00 – 17.00**

**tel. 042 633 22 48**