

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Dorota Rybińska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Irena Król
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

mgr Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30 – 17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00 – 18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 22 48

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
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

Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;
tel. 42 639 92 62
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 042
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062

Biblioteka OIPiP

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. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00
tel. 42 633 23 94

Radca prawny

wtorek: 14.00 – 18.00, czwartek: 14.00 – 16.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

wtorek: 12.00 – 17.00; środa: 8.30 – 12.00, czwartek: 12.00 – 15.00;
piątek: 8.30 – 12.00
tel. 42 639 92 76

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 6

TEMAT MIESIĄCA 9

PRAKTYKA ZAWODOWA 15

PODZIĘKOWANIA 17

SZKOLENIA KURSY
KONFERENCJE 22

POŻEGNANIA 27

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 Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska
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.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Obchody Dnia Pielęgniarki i Położnej 2012



Akcja edukacyjna w Manufakturze Łódzkiej



Dwunastego maja w dniu obchodzonym jako Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i Zarząd Regionu Łódzkiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zorganizowały po raz siódmy akcję profilaktyczną dla mieszkańców Łodzi „Dzień z Pielęgniarką i Położną”. W akcji wzięły udział również łódzkie uczelnie kształcące pielęgniarki i położne Uniwersytet Medyczny i Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna oraz Akademia Zdrowia.

Akcja miała na celu działania prewencyjne w myśl starego hasła „lepiej zapobiegać niż leczyć”. W przygotowanych namiotach medycznych pielęgniarki i położne edukowały mieszkańców i wdrażały profilaktykę zdrowotną w zakresie min: nauki samobadania piersi, kontroli ciśnienia krwi, poziomu glukozy we krwi, porad w zakresie opieki i pielęgnacji noworodka i niemowlęcia, porad w zakresie diety, pomiaru tkanki tłuszczowej, zdrowego trybu życia. Paniom po 50-tym roku życia mogły wykonać mamografię. Dużym zainteresowaniem cieszył się przyspieszony

kurs udzielania pierwszej pomocy zarówno u osób dorosłych ale i chętnie brały udział w nim również i dzieci. Działania edukacyjne skierowane były głównie do kobiet choć i panowie korzystali z możliwości proponowanej profilaktyki głównie z badania tkanki tłuszczowej jak i niektórzy wraz z partnerkami uczestniczyli w pokazie samobadania piersi. Choć rano pogoda nas nie rozpieszczała padał deszcz, było zimno to z upływem godzin przybywało słońca jak i uczestników akcji. Dzień upłynął w miłej atmosferze i miejmy nadzieję, że przedsięwzięcie spełniło oczekiwania środowiska.

Organizatorzy akcji OIPIP i Zarząd Regionu OZZPiP składają podziękowania wszystkim pielęgniarkom i położnym które wzięły czynny udział w zorganizowaniu i przeprowadzeniu tej corocznej już akcji profilaktycznej dla mieszkańców naszego miasta oraz firmom InterRisk, Abbott Diabetes Care, Ortho-Medic, które pomogły i uczestniczyły w tym wydarzeniu.

Dzień z Pielęgniarką i Położną jest już tradycją na Rynku Manufaktury a więc do zobaczenia za rok. (J. G.)



Dzień Pielęgniarki i Położnej w USK im. WAM CSW

W dniu 11 maja 2012 roku z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej odbyło się uroczyste spotkanie dyrektora szpitala – dr n. med. Wiesława Chudzika, zastępcy dyrektora ds. klinicznych – prof. dr hab. n. med. Mariana Brockiego, zastępcy dyrektora ds. ekonomicznych – mgr inż. Joanny Pulińskiej-Gdulewicz oraz przełożonej pielęgniarek – mgr Agnieszki Topolskiej z pielęgniarkami szpitala.

W spotkaniu udział wzięli również zaproszeni goście: przewodnicząca OIPIP – mgr Agnieszka Kałużna oraz przedstawiciel Rady Społecznej Szpitala – mgr Zofia Komorowska.

Dyrektor szpitala Wiesław Chudzik podkreślił, jak bardzo ceni pracę pielęgniarek, jej profesjonalizm

w świadczonych działaniach zawodowych. Podziękował za rzetelną, oddaną pracę, dzięki której pacjenci nie tracą wiary w możliwość walki z chorobą.

Przewodnicząca ORPiP – mgr Agnieszka Kałużna – przekazała życzenia dobrego zdrowia, wytrwałości i satysfakcji zawodowej oraz spełnienia życiowych planów.

Po krótkich wystąpieniach pełnych podziękowań i życzeń wręczone zostały dyplomy i nagrody finansowe dla wyróżniających się w pracy zawodowej koleżanek pielęgniarek.

Uroczystość zakończyły koleżeńskie rozmowy w miłej atmosferze przy filiżance kawy i słodkościach.

mgr Elżbieta Jaros

www.oipp.lodz.pl

Dzień pielęgniarki i położnej w Instytucie CZMP



Dnia 10 maja w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki, jak w poprzednich latach, odbyło się uroczyste spotkanie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Międzynarodowego Dnia Położnej.

Swoją obecnością zaszczyliła nas pani mgr Agnieszka Kałużna – przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Organizatorzy uroczystości mgr Filomena Bielecka – naczelnia pielęgniarka – i prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski – dyrektor Instytutu CZMP – składając życzenia, wyrazili podziękowania za pracę i zaangażowanie w codziennym, trudnym pełnieniu służby przy pacjencie. Życzyli realizacji zamierzeń zawodowych oraz spełnienia w życiu osobistym i rodzinnym. Następnie

z dedykacją: „za dotychczasowe zaangażowanie w pracę, wyróżniającą się postawę zawodową, profesjonalne prowadzenie szkoleń nowo przyjętych koleżanek”, kilka pielęgniarek i położnych otrzymało „Nagrodę Dyrektora”.

Przewodnicząca ORPiP zabierając głos podkreśliła rangę zawodu pielęgniarki, położnej w zespole terapeutycznym.

Kolejnym punktem programu był wykład pani prof. Ewy Gulczyńskiej i mgr Wioletty Cedrowskiej-Adamus na temat „Życie za wcześniej – problem wcześniactwa w Polsce i w regionie łódzkim, trendy w pielęgniarstwie neonatologicznym – opieka ukierunkowana na rodzinę”.

Uroczystość zakończyła się miłym, słodkim poczęstunkiem.

Konsultant wojewódzki z dziedziny pielęgniarstwa ogólnego

W ostatnim numerze naszego samorządowego Biuletynu przedstawiliśmy Państwu listę konsultantów krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa. Od tego numeru chcielibyśmy sukcesywnie przedstawiać osoby naszych konsultantów wojewódzkich. W województwie łódzkim mamy obecnie 6 konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa: ogólnego, położniczo-ginekologicznego, epidemiologicznego, psychiatrycznego, rodzinnego i anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Oto pierwsza prezentacja: **konsultant wojewódzki z dziedziny pielęgniarstwa ogólnego – mgr Ewa Sychniak-Kozłowska**



Na wstępie poproszę Panią o przybliżenie nam swojej osoby.

W zawodzie pielęgniarki pracuję już od 36 lat. Ukończyłam Liceum Medyczne w Sieradzu, pracę zawodową rozpoczęłam w Szpitalu w Zduńskiej Woli na oddziale internistycznym. Po dwóch latach przeprowadziłam się do Łodzi i podjęłam pracę w Szpitalu im. Radlińskiego przy ul. Drewnowskiej 75 w Klinice Ortopedii. Z tym szpitalem związana byłam przez 20 lat pełniąc funkcję pielęgniarki odcinkowej, a następnie zastępcy pielęgniarki

oddziałowej. W 1996 roku przystąpiłam do konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Klinice Chirurgii Plastycznej w USK nr 1 im. N. Barlickiego, gdzie pełniłam tę funkcję przez 2 kolejne kadencje. W 1999 roku ukończyłam specjalizację z pielęgniarstwa chirurgicznego. W roku 2002 ukończyłam studia na Akademii Medycznej w Łodzi na Wydziale Pielęgniarstwa uzyskując tytuł magistra pielęgniarstwa. Następnym krokiem w mojej karierze zawodowej było przystąpienie do konkursu na Pielęgniarkę Naczelną w tymże szpitalu, w wyniku którego zostałam wybrana na to stanowisko. Od 2005 roku pełnię tę funkcję już drugą kadencję. Jednocześnie jestem Rzecznikiem Praw Pacjenta w moim szpitalu. Ukończyłam również studia podyplomowe na Politechnice Łódzkiej – Zarządzanie Służbą Zdrowia z Elementami Techniki Medycznej; oraz w 2011 również studia podyplomowe na Uniwersytecie Łódzkim – Prawo Medyczne, Prawa Pacjenta i Ubezpieczenia Zdrowotne. Posiadam mandat Delegata na XXVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Od kiedy pełni Pani funkcję Konsultanta i ile czasu trwa kadencja.

Na stanowisko konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa ogólnego powołana zostałam w 2011 roku przez Wojewodę Łódzkiego po wcześniejszej rekomendacji ORPiP w Łodzi. Kadencja trwa 4 lata.

www.oipp.lodz.pl

Jakie zadania powierzono Pani powołując na to stanowisko.

Konsultant działa na podstawie Ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia z dn. 6 listopada 2006 r. Do jego zadań należy:

- wykonywanie zadań opiniodawczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, NFZ, Rzecznika Praw Pacjenta,
- prowadzenie nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek, współpraca z samorządami pielęgniarskimi OIPIP w Łodzi i OIPIP w Sieradzu,
- udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej,
- sporządzanie opinii dotyczących doskonalenia zawodowego, pielęgniarek,
- przeprowadzanie kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, oraz kontrola dostępności tych świadczeń,
- kontrola wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny,
- sporządzanie opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie pielęgniarstwa, ocena norm zatrudnienia,
- występowanie z wnioskiem do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych o przeprowadzenie kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- sporządzanie sprawozdań i raportów dokumentujących wykonywanie zadań dla Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa,
- współpraca z Urzędem Wojewódzkim, Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego (WCZP), z konsultantami wojewódzkimi oraz konsultantami z innych dziedzin pielęgniarstwa.

Z jakimi problemami czy pytaniami zwracają się pielęgniarki.

Jestem konsultantem w dziedzinie pielęgniarstwa ogólnego, pielęgniarstwa jako podstawy innych dziedzin i specjalności. Moja praca obejmuje dość szeroki zakres specjalności pielęgniarskich. Są to sprawy istotne dotyczące wykonywania naszego zawodu, procedur pielęgniarskich, działań pielęgnacyjnych. Zwracają się do mnie pielęgniarki odcinkowe pytając o podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki, ale i pielęgniarki naczelne, przełożone mające wątpliwości w zarządzaniu kadrami. Wszystkie sprawy są dla mnie bardzo istotne, zarówno te dotyczące codziennej pracy pielęgniarki jak i te obejmujące zwolnienia, czy np. przekształcania zakładów opieki zdrowotnej. Dużo pytań które do mnie wpływają jest anonimowych, mówimy o problemach ale się z nimi nie identyfikujemy.

Jak Pani odbiera pełnienie funkcji konsultanta.

Rola jaką pełnię powinna opierać się na wsparciu osób, które tego potrzebują ale i na wyjaśnianiu spraw które budzą kontrowersje. Pielęgniarstwo jest zawodem o wysokim poziomie zaufania społecznego, na pierwszym miejscu powinno być zawsze dobro pacjenta. Swoją rolę widzę jako nic wiążącą wiele elementów; podstaw prawnych, standardów i doświadczenia praktycznego.

Dziękuję za czas poświęcony na rozmowę i życzę sukcesów w pracy zarówno zawodowej, jak i związanej z funkcją konsultanta wojewódzkiego.

Kontakt: mgr Ewa Sychniak-Kozłowska
tel. 42 677 69 08, email: ewa.sychniak@op.pl

Rozmowę przeprowadziła Joanna Gąsiorowska

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

V posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 25 kwietnia 2012 r.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 7 pielęgniarek.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położnej.
- Dokonano wymiany zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu – 2 pielęgniarkom i 1 położnej.
- Wpisano do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 4 pielęgniarki.

- Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek.
- Dokonano skrócenia okresu przeszkolenia po przerwie wykonywania zawodu przez okres dłuższy niż pięć lat – 3 pielęgniarkom.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – 1 wpis organizatora kształcenia podyplomowego.
- Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: sympozjum – 1 osobie, kursach specjalistycznych – 9 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 51 oso-

bom. Ogólny koszt przyznanych 61 osobom dofinansowań wyniósł 42 664,00 zł.

► Przyznano 10 zapomóg, w wysokości: 1x 5000 zł, 1 x 2800 zł, 3 x 2000 zł, 1 x 1500 zł oraz wsparcie finansowe w wysokości: 2 x 2000 zł i 2 x 1500 zł oraz odmówiono 2 osobom przyznania zapomogi, ze względu na brak udokumentowanego zdarzenia wymagającego wsparcia finansowego.

► Zatwierdzono:

- honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 4/2012.
- koszty szkolenia dla położnych i pielęgniarek „Cukrzyca u kobiet w okresie ciąży, porodu i jej wpływ na zdrowie noworodka” organizowanego przez Komisję Położnych OIPIP w Łodzi, w dniu 21 września 2012 r. w OIPIP w Łodzi – komunikat na s. 22
- wytypowano przedstawiciela ORPiP do 1 składu osobowego komisji kwalifikacyjnej postępowania na kształcenie podyplomowe pielęgniarek.

VII posiedzenia ORPiP w dniu 8 maja 2012 r.

- Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarek.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarek.
- Dokonano wykreślenia z rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położnej.
- Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarki.
- Dokonano zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- Dokonano zmiany okresu przeszkolenia po przerwie wykonywania zawodu przez okres dłuższy niż pięć lat – skrócono okres przeszkolenia 1 położnej i przedłużono okres przeszkolenia 1 pielęgniarki.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – 5 wpisów, w tym: 3 szkoleń specjalizacyjnych, 1 kurs kwalifikacyjny i 1 kurs specjalistyczny.
- Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: kursach specjalistycznych – 12 osobom, kursach kwalifikacyj-

nych – 41 osobom. Ogólny koszt przyznanych 53 osobom dofinansowań wyniósł 37 959,30 zł.

► Zatwierdzono:

- sfinansowanie czterem członkom Komisji pielęgniarek rodzinnych OIPIP w Łodzi, kosztów udziału w Konferencji „Pielęgniowanie Zdrowia Rodziny – Perspektywa Europejska” w Lublinie, w dniu 2 lipca 2012 r.
- koszty szkolenia dla położnych i pielęgniarek „Zrozumieć niemowlę. Wspieranie interakcji między rodzicami a dzieckiem” prowadzonego przez eksperta i trenera Skali Oceny Zachowania Noworodka według Brazeltona z Centrum NBAS w Polsce a organizowanego przez Komisję Położnych OIPIP w Łodzi w dniu 22 czerwca 2012 r. w OIPIP w Łodzi – komunikat na s. 22
- składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 3 edycji kursów specjalistycznych w zakresie: Resuscytacji krążeniowo-oddechowej (Nr 01/11), Szczepień ochronnych (Nr 03/07),
- organizowanych i finansowanych przez OIPIP w: Łodzi, Łęczycy i Zgierzu.
- kadre dydaktyczną dla dwóch kursów specjalistycznych w zakresie: Wykonywanie i ocena testów skórnych oraz Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych, organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi.
- zwiększenie kwoty o 1200,00 zł na koszty wykonania pieczętek imiennych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Uwaga – Przypominam, iż ostateczny termin wykonania pieczętek upływa w dniu 31 grudnia br. i po tym terminie zgłoszenia nie będą realizowane.

- koszty zakupu programu antywirusowego ESET NOD32 Antywirus Bussiness Edition Client dla stanowisk komputerowych w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

► Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do składów osobowych dwóch komisji kwalifikacyjnych i pięciu egzaminacyjnych dla szkolenia specjalizacyjnego, kursu kwalifikacyjnego i specjalistycznych, o które wystąpiło 2 organizatorów kształcenia: ERUDIO i Akademia Zdrowia.

- Wytypowanie przedstawicieli ORPiP w Łodzi do Rady Społecznej SPZOZ PABIAN-MED w Pabianicach,
- Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 1 pielęgniarki naczelnej i 8 pielęgniarek oddziałowych.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
sekretarz ORPiP



Zarząd Regionu Łódzkiego OZZPIP zaprasza Koleżanki i Kolegów na obchody z okazji 15-lecia powstania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Regionie Łódzkim. Uroczystość odbędzie się dnia 15 czerwca o godz. 12.30 w Kościele Świętego Ducha przy Placu Wolności 2, w czasie której odbędzie się poświęcenie sztandaru związkowego. Serdecznie zapraszamy.

Być pracownikiem czy nie być pracownikiem?

mgr GRAŻYNA ROMANOWSKA

Relacje pomiędzy pracownikiem a pracodawcą regulują kodeks pracy oraz inne akty prawne o charakterze powszechnym a także regulaminy obowiązujące w danym zakładzie pracy. Natomiast relacje pomiędzy podmiotami gospodarczymi (podmiotem leczniczym a osobą wykonującą działalność leczniczą) regulują kodeks cywilny, inne akty prawne np. ustawa o działalności leczniczej, wreszcie umowa zawarta pomiędzy tymi dwoma równorzędnymi podmiotami gospodarczymi. Postaram się wskazać Państwu zasadnicze różnice tych dwóch relacji. Wszystkie przepisy kodeksu pracy dotyczą wyłącznie pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę, a żadne postanowienia kodeksu pracy nie dotyczą osób samozatrudniających się (wykonujących działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej).

Pracownik – umowa o pracę	Osoba wykonująca działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – umowy kontraktowe
Podstawa prawna nawiązania: stosunku pracy (pracownik), współpracy (praktyka zawodowa)	
Umowa o pracę, której postanowienia muszą być zgodne z kodeksem pracy i nie mogą być mniej korzystne dla pracownika niż określa to kodeks pracy	Umowa, kontrakt, którego podstawą jest kodeks cywilny, ustawa o działalności leczniczej
Czas pracy	
7 godzin 35 minut na dobę i 37 godzin 55 minut na tydzień (w okresie rozliczeniowym) – art. 93 ust 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654) oraz zapisy kodeksu pracy	Brak regulacji ustawowych, czas wykonywania pracy wynika jedynie z umowy pomiędzy osobą wykonującą działalność leczniczą a podmiotem leczniczym
Rozkład czasu pracy	
Reguluje ustawa o działalności leczniczej oraz zapisy kodeksu pracy; co do zasady jest to system pracy 8 lub 12 godzinny	Brak regulacji ustawowych, rozkład czasu wykonywania pracy wynika jedynie z umowy kontraktowej; może to być na przykład system pracy 8 lub 12 godzinny, system przerwanych czasu pracy
Przerwy w czasie pracy	
15 minutowa przerwa (o ile czas pracy wynosi co najmniej 6 godzin na dobę) Dwie półgodzinne przerwy na karmienie piersią, w przypadku gdy dziecko karmione jest naturalnie	Brak regulacji ustawowych, przerwy w pracy może regulować umowa kontraktowa
Macierzyństwo, opieka nad dziećmi do lat 14, opieka nad dzieckiem chorym lub innym chorym członkiem rodziny	
Urlop macierzyński, zasiłek macierzyński – przysługują pracownikowi. Wymiar urlopu macierzyńskiego wynika z art. 180 kodeksu pracy. Pracownikowi przysługują 2 dni opieki nad dzieckiem do 14 roku życia. Urlop wychowawczy przysługuje, to czy będzie on płatny czy nie wynika z odrębnych przepisów. Urlop ten jest udzielany w ramach stosunku pracy i po jego zakończeniu pracownik wraca do swojej poprzedniej pracy. Sprawowanie osobistej opieki nad chorym dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny – przysługuje zasiłek opiekuńczy.	Zasiłek macierzyński będzie przysługiwał jedynie tej osobie, która odprowadza dobrowolną składkę na ubezpieczenie chorobowe. 2 dni opieki nad dzieckiem do 14 roku życia nie przysługują. Nie przysługuje urlop wychowawczy, bowiem przysługuje on jedynie w ramach stosunku pracy. Sprawowanie osobistej opieki nad chorym dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny - zasiłek opiekuńczy nie przysługuje.

Niezdolność do pracy

Pracownikowi przysługuje wynagrodzenie chorobowe przez pierwsze 33 lub 14 (dotyczy pracowników powyżej 50 r.ż.) dni niezdolności do pracy. Wynagrodzenia chorobowe wypłaca pracodawca. Jego wysokość uzależniona jest od okoliczności w jakich doszło do niezdolności do pracy. Wynagrodzenie to może wynosić 70%, 80% lub 100% wynagrodzenia. Pracodawca ma możliwość wypłaty wyższego wynagrodzenia chorobowego niż 70% lub 80% o ile jest to przewidziane w regulaminie wynagradzania lub zakładowym układzie zbiorowym pracy. Jeżeli pracodawca jest niewypłacalny, wówczas wynagrodzenie chorobowe wypłaca Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. Pracownikowi przysługuje zasiłek chorobowy, po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Zasiłek chorobowy wypłaca ZUS od 34 dnia niezdolności do pracy, co do zasady przez okres nie przekraczający 182 dni nieobecności w pracy (licząc od pierwszego dnia nieobecności). Podstawą wymiaru zasiłku dla pracownika jest przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacane za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy albo wynagrodzenie z faktycznego okresu zatrudnienia za pełne kalendarzowe miesiące, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem okresu 12 miesięcy od podjęcia zatrudnienia w zakładzie pracy.

Osobie samozatrudniającej się nie przysługuje wynagrodzenia chorobowe. Zasiłek chorobowy będzie przysługiwał jedynie tej osobie, która odprowadza dobrowolną składkę na ubezpieczenie chorobowe, po upływie 90 dni nieprzerwanego odprowadzania tego ubezpieczenia. Zasiłek chorobowy przysługuje co do zasady przez okres 182 dni. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przeciętny miesięczny przychód, od którego opłacana jest składka na ubezpieczenie chorobowe lub wypadkowe, za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy. Jeśli niezdolność do pracy powstała przed upływem tego okresu, to podstawą wymiaru zasiłku chorobowego jest przeciętny miesięczny przychód, od którego opłacana jest składka na ubezpieczenie chorobowe lub wypadkowe, za okres pełnych kalendarzowych miesięcy ubezpieczenia, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składek na to ubezpieczenie.

Urlopy

Pracownikowi przysługuje płatny urlop wypoczynkowy, co reguluje kodeks pracy. Urlopy okolicznościowe, które przysługują pracownikowi z prawem do zachowania wynagrodzenia to: 1) 2 dni – w razie ślubu pracownika lub urodzenia się jego dziecka albo zgonu i pogrzebu małżonka pracownika lub jego dziecka, ojca, matki, ojczyma lub macochy, 2) 1 dzień – w razie ślubu dziecka pracownika albo zgonu i pogrzebu jego siostry, brata, teściowej, teścia, babki, dziadka, a także innej osoby pozostającej na utrzymaniu pracownika lub pod jego bezpośrednią opieką. Podstawą prawną jest Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy (Dz. U. z 1996 r. Nr 60, poz. 281 ze zmianami)

Osobie samozatrudniającej się nie przysługuje płatny urlop wypoczynkowy, chyba że zostało to prawo zapisane w umowie kontraktowej. Urlopy okolicznościowe nie przysługują osobom samozatrudniającym się.

Wynagrodzenie

Pracownikowi przysługuje wynagrodzenie, na które może składać się na przykład: 1) wynagrodzenie zasadnicze, 2) dodatek stażowy – jego maksymalna wysokość to 20% wynagrodzenia zasadniczego, 3) dodatek za pracę w porze nocnej, 4) dodatek za pracę w niedziele i święta, 5) dodatek funkcyjny, 6) dodatek za pracę w zespołach wyjazdowych. Termin wypłaty wynagrodzenia musi być podany do wiadomości pracownika. Wypłaty wynagrodzenia dokonuje się przynajmniej raz w miesiącu, nie później jednak niż w ciągu pierwszych 10 dni następnego miesiąca. Powyższe kwestie uregulowane są kodeksem pracy, regulaminem wynagradzania.

Wysokość wynagrodzenia oraz termin dokonania jego wypłaty w przypadku osoby samozatrudniającej się reguluje umowa kontraktowa.

Odprawa rentowa, emerytalna, pośmiertna

Pracownikowi przysługuje odprawa rentowa lub emerytalna. Rodzinie pracownika w przypadku jego śmierci przysługuje odprawa pośmiertna. Kwestie te reguluje kodeks pracy.

Osobie samozatrudniającej się odprawa rentowa lub emerytalna, o których mowa w kodeksie pracy nie przysługują. Rodzinie osoby samozatrudniającej się odprawa pośmiertna nie przysługuje.

Rozwiązanie umowy o pracę, rozwiązanie umowy kontraktowej	
Stosunek pracy jest chroniony. Kodeks pracy przewiduje: 1) okres wypowiedzenia stosunku pracy, 2) obowiązek uzasadnienia wypowiedzenia stosunku pracy, w przypadku umów na czas nieokreślony, 3) dni wole od pracy na czas poszukiwania pracy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, 4) zakaz rozwiązywania stosunku pracy w okresie przedemerytalnym, w okresie ciąży, urlopu macierzyńskiego.	Umowa kontraktowa nie jest chroniona tak jak stosunek pracy. Upływa z terminem na jaki została zawarta. Strony mogą w niej ustalić okres jej wypowiedzenia. Umowa kontraktowa choćby najkorzystniejsza kończy się po określonym w niej terminie i nigdy nie ma gwarancji na równie korzystną (o ile taką była). Umowy kontraktowe z podmiotami leczniczymi nie dają nam samodzielności. Umowy te zwalniają podmioty lecznicze z obowiązków ciążyących na pracodawcach. Do rzadkości należą sytuacje, w których w ramach dobrych praktyk podmiot, z którym zawieramy umowę daje słowną gwarancję możliwości powrotu na etat (jeżeli był naszym dotychczasowym pracodawcą).
Odprawa z tytułu rozwiązania stosunku pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika	
Pracownikowi przysługuje odprawa z tytułu rozwiązania stosunku pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika	Nie przysługuje osobie samozatrudniającej się.
Rozwiązywanie sporów	
Pracownikowi przysługuje prawo wystąpienia z roszczeniem do sądu pracy. Przy rozwiązywaniu sporów można o pomoc zwrócić się do zakładowej organizacji związkowej, Państwowej Inspekcji Pracy.	Nie przysługuje osobie samozatrudniającej się prawo zwrócenia się do Sądu pracy lecz jedynie do sądów cywilnych. Nad umowami kontraktowymi nie rozciąga się jurysdykcja Państwowej Inspekcji Pracy.
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	
Pracownik nie ma obowiązku posiadać ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarstwa, położnej.	Osoba wykonująca działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej ma obowiązek posiadać obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Wysokość ubezpieczenia określa Minister Finansów.
Odpowiedzialność za szkody wyrządzone osobom trzecim, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodne z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych	
Za szkody wyrządzone przez pracownika osobom trzecim co do zasady odpowiada pracodawca. Pracownik ponosi odpowiedzialność pracowniczą, porządkową przed pracodawcą. Odpowiedzialność materialna pracownika co do zasady jest ograniczona do wysokości 3 miesięcznych pensji.	Za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodne z prawem zaniechanie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz szkody wyrządzone osobom trzecim solidarnie odpowiada podmiot leczniczy jak i osoba wykonująca działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej. Tej odpowiedzialności nie może znieść żadna umowa. Wysokość odszkodowania oraz innych zobowiązań będących następstwem wyrządzenia szkody jest niczym nieograniczona.
Dokumentacja medyczna, sprzęt medyczny	
Zarówno dokumentacja medyczna, sprzęt medyczny są własnością podmiotu leczniczego. Pracownikowi są one niejako dostarczane by mógł on wykonywać powierzone mu obowiązki.	Zarówno dokumentacja medyczna, sprzęt medyczny są własnością podmiotu leczniczego. Osobie wykonującej praktykę zawodową, są one niejako dostarczane by mogła ona wykonywać powierzone jej w umowie kontraktowej obowiązki.
Odzież ochronna	
Wyposażenie w odzież ochronną przysługuje pracownikowi na zasadach określonych kodeksem pracy.	Wyposażenie w odzież ochronną nie przysługuje. Jeżeli w umowie kontraktowej nie będzie postanowień o otrzymaniu od podmiotu leczniczego odzieży ochronnej, to osoba prowadząca praktykę zawodową sama będzie musiała się w nią wyposażyć.
Emerytura, renta z tytułu niezdolności do pracy	
Renata z tytułu niezdolności do pracy przysługuje. Emerytura przysługuje, jej wysokość uzależniona jest od wysokości odprowadzanych składek emerytalnych.	Renata z tytułu niezdolności do pracy przysługuje. Emerytura przysługuje, jej wysokość uzależniona jest od wysokości odprowadzanych składek emerytalnych.
Zaliczki na podatek dochodowy, obowiązek rozliczeń z ZUS -em	
Wysokość zaliczki na podatek dochodowy ustala pracodawca, na nim też ciąży obowiązek jej odprowadzenia. Jeżeli pracownik samodzielnie składa roczne zeznanie podatkowe, to musi je przechowywać przez okres 5 lat od zakończenia roku, za który dokonał rozliczenia. Składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne odprowadza pracodawca i to on ma obowiązek przechowywania dokumentacji. Składka na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe) w częściach określonych przepisami prawa obciążają pracownika i pracodawcę. Wysokość tej składki uzależniona jest od faktycznie wyliczonego wynagrodzenia brutto.	Wysokość zaliczki na podatek dochodowy ustala osoba wykonująca praktykę zawodową, na niej ciąży obowiązek odprowadzenia zaliczki na podatek dochodowy, przechowywania dokumentacji księgowej. Podobnie składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne odprowadza samodzielnie osoba wykonująca praktykę zawodową, należy przechowywać i tę dokumentację, a także na bieżąco śledzić zmiany w podstawie obliczania składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne. Składkę na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe) odprowadza w pełnej wysokości samozatrudniony. Wysokość składki uzależniona jest od zadeklarowanych dochodów, nie mniejsza jednak niż kwota określana co roku przez ZUS

Urazy czaszkowo-mózgowe u dzieci

„CICHY ZABÓJCA”

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Zapobieganie wypadkom i urazom wśród dzieci jest jednym z kierunków polityki zdrowotnej zawartym w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 (3 Cel strategiczny – zmniejszenie ilości niezamierzonych urazów i ich skutków).



„Żaden uraz głowy nie jest tak łagodny, aby go całkowicie lekceważyć, ani żaden tak ciężki, aby tracić wszelką nadzieję.”

Hipokrates

Pourazowe uszkodzenie mózgu jest główną przyczyną zgonów oraz nabytych zaburzeń neurologicznych i psychologicznych u dzieci w Polsce. Stanowi nadal otwarty i niezwykle ważny problem socjomedyczny, może prowadzić do trwałego kalectwa, powodującego straty z powodu przyszłej niezdolności do pracy. Urazy wraz z nowotworami i chorobami układu krążenia stały się według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) trzecim głównym czynnikiem sprawczym ogółu zgonów zarówno w świecie, jak i w Polsce. Według wskaźników zachorowalności, śmiertelności i strat ekonomicznych związanych z urazami głowy Narodowa Fundacja Urazów Zdrowotnych (National Health Injury Foundation – NHIF) określa urazy głowy jako „cichą epidemię”. Ocenia się, że na świecie z powodu urazów ginie od 18 do 70 osób na 100 tysięcy mieszkańców. W Stanach Zjednoczonych wypadki komunikacyjne pochłonęły znacznie więcej ofiar, niż we wszystkich wojnach prowadzonych w jej historii. Co roku notuje się tam ponad 2 miliony urazów głowy, około 500 tysięcy chorych wymaga hospitalizacji, z czego nawet połowa prowadzi do ciężkiego kalectwa. Urazowe uszkodzenia mózgu powodują rocznie około 50 tysięcy zgonów, a skutki ekonomiczne sięgają rzędu 25 miliardów dolarów, pomijając niewymierne, niematerialne szkody.

W Polsce brak jest dokładnych i wiarygodnych danych na temat epidemiologii urazów. Uważa się, że co piąty

uraz głowy jest na tyle ciężki, iż może zagrozić życiu człowieka, a rocznie z jego powodu ginie około 30 tysięcy osób. Polska ma jeden z najwyższych wskaźników śmiertelności w wypadkach drogowych. Najkorzystniejsza sytuacja jest w krajach skandynawskich, np. w Finlandii prowadzona przez 30 lat kampania rządowa doprowadziła do zredukowania liczby śmiertelnych wypadków o 50 proc., pomimo trzykrotnego zwiększenia się natężenia ruchu na drogach. Najmniej korzystna jest sytuacja w krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

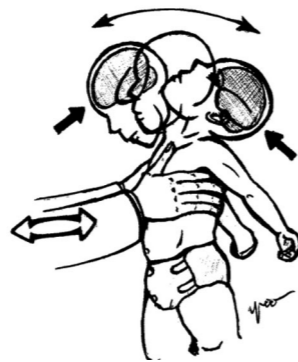
Zbliżające się wakacje to okres zwiększonej wypadkowości wśród dzieci. Mózg z powodu delikatnej budowy jest w znacznym stopniu narażony na uszkodzenia, mimo że jest chroniony przez kości czaszki, którą można porównać do „puszki kostnej”. Kość ciemieniowa dziecka jest cienka i może łatwo pękać pod wywieranym naciskiem. W chwili urodzenia rozwój ośrodkowego układu nerwowego (OUN) nie jest zakończony. W ciągu pierwszych 3 lat życia dojrzewanie mózgu odbywa się w takim tempie, jak w okresie wewnątrzmacicznym i trwa do wieku nastoletniego. Należy pamiętać o tym, iż niemowlęta charakteryzują się dużą głową w stosunku do reszty ciała, mają słabe mięśnie szyi, które nie podtrzymują skutecznie dużej głowy, a ich mózg jest bardziej wrażliwy na działanie urazu, zwłaszcza przy upadkach. Całkowite ukształtowanie czaszki dokonuje się około 10 roku życia dziecka, która odgrywa bardzo ważną rolę neuroprotekcijną mózgu. Odkształcenie kości trwa milisekundy.

Występowanie pourazowego uszkodzenia mózgu jest nagminne, zwłaszcza gdy dziecko pozostaje bez nadzoru dorosłych. Fakt, iż dzieci ulegają urazom może nie dziwić z uwagi na ich aktywność fizyczną, ciekawość otaczającego świata oraz brak przewidywania groźnych następstw.

Uraz może wystąpić w domu, w szkole, na placu zabaw, w czasie uprawiania sportów wyczynowych i rekreacyjnych, na skutek upadku w poziomie lub z wysokości, pobicia, przemocy (zespół dziecka maltretowanego), jak również w wyniku wypadków komunikacyjnych (potrącenie pieszych, nieodpowiednie zabezpieczenie dzieci w czasie transportu). Ich nasilenie obserwuje się w okresie wiosennym i letnim. Grupą szczególnie zagrożoną jest młodzież w wieku 15-17 lat (często jako sprawcy), a dzieci do lat 6 poszkodowani są jako pasażerowie. Dużą grupę ofiar stanowią nieletni piesi i rowerzyści. Śmiertelność z powodu urazów głowy nadal wzrasta na skutek bezpośredniego uszkodzenia, bądź też wtórnie w wyniku niedokrwienia i niedotlenienia mózgu. Niewystarczające lub niewłaściwe stosowanie zabezpieczeń przez dzieci znacznie zwiększa ryzyko urazu.

Urazy u noworodków to głównie urazy okołoporodowe, stanowiące przyczynę około 2-3 proc. zgonów, rzadziej wypadki związane z upuszczeniem dziecka. U dzieci młodszych dochodzi w większości do urazów w wyniku upadków, natomiast u dzieci starszych podobnie jak i u ludzi dorosłych urazy komunikacyjne stanowią podstawową przyczynę urazów głowy. Około 80 proc. urazów u dzieci stanowią urazy tępe, natomiast otwarte występują znacznie rzadziej. Poniżej 14 roku życia śmiertelność jest mniejsza niż u dzieci starszych. Liczba trwałych uszkodzeń i stanów wegetatywnych jest wysoka i wynosi około 28 proc. Częstość występowania urazów jest 2-3 krotnie wyższa u chłopców niż u dziewcząt. Umieralność pourazowa dzieci i młodzieży na wsi jest wyższa niż w mieście, natomiast hospitalizacja z powodu urazów lekkich jest częstsza w miastach. Częstość występowania urazów wśród nieletnich pieszych ma związek ze statusem społeczno-ekonomicznym, gdyż w regionach zaniedbanych wypadki zdarzają się 2,5 razy częściej, a umieralność jest 40 razy wyższa.

Warto zwrócić uwagę na problem przemocy w rodzinie i spotykanego w naszym kraju zespołu dziecka maltretowanego. Okazuje się, iż nawet gwałtowne potrząsanie dzieckiem może doprowadzić w konsekwencji do powstania przewlekłych krwiaków podtwardówkowych (przymózgowych), uszkodzenia mózgu dziecka, wylewów krwawych do siatkówki oka oraz awulsyjnych złamań kości długich i kości czaszki. Zjawisko to w literaturze dało podstawy do opisanego „zespołu dziecka potrąsanego – *shaken baby syndrome*” występującego aż w 57 proc., zwłaszcza u niemowląt poniżej 1 roku życia ze względu na wiotkość połączeń kostnowastkowych. Jednym z najczęstszych następstw urazu głowy jest wstrząśnienie mózgu. U niemowląt i małych dzieci (0-3 lat) typowe objawy mogą nie występować, stwierdza się natomiast częste wymioty, senność, bledłość powłok skórnych, apatię i tkliwy płacz występujący bezpośrednio po urazie.



Uraz w mechanizmie *whiplash shaken infant syndrome*, wielokrotne bezuderzeniowe działanie siły.

Pourazowe krwiaki nadtwardówkowe występują w każdej grupie wiekowej, jednak najczęściej spotykane są w drugiej i trzeciej dekadzie życia, rzadko poniżej 2 roku życia (częściej krwiaki podtwardówkowe). Fakt ten tłumaczy się silnym przyleganiem opony twardej do blaszki wewnętrznej kości pokrywy czaszki u dzieci. Najczęstszą przyczyną omawianych krwiaków są urazy kontaktowe o lekkim i średnim natężeniu, powodujące trwałą lub przejściową deformację kości czaszki, rzadziej obrażenia tkanki mózgowej. Dzieci doznają tego typu urazów w wyniku wypadków komunikacyjnych, upadków z wysokości, z roweru, uderzeń tępym narzędziem, podczas napadów padaczkowych lub uprawiania sportu. Stan kliniczny dziecka zależy od siły doznanego urazu, szybkości powiększania się krwiaka oraz towarzyszących urazów wewnątrzczaszkowych. Największe ryzyko powiększania się krwiaka ma miejsce w pierwszych 3 dniach od urazu. Po 5-6 dniach może wystąpić pogorszenie stanu klinicznego na skutek narastania obrzęku pourazowego, dlatego też hospitalizacja nie powinna być krótsza niż 7 dni. Postępowaniem leczniczym w przypadku krwiaka nadtwardówkowego jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego – kraniotomii, czyli usunięcia krwiaka (zwartego skrzepu) oraz zamknięcie uszkodzonego naczynia krwionośnego.

Reakcją mózgowia na zadziałanie czynnika uszkodzającego jest jego obrzęk. Narastanie obrzęku jest jednym z najbardziej niekorzystnych zdarzeń w kaskadzie wywołanej przez urazy czaszkowo-mózgowe. Mechanizm ostrego powstawania obrzęku mózgu wyzwała zwykle niedotlenienie. Najczęściej występuje w pierwotnych ogniskach stłuczeń i rozerwaniu mózgu. Pojawia się w 4-5 dobie po przebytych urazach. Zaburzeniom świadomości najczęściej towarzyszą bóle głowy połączone z nudnościami i wymiotami, bradykardia oraz senność. Bardzo ciężkim obrażeniem jest stłuczenie mózgu, które może obejmować półkule mózgowie, pień mózgu i mózdzek. Objawia się krwotoczną martwicą oraz obrzękiem tkanki nerwowej i zazwyczaj długą utratą przytomności. Mogą pojawiać się nasilone objawy neurologiczne pod postacią niedowładów lub porażień kończyn i niektórych nerwów

czaszkowych jak również objawy padaczki. Stłuczeniu może towarzyszyć rozerwanie mózgu. Pacjenci ze stłuczeniem mózgu wymagają wnikliwego monitorowania i intensywnego leczenia. Większość pierwotnych ciężkich uszkodzeń pnia mózgu prowadzi do nieodwracalnych uszkodzeń ważnych ośrodków życiowych i niestety złego rokowania – śmierci dziecka.

Przestrzeganie obowiązujących przepisów i podstawowych zasad bezpieczeństwa ma kluczowe znaczenie dla ograniczenia liczby wypadków (w tym śmiertelnych) i związanych z nimi niepełnosprawności. W krajach Wspólnoty Europejskiej nastąpiło zmniejszenie się śmiertelności wśród ofiar wypadków drogowych mimo wzrostu liczby pojazdów mechanicznych, dzięki dostatecznej prewencji i odpowiednim przepisom prawnym. Środki ochronne, tj.: pasy bezpieczeństwa, wyposażenie samochodu w poduszkę ochronną, wzmocnienie drzwi, ulepszenie zamków, zastosowanie zagłówków (mniej urazów *whiplash injury* – „smagnięcia biczem” – tj. gwałtownego nadmiernego wyprostowania szyi i jej natychmiastowego zgięcia ku przodowi). Zastosowanie klejonego szkła i zmiany w konstrukcji samego samochodu znacznie zwiększają bezpieczeństwo jazdy i ograniczają liczbę wypadków. Użycie kasków ochronnych zmniejsza prawdopodobnie uraz głowy o 30 proc. a pasów i poduszek powietrznych o 45-55 proc. Jedną z głównych przyczyn wysokiego odsetka (45 proc.) nieprawidłowe-



W Polsce dopiero od 1999 roku wprowadzono obowiązek instalowania fotelików homologacyjnych (dzieci do lat 12, nieprzekraczające 150 cm wzrostu z zaleceniem przewożenia dzieci do 10 kg tyłem do kierunku jazdy) oraz pasów zabezpieczających w samochodach,

go przewożenia samochodem dzieci 5-11 letnich jest bez troska rodziców. Świadczy to o lekceważeniu przez dorosłych obowiązujących przepisów i zaniedbywaniu bezpieczeństwa dzieci. Na bezpieczeństwo na drodze wpływa również zachowanie i stan kierowców oraz pieszych. Prowadzenie pojazdów po spożyciu alkoholu, pod wpływem leków, nieświadomość niebezpieczeństwa u pieszych, używanie słuchawek do uszu z grającą głośno muzyką, niewłaściwa organizacja ruchu oraz zła nawierzchnia dróg zwiększają zagrożenie wypadkiem. W Polsce dopiero od 1999 roku wprowadzono obowiązek instalowania fotelików homologacyjnych (dzieci do lat 12, nieprzekraczające 150 cm wzrostu z zaleceniem przewożenia dzieci do 10 kg tyłem do kierunku jazdy) oraz pasów zabezpieczających w samochodach, nadal nie nakazano jednak używania kasków przez rowerzystów, rolkowców i deskorolkowców.

Istotną sprawą jest konieczność nadzorowania dzieci przez osobę dorosłą w trakcie zabaw i uprawiania dyscyplin sportowych. Amerykańska Akademia Pediatrii formalnie „zdecydowanie sprzeciwiła się uprawianiu boksów przez dzieci, nastolatki i młodzież”, natomiast Amerykańska Akademia Neurologii wezwała do całkowitego zakazu uprawiania boksów, który może być przyczyną powstawania krwiaków podtwardówkowych. Duże znaczenie w zapobieganiu urazom głowy ma zmiana infrastruktury miejsc publicznych, poprzez np. bezpieczne place zabaw o miękkiej nawierzchni. Programy edukacyjne oraz programy walki z narkomanią i nadużywaniem alkoholu mogą przyczynić się do ograniczenia liczby urazów związanych ze stosowaniem środków odurzających. Wypadkowość w ruchu drogowym to problem o charakterze światowym, dlatego Komitet Transportu Europejskiej Komisji Gospodarczej ustanowił w 1990 r. Tydzień Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (organizowany w kwietniu). Jednakże każdy z nas powinien pamiętać o tym, że jego bezpieczeństwo w dużym stopniu zależy od niego samego i uczyć tego dzieci, gdyż zachowania zdrowotne kształtują się od najmłodszych lat, pod wpływem różnych wzorów osobowych wyniesionych przede wszystkim z domu, szkoły, mediów a w odniesieniu do dzieci najistotniejszy jest jednak dobry przykład rodziców.

Ze względu na rozmiary społeczne leczenie urazów jest niezwykle ważne i wymaga sprawnego systemu pomocy, transportu, gdyż rokowanie pacjenta zależy od szybkości dotarcia do niego i zastosowania intensywnego leczenia, które należy podjąć przed postawieniem rozpoznania. Resuscytacja i stabilizacja fizjologiczna mają znaczenie neuroprotektoryjne w zapobieganiu powstawaniu wtórnych uszkodzeń mózgu. Opieka nad dzieckiem wymaga wyraźnego zdefiniowania roli poszczególnych członków zespołu terapeutycznego i ich zadań. Kluczową rolę spełnia pielęgniarka wyspecjalizowana w zakresie medycyny

ratunkowej, funkcjonująca w systemie pomocy doraźnej, lotniczej, w wyjazdowych zespołach specjalistycznych oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych. Pielęgniarka ratunkowa jest najbliższym partnerem zawodowym lekarza i ponosi w prawie równym stopniu odpowiedzialność za to, co dzieje się z pacjentem w trakcie działań ratunkowych. Jest ona równorzędnym twórcą sukcesu w ograniczaniu tzw. „zgonów do uniknięcia”.

Miejszem zaawansowanych działań pielęgniarskich są szpitalne oddziały urazowe. Celem postępowania pielęgniarskiego jest zapewnienie optymalnego poziomu opieki pacjentom poprzez działania zmierzające do przywrócenia równowagi funkcjonalnej, zapewnienia bezpieczeństwa, przywrócenia życia, zapobiegania powikłaniom oraz odzyskania zdrowia w możliwie maksymalnym stopniu, jak również zapewnienia warunków godnego umierania. Wykrywanie subtelných zmian stanu pacjenta stanowi podstawowy i wczesny sposób oceny reakcji na uraz i podjęte leczenie. Pourazowe krwawienie wewnątrzczaszkowe może ze stosunkowo niewielkiego urazu przekształcić się w chorobę zagrażającą życiu w postaci efektu masy i wzrostu ciśnienia śródczaszkowego (*Intracranial Pressure* – ICP). Z tego powodu działania doraźne, szybkie diagnozowanie (badanie TK wykonywane pilnie przed upływem 2-4 godzin od przyjęcia do szpitala lub MR – najczęściej wykorzystywany w urazach rdzenia kręgowego) oraz wdrożenie leczenia w ośrodkach specjalistycznych jest sprawą nadrzędną ratującą zdrowie i życie dziecka. Świadomość możliwości pojawienia się niepożądanych zdarzeń stworzyła konieczność wypracowania algorytmów i standardów postępowania. W urazach określanych mianem „łańcucha przeżycia”, zależy to od sprawności i kompetencji obecnych na miejscu zdarzenia, charakteru obrażeń oraz upływu czasu od urazu do umieszczenia dziecka w wieloprofilowym centrum urazowym w tzw. „złotej godzinie”.

Izba przyjęć szpitala, oddział ratunkowy lub intensywnej terapii to podstawowe miejsca diagnostyki i leczenia chorych z ciężkimi urazami czaszkowo-mózgowymi. Leczenie tego typu jest jednym z największych wyzwań współczesnej intensywnej terapii urazowej i wyposażonej zgodnie z Rozporządzeniem MZiOS z dnia 27 lutego 1998 roku, która umożliwia wielokierunkowe, wielospecjalistyczne leczenie przy stałym nadzorze lekarsko-pielęgniarskim, gdzie wykorzystuje się tzw. „agresywne metody leczenia”, które mogą być obciążone ryzykiem groźnych dla życia powikłań. Takim miejscem ratowania życia małych pacjentów jest Anestezjologia i Intensywna Terapia Pediatria z Pododdziałem Leczenia Urazów Wielonarządowych Dzieci w Instytucie CZMP w Łodzi.

Liczba dzieci hospitalizowanych po urazach czaszkowo-mózgowych w latach 1999-2008, wynosiła 353 – przeżyło 282 dzieci (80 proc.), liczba zgonów 71 (20 proc.).

W latach 2008-2011 hospitalizowano 132 dzieci po urazach czaszkowo-mózgowych. Współczynnik zgonów z powodu tych obrażeń nie zmniejszył się istotnie w porównaniu z latami 1999 - 2008, stanowił około 15 proc.

Znaczącą rolę w tego typu oddziałach i w zespołach interdyscyplinarnych odgrywają pielęgniarki. Od ich wiedzy, szerokich kompetencji i umiejętności, wysokich kwalifikacji, odpowiedzialności oraz sprawności psycho-fizycznej zależy podjęcie szybkich działań zapobiegawczych i/lub leczniczych w sytuacjach nagłych lub powikłaniach.

Podsumowując, najcięższe urazy czaszkowo-mózgowe zazwyczaj dotyczą zdrowych dzieci, występują nagle, dotykając nieprzygotowane na nie dzieci i ich otoczenie. Są bardzo ciężką chorobą ogólnoustrojową, wymagającą kompleksowego leczenia, wysoko wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Tylko takie profesjonalne działania dają szansę na uratowanie życia małym pacjentom i przywrócenie im zdrowia. W opiece nad dzieckiem po urazie mózgu najważniejsza jest wytrwałość w jego właściwym pielęgnowaniu i rehabilitacji, które dają 50 proc. sukcesu, przestrzeganie praw dziecka, udzielanie wsparcia emocjonalnego rodzinom i ich opiekunom. Wymaga to od pielęgniarek odpowiedniej postawy, zaangażowania i wysiłku zawodowego, a także dobrotliwej i cierpliwości, bez których trudno zrealizować cele opieki pielęgniarskiej.

Literatura:

1. Przypadkowe urazy głowy u dzieci, Medycyna Praktyczna Pediatria, 2000/02, witryna internetowa;
2. Kozubski W., Stany nagłe w neurologii od objawu do rozpoznania, Warszawa, PZWL, 2003.
3. Jakubaszko J., ABC postępowania w urazach, Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Górnicki, 2003.
4. Bidziński J., Neurochirurgia, Warszawa, PZWL, 1988.
5. Głowacki J., Marek Z., Urazy czaszki i mózgu rozpoznawanie i opiniowanie, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, 2000.
6. Ząbek M., Urazy czaszkowo-mózgowe, Warszawa, PZWL, 1994.
7. Nowosławska E., Pourazowe krwiaki wewnątrzczaszkowe u dzieci – przebieg kliniczny i wyniki leczenia, Rozprawa Doktorska, 1996.
8. Szreter T., Dziecko w stanie zagrożenia życia, Medycyna Praktyczna, Kraków 2000.
9. Larsen R., Anestezjologia, Wrocław, Elsevier, Urban & Partner, 2008.
10. Okłot K., Traumatologia wieku rozwojowego, Warszawa, PZWL.

mgr Elżbieta Janiszewska
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego
i intensywnej opieki, Instytut CZMP w Łodzi

Ryciny:
Jakub Nowakowski
Łukasz Janiszewski

Uchwała Nr 244/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 marca 2012 r.

w sprawie regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP w Łodzi

Na podstawie art. 31 pkt 4 i 5 w związku z art. 11 ust. 1 pkt 4 i art. 4 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174 poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§1. 1. Fundusz przeznaczony na pomoc finansową dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi stanowią środki finansowe pochodzące ze składek członkowskich.

2. Wysokość funduszu określana jest corocznie w uchwale budżetowej Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

3. Użyte w uchwale określenia oznaczają:

- 1) OIPiP – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- 2) ORPiP – Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- 3) PORPiP – Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- 4) Zapomoga nieopodatkowana – skorzystanie ze zwolnienia od podatku uzyskanej wartości zapomogi wymaga spełnienia następujących warunków:

- przyczyną udzielenia zapomogi jest zdarzenie losowe lub długotrwała choroba,
- wysokość zapomogi nie przekracza kwoty określonej w art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 51 poz. 307).

5) Zapomoga opodatkowana – zapomoga w wysokości powyżej kwoty określonej w art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 51 poz. 307).

6) Zdarzenie losowe – zdarzenie nagłe, które wystąpiło niespodziewanie, było niemożliwe do przewidzenia i uniknięcia (nawet przy zachowaniu należytej ostrożności), a jego zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego członka samorządu np.: nagła choroba, nieszczęśliwe wypadki powodujące uszczerbek na zdrowiu, zdarzenia spowodowane siłami przyrody (powódź, trzęsienie ziemi, zapadanie lub usuwanie ziemi, trąba powietrzna, huragan, gradobicie), pożar, zawalenie budynku, upadek drzew, urządzeń technicznych powodujących uszkodzenie mienia, wybuch gazów, zalanie wodą, kradzież itp. Zdarzeniem losowym może być również działanie innego człowieka na szkodę. Wskazane powyżej wyliczenie ma charakter wyłącznie przykładowy i nie stanowi katalogu zamkniętego. Za zdarzenia losowe nie mogą być jednak uznane skutki działań lub zaniedbań samego poszkodowanego.

7) Długotrwała choroba – choroba z medycznego punktu widzenia uznawana jako przewlekła.

8) Członek rodziny – mąż, żona, dziecko (w rozumieniu dziecko uczące się do 25 roku życia oraz dziecko niezdolne do samodzielnej egzystencji bez względu na wiek) oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

§2. 1. Pomoc finansowa może być przyznana członkowi samorządu, który znalazł się w trudnej sytuacji materialnej w formie:

1) zapomogi opodatkowanej lub nieopodatkowanej – czyli doraźnej, bezzwrotnej pomocy finansowej w postaci jednorazowego świadczenia pieniężnego mającego na celu wsparcie finansowe członka samorządu, który z przyczyn od siebie niezależnych znalazł się w trudnej sytuacji, zazwyczaj w związku ze zdarzeniem losowym lub długotrwałą chorobą.

2) wsparcia finansowego nie będącego zapomogą – czyli pomocy finansowej w postaci jednorazowego świadczenia pieniężnego mającego na celu wsparcie finansowe członka samorządu, który znalazł się w trudnej sytuacji materialnej z przyczyn innych niż zdarzenie losowe. Pomoc finansowa w tej formie podlega opodatkowaniu zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 51 poz. 307).

2. Wysokość oraz forma pomocy finansowej przyznanej na rzecz konkretnego wnioskodawcy uzależniona jest od charakteru zdarzenia uzasadniającego udzielenie pomocy oraz wytycznych określonych w załączniku Nr 2 do niniejszej uchwały.

§3. 1. Pomoc finansowa, o której mowa w §2 ust. 1 pkt 1 (czyli zapomoga) może być przyznawana jeden raz w roku kalendarzowym członkom OIPiP. W przypadku małżeństwa (2 członków samorządu), każdy z małżonków może otrzymać jedną zapomogę, na różne zdarzenia.

2. O zapomogę można ubiegać się w terminie nie dłuższym niż 90 dni od dnia wystąpienia zdarzenia uzasadniającego przyznanie tego świadczenia.

3. Pomoc finansowa, o której mowa w §2 ust. 1 pkt 2 (czyli wsparcie finansowe nie będące zapomogą), może być przyznana 1 raz w roku kalendarzowym członkom OIPiP. W przypadku małżeństwa może być przyznane jedno wsparcie finansowe.

4. Członkowi samorządu może być przyznana pomoc finansowa z powodu długotrwałej choroby 1 raz na dwa lata w postaci zapomogi.

5. Członkowi samorządu może być przyznana w danym roku kalendarzowym tylko jedna forma pomocy finansowej.

6. Pomoc finansowa może być przyznana na wniosek:

- 1) członka samorządu OIPiP w Łodzi,
- 2) pełnomocnika OIPiP w Łodzi, w zakładzie lub współpracowników osoby, której dotyczy wniosek, w sytuacji, gdy uznają, że osoba zainteresowana nie wystąpi o pomoc samodzielnie.

7. Warunkiem otrzymania pomocy finansowej jest:

- 1) złożenie wniosku,

2) regularne odprowadzanie składki członkowskiej na konto OIPIP w Łodzi przez okres co najmniej dwóch lat:

- a) przed złożeniem wniosku,
- b) przed uzyskaniem prawa zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, jeżeli takie zwolnienie wynika z Uchwały Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału,
- 3) dołączenie do wniosku dokumentów uzasadniających potrzebę pomocy:
 - a) zaświadczeń lekarskich, kart leczenia, faktur, rachunków dotyczących zdarzenia, protokołów z policji, zdjęć, aktu zgonu, itp.
 - b) oświadczenia o dochodach na członka rodziny jeżeli wnioskującym jest członek samorządu,
 - c) szczegółowej informacji o sytuacji materialnej członka samorządu jeżeli wnioskującym nie jest osoba, której dotyczy wniosek,
 - d) zaświadczenie potwierdzające fakt zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, a w szczególności o przebywaniu na urlopie wychowawczym lub pobieraniu zasiłku rehabilitacyjnego albo zaświadczenie z rejonowego urzędu pracy o zarejestrowaniu jako bezrobotna/y.

§4. 1. Wniosek, o którym mowa w §3 ust. 6 pkt 1, należy złożyć w Biurze OIPIP nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wystąpienia zdarzenia losowego. Termin o którym mowa wyżej nie dotyczy wsparcia finansowego.

2. Wzór wniosku o przyznanie pomocy finansowej w formie zapomogi lub wsparcia finansowego nie będącego zapomogą, stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.
3. Wnioski rozpatruje Komisja Socjalna i przedstawia do akceptacji ORPiP w Łodzi lub Prezydium ORPiP.
4. Wnioski niekompletne (np. brak podpisów, opinii pełnomocnika – jeżeli była wymagana, pieczętki, itp.), nieprawidłowo wypełnione lub nieczytelne, jeżeli nie zostaną uzupełnione i poprawione przed posiedzeniem Komisji nie będą rozpatrywane.
5. Posiedzenia Komisji Socjalnej odbywają się w Biurze OIPIP, nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu, z wyłączeniem miesiąca lipca i sierpnia.
6. Komisja Socjalna podejmuje decyzję zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy jej członków, w tym przewodniczącego lub wiceprzewodniczącego.
7. Każde posiedzenie Komisji Socjalnej jest protokolowane, a protokół podpisuje przewodniczący lub wiceprzewodniczący Komisji Socjalnej.
8. Wysokość pomocy finansowej proponuje Komisja Socjalna wraz z uzasadnieniem wg taryfikatora pomocy finansowej, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.
9. Szczegółowy tryb rozpatrywania wniosków określa Regulamin Komisji Socjalnej, który stanowi załącznik Nr 3 do niniejszej uchwały.

§5. 1. Środki finansowe mogą być wypłacone osobie zainteresowanej, o której mowa w §3 ust. 3 pkt 1 lub osobie przez nią upoważnionej na piśmie.

2. Upoważnienie powinno zawierać:

- 1) imię i nazwisko, pesel, nr dowodu osobistego, adres zamieszkania osoby upoważnionej,
 - 2) określenie przedmiotu upoważnienia – do czego osoba ta jest upoważniona,
 - 3) imię i nazwisko oraz czytelny własnoręczny podpis osoby zainteresowanej, o której mowa §3 ust. 3 pkt 1,
 - 4) datę wystawienia upoważnienia.
3. W przypadku śmierci członka samorządu po przyznaniu mu zapomogi lub wsparcia finansowego innego niż zapomoga lub gdy członek samorządu nie jest zdolny samodzielnie wskazać osobę upoważnioną, przyznane środki finansowe wypłacane będą pełnoletnim dzieciom lub osobie wskazanej przez ORPiP bądź Prezydium ORPiP.
4. Osoba, której przyznano zapomogę nieopodatkowaną składa oświadczenie o otrzymaniu bądź nie otrzymaniu zapomogi nieopodatkowanej z innego źródła.

§6. 1. Obsługę administracyjną Komisji Socjalnej zapewnia Biuro OIPIP, w zakresie opisanym w Regulaminie Komisji Socjalnej.

2. O podjętej decyzji wnioskodawcy, o których mowa w §3 ust. 1, zostaną powiadomieni w ciągu 7 dni od daty posiedzenia uprawnionego organu.
3. Wnioskodawca, o którym mowa w §3 ust. 1, w razie negatywnego rozpatrzenia wniosku, może złożyć odwołanie do ORPiP na piśmie, w ciągu 21 dni od dnia otrzymania odpowiedzi.
4. Odwołanie, o którym mowa w ust. 3, podlega rozpatrzeniu podczas najbliższego posiedzenia ORPiP.

§7. Pomoc finansowa otrzymana na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub fałszywych dowodów podlega zwrotowi wraz z odsetkami ustawowymi zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§8. Osoby uczestniczące w procedurze przyznawania pomocy finansowej zobowiązane są do zachowania szczególnej poufności przekazywanych przez wnioskodawców danych oraz kierowania się zasadą bezstronności, sprawiedliwej oceny oraz właściwej gospodarności środkami.

§9. W sprawach nieuregulowanych niniejszą uchwałą decyzję podejmuje ORPiP.

§10. Z dniem 1 kwietnia 2012 r. traci moc Uchwała Nr 106/V z dnia 8 kwietnia 2008 r. Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Łodzi.

§11. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2012 r.

Sekretarz ORPiP Maria Kowalczyk	Skarbnik ORPiP Maria Cianciara	Przewodnicząca ORPiP Agnieszka Kałużna
------------------------------------	-----------------------------------	---

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 244/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 marca 2012 r. w sprawie regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

WNIOSEK

O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ (*)

- w formie zapomogi
 w formie wsparcia finansowego nie będącego zapomogą

Wnioski nieczytelnie wypełnione i niekompletne zostaną odrzucone

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

IMIĘ I NAZWISKO

KOD MIEJSCOWOŚĆ ULICA/NR DOMU/ NR MIESZKANIA/ TELEFON

ZAWÓD STANOWISKO

NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY/ ODDZIAŁ

**Komisja Socjalna
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi**

I. Uzasadnienie wniosku (opis sytuacji)

(*) właściwe zaznacz X

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

II. Informacja o sytuacji rodzinnej:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń oświadczam, że na miesięczny dochód członka samorządu składają się dochody osób pozostających we wspólnym gospodarstwie, będących na utrzymaniu członka samorządu.

Miesięczny dochód rodziny rozliczany jest na _____ osób, w tym:

Członek samorządu

Współmałżonek/Partner

Dzieci _____ w wieku _____
(liczba)

Osoby pozostające na utrzymaniu członka samorządu (będące we wspólnym gospodarstwie domowym)

(liczba)

OŚWIADCZAM, IŻ ZNAM REGULAMIN UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ CZŁONKOM OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI I ZOBOWIAZUJĘ SIĘ DO JEGO PRZESTRZEGANIA I WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB KOMISJI SOCJALNEJ OIPIP W ŁODZI.

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

- Oświadczenie o dochodach na członka rodziny jeżeli wnioskującym jest członek samorządu.
- Zaświadczenie potwierdzające fakt zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, a w szczególności o przebywaniu na urlopie wychowawczym, lub pobieraniu zasiłku rehabilitacyjnego, lub zaświadczenie z rejonowego urzędu pracy o zarejestrowaniu jako bezrobotna/y.
- Inne dokumenty nie wymienione wyżej (zaświadczeń lekarskich, kart leczenia, faktur, rachunków dotyczących zdarzenia losowego, protokołów z policji, zdjęć, akt zgonu, itp.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III. Dane wnioskodawcy (należy wypełnić jeżeli wnioskodawcą jest Pełnomocnik ORPiP w zakładzie lub współpracownik osoby, której dotyczy wniosek)

Imię i Nazwisko

Miejsce pracy

Telefon

IV. WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY:

PIECZĄTKA ZAKŁADU PRACY

PANI / PAN

opłaca regularnie składkę na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

od – do
(Podać datę)

.....
(Data)

.....
(Pieczętką i podpis osoby upoważnionej)

V. Opinia Pełnomocnika (*)

(*) Obowiązek złożenia opinii Pełnomocnika ORPiP nie dotyczy osób pobierających emeryturę

.....
(Czytelny podpis Pełnomocnika)

VI. Biuro OIPiP

Data wpływu wniosku

Kompletność danych i dokumentów: TAK NIE

Stwierdzone braki:

.....

Uzupełnienie braków do dnia

Wzwanie do uzupełnienia:

- pismo z dnia

- informacja ustna dnia

osoba poinformowana *imię i nazwisko*

VII. Komisja Socjalna

Propozycja Komisji Socjalnej z dnia

Spełnienie wymagań formalnych: **TAK**

Proponowana wysokość zapomogi nieopodatkowanej: wg. Kategorii Taryfikatora zapomóg

Uzasadnienie w protokole Komisji Socjalnej nr z dnia

Proponowana wysokość zapomogi opodatkowanej: wg. Kategorii Taryfikatora zapomóg

Uzasadnienie w protokole Komisji Socjalnej nr z dnia

Proponowana wysokość wsparcia finansowego nie będącego zapomogą:

Uzasadnienie w protokole Komisji Socjalnej nr z dnia

 NIE

Uzasadnienie w protokole Komisji Socjalnej nr z dnia

*(Pieczęć przewodniczącego/ zastępcy Komisji Socjalnej)***VIII. Decyzja ORPiP / PORPiP** *(niewłaściwe skreślić)*Uchwała Nr **ORPiP / PORPiP** *(niewłaściwe skreślić)* z dnia **przyznana zapomoga opodatkowana/nieopodatkowana/wsparcie finansowe** *(niewłaściwe skreślić)*
w wysokości **odmowa***(Podpis uprawnionego pracownika Biura OIPiP)*

Aby dzieci słuchały...

o poprawie relacji w rodzinie

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Jak twierdzi Bloomquist, dobre relacje z rodzicami i wspierająca rodzina to najważniejsze czynniki warunkujące prawidłowy rozwój człowieka. Kiedy w rodzinie występują napięcia i stresy, pociągają to za sobą różnorodne trudności w funkcjonowaniu dziecka, nie tylko w warunkach domowych, ale także w szkole i wśród rówieśników. Warto więc zająć się świadomym budowaniem i wzmacnianiem więzi rodzinnych, wykorzystując w tym celu poniższe wskazówki.

Basia jest zapracowaną, samotną matką dwójki dzieci. Aby starczyło jej do przysłowiowego pierwszego, podejmuje się różnych prac, dlatego często przebywa poza domem i nie ma czasu dla swoich dzieci. Kiedy zmęczona wraca do mieszkania, oczekuje od córki i syna pomocy, tymczasem oni nie chcą słuchać mamy. Większość czasu spędzają na własnych zabawach. W rodzinie często dochodzi do kłótni, które każdego dnia oddalają jej członków od siebie. Czy można to zmienić?

Eksperci zajmujący się rozwojem dziecka twierdzą, że tak. Jednym ze sposobów na budowanie dobrej relacji z dzieckiem jest kultywowanie zwyczajów rodzinnych poprzez ustalenie codziennego planu zajęć (dzięki czemu wprowadzamy do domu porządek, przewidywalność i swoistą organizację) oraz uwzględnienie w każdym zwykłym tygodniu zajęć kierowanych przez dziecko (i przez nie wybranych). Za przebieg wybranego zajęcia odpowiada dziecko. Przykładami zajęć, które sprawdzają się dobrze szczególnie w rodzinach z dziećmi w młodszym wieku, są: wspólny spacer, jazda na rowerze, praca w kuchni (upieczenie ciasta) czy też wspólna gra (piłka, gra plan-



szowa). Poproś więc dziecko, aby przygotowało listę takich wspólnych zajęć trwających do 30 minut (możesz też dorzucić swoje własne propozycje) i zaplanuj co najmniej dwa takie spotkania w tygodniu. Określcie wspólnie czas spotkania i zapiszcie go w rodzinnym kalendarzu. Kiedy z jakiegoś ważnego powodu spotkanie nie będzie mogło się odbyć w umówionym terminie, przełóż je na inny.

O czym warto pamiętać w trakcie spotkania? W trakcie spotkania pamiętaj, aby chwalić dziecko za każde dobre (pożądane) zachowanie. Wg Ericksona, akceptacji osób znaczących szukamy już od najmłodszych chwil swojego życia. Uznanie w ich oczach dodaje nam wiary w siebie, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa i przyczynia się

rozwoju poczucia kompetencji. To także otrzymane od osoby znaczącej uznanie powoduje, że dziecko chętniej podporządkowuje się dorosłemu i poddaje się jego woli. Często chwalone osoby mają w dorosłym życiu odwagę podejmować ryzyko i sprawdzać siebie w różnych okazjach bez lęku przed porażką, a nawet są bardziej pracowite. Skinner powiedział: „Chwalenie jest najpotężniejszym narzędziem modyfikacji ludzkich zachowań (...). Pochwała ponagla nas do lepszej pracy i zachęca do podejmowania ryzyka, dzięki któremu nasze życia stają się bogatsze(...)”. I mimo, że chwalenie jest drugim (po miłości) najcenniejszym darem, to wiele osób ma problemy z chwaleniem siebie i innych. Większość rodziców uważa, że na pochwałę trzeba zasłużyć sobie spektakularnym sukcesem, dlatego rezerwuje ten instrument nauczania na wyjątkowe okazje. Tak robili nasi rodzice, dlatego też rzadko chwalimy

własne pociechy. Istnieje też pewien stereotyp społeczny, według którego lepiej jest zastąpić pochwałą (które przecież w nadmiarze może zepsuć dziecko) krytyką, która, jak twierdzą niektórzy, motywuje do pracy do nad sobą i wzmacnia chęć poprawy. Zgadzasz się z tym stwierdzeniem? W takim razie wyobraź sobie, że twoi bliscy w trakcie obiadu ugotowanego przez ciebie odzywają się tylko wtedy, kiedy coś im nie smakuje i mówią: „To jest za słone”, „Tu przydałoby się więcej innych przypraw” itd. Czy nadal uważasz, że krytyka motywuje do zwiększonej pracy i poprawy siebie? Zamiast niej proponuję więc konstruktywną pochwałę.

Sztuka chwaleń

Podstawowe zasady związane z chwaleniem brzmią następująco: chwal często i natychmiast po zaobserwowanym pożądanym zachowaniu (lub w przypadku dziecka z zachowaniami problemowymi, gdy zauważysz cię takiego zachowania), staraj się zauważać każdy przejaw dobrego zachowania, pokaż dziecku, że cieszą cię jego osiągnięcia (przy okazji samo posmakuj sukcesu), stwarzaj okazje do chwaleń (gdy nie masz za co pochwalić dziecka, poproś je o oddanie jakiejś przysługi) i chwal za włożony wysiłek, a nie tylko za osiągnięte rezultaty. Gdyby można było chwalić jedynie za osiągnięte efekty, niektóre dzieci musiałyby bardzo długo czekać na słowa uznania. Docień więc to, że dziecko naprawdę się starało. Kiedy usłyszysz twoją pochwałę, będzie miało ochotę spróbować jeszcze raz.

Chwaląc, warto wykorzystać komunikat „Ja”. Tego rodzaju komunikat zbudowany w pierwszej osobie liczby pojedynczej przekazuje informację, co czujesz/widzisz/myślisz w związku z opisywanym przez ciebie zachowaniem. Schemat i przykład komunikatu „Ja” przedstawia poniższa tabela.

SCHEMAT KOMUNIKATU „JA”

Ja czuję/myślę/...
kiedy ty (opis zachowania)...
ponieważ (wymierny efekt opisywanego zachowania)...

PRZYKŁAD

Czuję ogromną radość, kiedy ty pomagasz mi w wypakowywaniu zakupów, bo widzę, że mogę na ciebie liczyć.

Chwaląc, należy unikać „ale” – takie małe słowo ma olbrzymią niszczyielską moc – odbiera znaczenie pochwały i podkreśla niedociągnięcia. Dziecko, słysząc „ale”, zapomina o otrzymanej pozytywnej informacji i koncentruje się na negatywach. Tak więc zamiast: „Bardzo ładnie posprzątałaś, ale jeszcze tutaj na dywanie są paprochy”, powiedz: „Bardzo ładnie posprzątałaś. Zbierz jeszcze te paprochy z dywanu, proszę”.

Komunikat „Ja” jest także przydatny do rozwiązywania konfliktów rodzinnych. Przyjrzyjmy się schematowi, który pokazuje, jak dochodzi do konfliktu. Pamiętaj, że konflikt ma taki sam przebieg niezależnie od tego, kto jest po drugiej stronie: dziecko, mąż, szef, koleżanka itd.

- Wracasz do domu i widzisz, że dziecko nie posprzątało na biurku (pojedynczy pierwotny przedmiot sporu).
- Czujesz złość na dziecko, bo nie wywiązało się z zadania (naruszenie równowagi).
- Przypominasz sobie różne stare winy dziecka (bo przecież już wcześniej zdarzało mu się nie posprzątać)- etap zwany ujawnianiem poprzednich sporów.
- Dziecko nie pozostaje dłużne i także przypomina sobie przewinienia (ale twoje, bo tobie przecież także zdarzało się nie dotrzymać słowa), pojawia się coraz więcej racji drugiej strony, które pogłębiają nieporozumienie.
- Dziecko (druga strona konfliktu) staje się przeciwnikiem.
- W twoich ustach pojawiają się osobiste zarzuty przeciwko dziecku, zaczynające się od słów „bo ty jesteś...” (etap osobistych zarzutów).
- Ostatecznie konflikt uniezależnia się od pierwotnej przyczyny. Teraz tylko od twoich zdolności komunikacyjnych zależy, jak on będzie się toczył dalej.
- Jak wspomniałam wcześniej, do rozwiązywania konfliktów można wykorzystać komunikat „Ja”. Zamiast więc pozwolić, aby złość na córkę za pozostawiony bałagan na biurku przerosła cię i doprowadziła do osobistych zarzutów, lepiej jest powiedzieć: „Czuję złość, kiedy widzę nieuporządkowane rzeczy na biurku, ponieważ myślę, że lekceważysz mnie”. Możesz też wykorzystać kartę rozwiązywania problemów.

Karta rozwiązywania problemów w rodzinie

- Zastanówcie się wspólnie, na czym polega problem? Musicie określić go konkretnie tak, aby każdy z członków rodziny się z nim zgodził.
- Oceńcie możliwe sposoby jego rozwiązania – należy tu wymyślić jak najwięcej możliwych planów rozwiązania problemu (nie oceniamy ich ani nie krytykujemy, tylko zapisujemy).
- Wybierzcie najlepszy plan. W wyborze pomocne mogą być odpowiedzi na pytania:
- Jakie mogą być następstwa realizacji każdego z zaproponowanych planów?
- Jaki wpływ może mieć realizacja poszczególnych planów na każdego z was?
- Który plan ma największe szanse na powodzenie?
- Znajdźcie możliwie jak najszersze porozumienie.
- Wykonajcie wybrany plan.
- Sprawdźcie, czy wykonany plan rozwiązał problem. Ustalcie, czy wszyscy w rodzinie są zadowoleni, a jeśli coś się nie udało, zastanówcie się nad kolejnym planem.

Sztuka wydawania poleceń

Warto uświadomić sobie, że główną przyczyną konfliktów domowych, których szczególne nasilenie przypada na okres adolescencji (z uwagi na poszukiwanie autonomii przez nastolatka), zazwyczaj bywają niewłaściwie wydawane polecenia i to właśnie nad sposobem, w jaki są one wyrażane, można popracować. Dobre polecenie powinno być sformułowane w sposób bezpośredni („Wynieś szklankę” – zamiast „Czy mógłbyś wynieść szklankę?” – bezpośrednio sformułowane polecenie nie pozostawia wątpliwości, czego rodzice oczekują od dziecka i nie sugeruje mu, że ma jakiś wybór), wyrażone pozytywnie („Ułóż swoje książki”, zamiast „Nie rób bałaganu tymi książkami” – takie polecenie nie krytykuje dziecka i mówi wyraźnie, czego oczekuje się od niego).

Właściwe polecenie powinno być także adekwatne do wieku dziecka (wówczas ma ono możliwość je spełnić), wypowiedziane z szacunkiem i uprzejmie (uczy to dziecko słuchania), wyjaśnione przed wypowiedzeniem i wreszcie stosowane tylko wtedy, kiedy to konieczne (o niektóre rzeczy można zwyczajnie dziecko poprosić). Niektóre polecenia mogą też być wydane w formie liściku. Dzieci – i te starsze i te młodsze – uwielbiają otrzymywać od rodziców takie małe liściki. One poprawiają samopoczucie. Są sygnałem, że ktoś o nas myśli z ciepłym poczuciem humoru. Zamiast więc po raz kolejny walczyć z dzieckiem o to, by założyło w domu pantofle, spróbuj metody listownej. Połóż na pantoflach kartkę o treści: „Ratunku! Jesteśmy takie smutne i samotne. Nikt o nas nie pamięta i nikt nas nie potrzebuje. Pantofle.”

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog, UM w Łodzi
Zakład Pedagogiki
w Pielęgniarstwie

Podziękowanie dla Pani Elżbiety Reinhard-Krzyżanowskiej

Pielęgniarki Izby Przyjęć Internistycznej
w związku z przejściem na emeryturę pragniemy złożyć serdeczne podziękowania za profesjonalizm, cierpliwość oraz pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową.

Dziękujemy za ciepło, okazywane serce i dobre koleżeńskie rady. Życzymy zdrowia, pogody ducha, aby wszystkie plany i marzenia ciągle odkładane się spełniły, oraz wszelkiej pomyślności w nowym okresie życia

składają
Pielęgniarka Naczelna i Pielęgniarki z Internistycznej Izby Przyjęć
WSS im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi

Podziękowanie dla odchodzącej na emeryturę pielęgniarki Ireny Przepióry

*Wszystkie pielęgniarki Cię żegnają,
gratulacje dziś składają,
aż im zazdrość błyszczy w oku,
bo od pracy masz już spokój,
nowy czas i nowe życie
teraz spędzaj znakomicie,
porzuć troski i zmartwienia
jest tak wiele do zrobienia*

Z okazji przejścia na emeryturę, najserdeczniejsze życzenia szczęścia, pomyślności, radości, uśmiechu, mnóstwo wiary, wytrwałości i siły, samych przyjemnych dni i chwil bez chmur, pełnych radości i zdrowia

życzą
Pielęgniarki z Pododdziału Leczenia Udarów Mózgu
WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi

Składam serdeczne podziękowania dla personelu Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi, a w szczególności dla pani ordynator – **dr n. med. Elżbiety Figas-Powajbo**, pani oddziałowej – **mgr Wioletty Miros** oraz lekarza prowadzącego – **Elżbiety Weber** – za opiekę nad pacjentką Elżbietą Pawłowską

składa córka Ewa Pawłowska

Dziękuję lekarzom, pielęgniarkom Kliniki Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM CSW w Łodzi, a szczególnie **dr Małgorzacie Zdzieszzyńskiej** i **prof. Piotrowi Jurowskiemu** za okazane serce, ciepłe słowa, troskliwą opiekę przed i po udanej, bezbolesnej operacji zaćmy. Personel tego oddziału tworzy wspaniałą domową atmosferę i może być w pełni wzorem dla innych.

wdzięczna pacjentka Jadwiga Piąstkowa

Dializa otrzewnowa w ostrej niewydolności nerek u dzieci.

Praktyka pielęgniarki pediatrycznej



mgr KATARZYNA BABSKA

Charakterystyka metody leczenia

Dializa otrzewnowa – jedna z metod leczenia nerkozastępczego – to proces, dzięki któremu zbędne produkty przemiany materii oraz płyny zostają usunięte z organizmu. Woda i cząsteczki przechodzą przez półprzepuszczalną błonę (zjawisko dyfuzji i osmozy), której rolę pełni otrzewna. Dzięki ciągłości terapii, stałemu oczyszczaniu krwi z substancji szkodliwych i odwadnianiu w regularnych odstępach czasu, dializa otrzewnowa pozwala na utrzymanie stałych wartości parametrów biochemicznych.

Ze względu na uwarunkowania fizjologiczne, najbardziej korzystnie warunki do dializy otrzewnowej mają małe dzieci (duża powierzchnia błony otrzewnowej w stosunku do powierzchni ciała).

Dializa otrzewnowa to najczęściej stosowana technika leczenia ostrej niewydolności nerek (ONN) w pediatrii. Nie wymaga skomplikowanego sprzętu, pozwala na uniknięcie konieczności posiadania dostępu naczyniowego. Zapewnia w dostateczny sposób usuwanie szkodliwych produktów przemiany materii do czasu, gdy nerki ponownie podejmą swoją czynność.

Oстрыm dializom otrzewnowym poddawani są mali pacjenci w stanach:

- ostrej oligurycznej niewydolności nerek wymagającej usuwania płynów i/lub elektrolitów,
- przewodnienia z zastoinową niewydolnością krążenia, obrzękiem płuc, ciężkim nadciśnieniem, „brakiem odpowiedzi” na leczenie farmakologiczne,
- hiperpotasemii ze zmianami w EKG,
- kwasicy metabolicznej, której nie można skorygować dwuwęglanem sodu,
- encefalopatii mocznicowej z drgawkami,
- mocznicowego zapalenia osierdzia,
- narastania poziomu azotu mocznika we krwi z ryzykiem powikłań mocznicy,
- wrodzonych defektów metabolicznych z ciężką narządową kwasicą,
- zatruc.

Najczęstszą przyczyną podjęcia dializy otrzewnowej z powodu ostrej niewydolności nerek u dzieci, są zabiegi kardiochirurgiczne i posocznica. Zabiegi odbywają się na oddziale intensywnej terapii lub oddziale poopercyjnym.

Zalety zabiegu to prostota techniki i łatwiejsza dostępność w porównaniu z hemodializą, mały wpływ na ciśnienie krwi (z tego powodu zalecana u pacjentów np. po operacjach kardiochirurgicznych), możliwość uzyskania powolnego i znacznego odwodnienia nawet u chorych niestabilnych hemodynamicznie, łagodniejsze niż w hemodializie wyrównanie wolemii, zaburzeń kwasowo-zasadowych i elektrolitowych, brak konieczności wytwarzania dostępu naczyniowego i konieczności stosowania leków zmniejszających krzepliwość krwi. Zakwalifikowanie małego pacjenta do leczenia dializą otrzewnową w stanie ostrym wiąże się z podjęciem przez opiekunów dziecka decyzji i wyrażeniu zgody na operacyjne założenie dostępu do prowadzenia dializy, którym jest cewnik Tenckhoffa.

Cewnik Tenckhoffa to miękki silikonowy dren o średnicy około 5 mm, zakładany do jamy otrzewnej, umożliwiający podawanie i odzyskiwanie płynu. U dzieci cewnik implantowany jest chirurgicznie, w znieczuleniu ogólnym zazwyczaj przez powłoki brzuszne (w wyjątkowych przypadkach przez klatkę piersiową) do jamy otrzewnej. Z chirurgicznego punktu widzenia szczególnie ważne jest uszczelnienie otrzewnej wokół cewnika, co zapobiega przeciekowi płynu. Ujście cewnika skierowane jest ku dołowi (zapobieganie infekcjom, ułatwienie drenażu). U pacjentów niestabilnych krążeniowo cewniki wszczepia się przyłózkowo na oddziałach intensywnej nadzoru medycznego (fot. 1 i 2).

W leczeniu ostrej niewydolności nerek dializa otrzewnowa jest techniką ciągłą a to oznacza, że wymaga stałego podłączenia chorego dziecka do odpowiedniego zestawu płynów. Z płynu dializacyjnego do krwi przenikają glukoza i mleczany. Substancje te wywołują gradient osmotyczny zapewniając odpowiednie odwodnienie. Po-



fot. 1. Ujście cewnika Tenckhoffa – świeżo wszczepiony cewnik



fot. 2
1. Cewnik Tenckhoffa. 2. Tytanowy łącznik. 3. Transfer-Set.
4. Osłona połączenia do systemu z roztworem jodyny powidokowej.
5. Zestaw Twin-Bag

wszechnie stosowane płyny zawierają glukozę w stężeniu 1,5, 2,5 lub 4,5-proc.

Cykl pojedynczej wymiany płynu składa się z trzech faz. Pierwsza to podanie odpowiedniej objętości płynu do jamy otrzewnej, druga to czas przebywania płynu w jamie otrzewnej tzw. leżakowanie (okres dializy – zbędne produkty przemiany materii i nadmiar wody przechodzą na stronę płynu dializacyjnego), trzecia faza to drenaż a więc wypływ płynu z jamy otrzewnej po zakończonym leżakowaniu.

Częstość wymian płynu jest duża, zazwyczaj następuje co 60 minut. To gwarantuje odpowiednio wysokie odwodnienie dziecka będącego w fazie bezmoczności a także skuteczne oczyszczanie organizmu ze szkodliwych produktów przemiany materii. Często zachodzi konieczność stosowania od początku zabiegu płynów

o wysokim stężeniu glukozy, dla uzyskania odpowiednio dużego odwodnienia.

Ze względu na to, że wymiany prowadzone są najczęściej co 1 godzinę, najlepszym rozwiązaniem jest zastosowanie Automatycznej Dializy Otrzewnowej (ADO) przy użyciu cyklera. Aparat po zaprogramowaniu dializy, jest w stanie wykonać odpowiednią ilość wymian płynu przez okres 48 godzin. Po tym czasie należy zmienić zestaw drenów i płynów. Cyklery można zastosować, jeśli objętość podawanego dootrzewnowo płynu wynosi co najmniej 60 ml (fot. 3).

Przy konieczności podania mniejszej objętości prowadzi się Ręczną Dializę Otrzewnową (CADO), stosując w tym celu pediatryczny zestaw miareczkujący, a wymianę płynu dokonuje pielęgniarka. Zestaw do dializy ręcznej może być używany 24 godziny a następnie zmieniony na nowy (fot. 4).

W miarę polepszania się parametrów biochemicznych krwi i przyrastania diurezy – wydłuża się czas leżakowania (z 1 godziny do 2-3 godzin) i zmniejsza stężenie glukozy w płynie do dializy.



fot. 3. Cykler



fot. 4. Zestaw miareczek pediatrycznych (Twin-Bag)

Podawaną i odzyskiwaną objętość odmierza się ręcznie. W pierwszych dobach, z powodu „świeżej” implantacji cewnika Tenckhoffa ogranicza się zaleconą objętość podawanego płynu do połowy lub $\frac{3}{4}$ objętości należnej tj. do 10-20 ml/kg. Zapobiega to powstaniu przecieku płynu – co może stać się przyczyną nieefektywnej dializy i zapalenia otrzewnej. Niezbędnym staje się prowadzenie bilansu płynowego. Występująca u dzieci znacznie częściej niż u dorosłych zwiększona absorpcja glukozy, powoduje konieczność stosowania wyższych stężeń glukozy w płynie dializacyjnym dla uzyskania odpowiedniej ultrafiltracji.

Opieka pielęgniarska

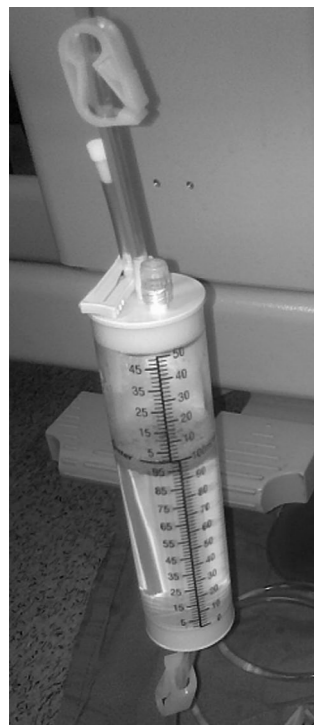
Praca pielęgniarki podczas prowadzenia wielogodzinnego zabiegu jest samodzielna, oparta na wnikliwej i ciągłej obserwacji dziecka. Tylko w uzasadnionych sytuacjach jakimi są ostre powikłania dializy konsultuje z lekarzem dalsze postępowanie. Ostre powikłania dializy to: przeciek z ujścia cewnika Tenckhoffa, zaciek płynu do jamy opłucnej, krwawienie z jamy otrzewnej, zapalenie otrzewnej.

Obserwacje pielęgniarskie skupiają się na ocenie szybkości wpływu i wypływu płynu, odzyskiwaniu właściwej objętości ultrafiltratu, obserwacji opatrunku pod kątem przecieku płynu, zabarwienia odzyskiwanego ultrafiltratu, szczególnie pod kątem wystąpienia krwawienia (płyn krwisty o różnym natężeniu) i wystąpienia zapalenia otrzewnej (płyn mętny) (fot. 5).

Spadek ultrafiltracji, wyciek płynu w okolicy ujścia cewnika, kropłowy wyciek płynu z okolic ujścia podczas zmiany opatrunku, wilgotny lub przesiąknięty opatrunek, krwisty lub mętny płyn – to wskazania do powiadomienia lekarza i ustalenia dalszego postępowania.

Trudności, jakie napotyka pielęgniarka podczas prowadzenia dializy, to:

wzmoczona częstotliwość wymian płynu wymagająca stałej obecności,



fot. 5. Ultrafiltrat bez zmian patologicznych (zestaw miareczkowy do drenażu płynu)

- problem z samoistnym drenażem a co za tym idzie – układanie dziecka w odpowiedniej pozycji aby odzyskać pożądaną ilość dializatu (dość często unoszenie jednej z kończyn dolnych) podczas każdego drenażu,
- utrudniony odbiór niepokojących objawów z powodu braku komunikacji werbalnej (dziecko nieprzytomne, zaintubowane).

Dializa otrzewnowa w stanie ONN prowadzona jest od kilku do kilkudziesięciu dni. Najczęściej około 10-14 dni. Protokół zabiegu każdego dnia ustala lekarz. Po zakończeniu leczenia dializą, do obowiązków pielęgniarki należy kontrola stanu ujścia cewnika Tenckhoffa i zmiana opatrunku co 48 godzin. W sytuacji gdy czynność nerek nie budzi zastrzeżeń, przeprowadza się chirurgiczne usunięcie cewnika Tenckhoffa. Czas zabiegu ustalany jest indywidualnie.

Udział pielęgniarki nefrologicznej w prowadzeniu „ostrej dializy otrzewnowej”

Prowadzenie dializy u dziecka przebywającego na oddziale intensywnego nadzoru medycznego, wymaga od pielęgniarki nefrologicznej włączenia się do współpracy z zespołem tamtejszego oddziału, który sprawuje całościową opiekę nad małym pacjentem.

W ramach współpracy pielęgniarka na bieżąco przekazuje informacje na temat bilansu ultrafiltracji, informuje o niepokojących ją spostrzeżeniach, dba o zachowanie zasad „bezpiecznego” prowadzenia dializy – dla uniknięcia powikłań. Wszystkie czynności, wymagające odłączenia i podłączenia nowego zestawu płynów a także zmiany opatrunku – wykonuje zawsze zachowując następujące zasady:

- zakłada maseczkę na twarz,
- przed wykonaniem higienicznego mycia rąk, bezwzględnie zdejmując biżuterię, bransoletki i zegarek, ma krótko obcięte paznokcie,
- myje i dezynfekuje ręce przed każdym zabiegiem wymiany płynu ADO, CADO.

Brak maseczki lub niewłaściwe jej używanie, wykonywanie opatrunków bez przestrzegania procedur aseptycznych sprzyjają powikłaniom infekcyjnym ujścia cewnika i zapaleniu otrzewnej.

* * *

Obok prezentujemy przedstawiony przez Autorkę opis przypadku dziecka leczonego metodą dializy otrzewnowej.

mgr Katarzyna Babska
Instytut CZMP

OPIS PRZYPADKU

Opis pacjenta, zalecenia lekarskie

Oddział pooperacyjny

– niemowlę 6 miesięcy z rozpoznaną wrodzoną wadą serca pod postacią Zespołu Fallota (ToF), hospitalizowane z powodu narastania sinicy po przeprowadzonym zabiegu korekty wady ToF.

Po zabiegu: wentylacja mechaniczna, spadki ciśnienia, zaburzenia rytmu serca, narastająca oliguria, diureza wymuszana. W trzeciej dobie po zabiegu wystąpił wstrząs kardiogeny, ONN, stan bardzo ciężki, mocznik 140mg/dl, kreatynina 1,8 mg/dl. Wszczepiono cewnik Tenckhoffa, rozpoczęto dializę otrzewnową.

Protokół dializy: stężenie płynu – 3,86% glukozy, objętość wpływu – 100ml/120ml/wymianę, leżakowanie – 1 godz.

I doba dializy

Stan bardzo ciężki, surowica – mocznik 140mg/dl, kreatynina – 1,8mg/dl

II doba dializy

Automatyczna DO, UF dobowy – 800 ml.
Diureza samoistna – 78 ml. Ultrafiltrat jasny, klarowny.

VI doba dializy

Stan uległ poprawie. Leżakowanie – 90 min/120 min. UF dobowy – 738 ml, diureza – 180 ml. Mocznik – 87 mg/dl, kreatynina – 0,37mg/dl w surowicy.

X doba dializy

Stan ogólny dziecka stabilny. Leżakowanie – 120 min, UF – 469 ml, diureza – 195 ml. Ultrafiltrat bez patologicznych, pobrano do badań.

W XI dobie obfita diureza.

Zakończenie dializy.
Łączny czas dializy – 11 dni.

Czynności pielęgniarskie

- przygotowanie zestawu płynów i potrzebnego sprzętu do wykonania „płukania otrzewnej” na bloku operacyjnym
- ograniczenie płynu

Sala operacyjna:

- podłączenie zestawu płynów do cewnika celem sprawdzenia właściwej podaży i drenażu, płukanie otrzewnej
- zapoznanie się z protokołem dializy
- przygotowanie odpowiedniego sprzętu
- kontrola właściwego zabezpieczenia cewnika
- ocena opatrunku w miejscu ujścia cewnika pod kątem krwawienia i wycieku płynu
- podłączenie zestawu płynów do dializy
- ocena szybkości wpływu i drenażu płynu
- ocena wyglądu, zabarwienia dializatu
- dokumentowanie wykonanych czynności

- kontrola opatrunku pod kątem przecieku płynu,
- ocena szybkości wpływu i drenażu płynu
- ocena wyglądu, zabarwienia dializatu
- dokumentowanie wykonanych czynności
- wszystkie czynności wykonywane co 60 minut

- zapoznanie się z zaleceniami lekarskimi (protokół dializy)
- ocena zabarwienia dializatu
- zaprogramowanie pracy cyklera na okres 48 h,
- przygotowanie zestawu płynów i drenów do prowadzenia automatycznej dializy
- przewiezenie sprzętu na oddział pooperacyjny
- podłączenie zestawu
- obserwacja pierwszej wymiany płynów
- kontrola bilansu ultrafiltracji i diurezy
- kontrola opatrunku pod kątem przecieku płynu
- dokumentowanie wykonanych czynności

- ocena zabarwienia dializatu
- kontrola bilansu ultrafiltracji i diurezy
- kontrola opatrunku pod kątem przecieku płynu
- dokumentowanie wykonanych czynności

- pobranie dializatu do badań biochemicznych i bakteriologicznych
- zmiana opatrunku wokół ujścia cewnika Tenckhoffa
- dokładna ocena ujścia cewnika
- poinformowanie personelu oddziału pooperacyjnego o konieczności usunięcia szwów w miejscu zespolenia powłok skórnych
- kontrola bilansu ultrafiltracji i diurezy
- dokumentowanie wykonanych czynności

- odłączenie cyklera
- zabezpieczenie (unieruchomienie) cewnika Tenckhoffa
- podsumowanie bilansu ultrafiltracji i diurezy
- zaplanowanie harmonogramu zmiany opatrunku wokół ujścia cewnika Tenckhoffa – co 48 godzin.
- udokumentowanie wykonanych czynności



Cukrzyca u kobiet w okresie ciąży, porodu i jej wpływ na zdrowie noworodka

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych i Komisja Położnych OIPiP w Łodzi serdecznie zaprasza położne i pielęgniarki na bezpłatne szkolenie „Cukrzyca u kobiet w okresie ciąży, porodu i jej wpływ na zdrowie noworodka”, które odbędzie się w dniu **21 września 2012 roku** w godzinach 9.00 – 15.15 w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 (sala wykładowa, II p.).

Zakres tematyczny szkolenia:

1. Cukrzyca – choroba społeczna jako grupa różnych genetycznie uwarunkowanych i nabytych zaburzeń metabolicznych.
2. Klasyfikacja cukrzycy i testy przesiewowe.
3. Powikłania u noworodka matek chorych na cukrzycę.
4. Model opieki nad kobietą ciężarną z cukrzycą.
5. Opieka nad kobietą z cukrzycą w porodu i noworodkiem.
6. Dieta kobiety z cukrzycą w poszczególnych okresach.
7. Metabolizm w okresie ciąży. Cięża jako czynnik diabetogenny.
8. Powikłania w przebiegu ciąży powikłanej cukrzycą.
9. Wpływ cukrzycy na powikłania położnicze.

Wykładowcy:

dr n. med. Bogusława Cyranowicz
mgr Anna Krzyżanowska
spec. Maria Ośródk
prof. dr n. med. Piotr Surmacki

Udział w szkoleniu członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jest bezpłatny. Zgłoszenia należy składać (na drukach OIPiP) do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy biura, w terminie do dnia 30 czerwca 2012 roku. Decyduje kolejność zgłoszeń. Uczestnicy otrzymają certyfikaty.



Zrozumieć niemowlę. Wspieranie interakcji między rodzicami a dzieckiem

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych i Komisja Położnych OIPiP w Łodzi serdecznie zaprasza położne i pielęgniarki na bezpłatne szkolenie: „Zrozumieć niemowlę. Wspieranie interakcji między rodzicami a dzieckiem”, które odbędzie się **22 czerwca 2012 roku**, w godzinach 9.30 – 15.30 w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 (sala wykładowa, II p.).

Wykładowca:

mgr Karolina Isio-Kurpińska – ekspert i trener Skali Oceny Zachowania Noworodka według Brazeltona z Centrum NBAS w Polsce

Zakres tematyczny szkolenia:

1. Współcześni rodzice – problemy, niepokoje, wyzwania.
2. Rola pracowników służby zdrowia we wczesnym okresie funkcjonowania rodziny.
3. Noworodek: potrzeby i trudności.
4. Kompetentny noworodek i niemowlę jako aktywny twórca relacji.
5. Trudne tematy: sen i płacz noworodka.
6. Noworodek jako istota społeczna.
7. Zachowanie noworodka jest jego językiem – na jakie sygnały zwracać uwagę.
8. Jak wspierać kompetencje rodzicielskie.
9. Skala Oceny Zachowania Noworodka według Brazeltona jako doskonałe narzędzie budowania relacji z rodziną.

Udział w szkoleniu członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jest bezpłatny. Zgłoszenia należy składać (na drukach OIPiP) do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 w godzinach pracy biura w terminie do dnia 15 czerwca 2012 roku. Decyduje kolejność zgłoszeń. Uczestnicy otrzymają certyfikaty.



Bezpieczna ciąża

Serdecznie zapraszamy na konferencję dla pielęgniarek i położnych pt. „Bezpieczna ciąża”, która odbędzie się w Łodzi w dniu **30 czerwca 2012 roku** w sali widowiskowej Politechniki (al. Politechniki 3A) w godzinach 9.30 – 15.00.

W programie:

1. „NaProTECHNOLOGY w diagnostyce i leczeniu niepłodności” – mgr Mirosława Szymańska
2. „Poród lotosowy” – mgr Patrycja Ewa Zielińska
3. „Aspekty prawne” – dr n. prawnych Dorota Karkowska
4. „Poród martwego płodu – opieka psychologiczna położnej” – dr Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, psycholog

Rejestracja:

- e-mailowo: slowinska@miralex.pl
- telefonicznie: 506-027-613
- faxem: 61-832-90-70

Oплата rejestracyjna:

- 30 pln – płatne przelewem MIRALEX SP. Z O.O., ul. Sikorskiego 14/6, 64-920 Piła, 75 1500 1041 1210 4005 4090 0000 Kredyt Bank SA I Oddział w Pile z dopiskiem „imię i nazwisko/nazwa miejscowości”
- 50 pln – w dniu konferencji, przy rejestracji

Ilość miejsc jest ograniczona. O uczestnictwie w konferencji decyduje kolejność zgłoszeń.



Pielęgniarstwo – zawód z przyszłością – wczoraj, dziś i jutro

Łódzki Oddział Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego serdecznie zaprasza na Konferencję: „Pielęgniarstwo – zawód z przyszłością – wczoraj, dziś i jutro” organizowaną z okazji 55 rocznicy powstania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Program konferencji:

1. Wczoraj łódzkiego pielęgniarstwa.
2. Pielęgniarka jako funkcjonariusz publiczny – dyskusja panelowa.
3. Czy pielęgniarstwo jest zawodem z przyszłością?

Konferencja odbędzie się **14 września 2012 roku** w dużej sali obrad Urzędu Miasta w Łodzi. Planowany czas trwania w godzinach 9.00 – 15.00. Zgłoszenia prosimy przesyłać na adres mailowy: ptp.lodz@gmail.com do dnia **30 sierpnia 2012 roku**.

Więcej informacji na stronie: www.ptp.na1.pl w zakładce Oddziały – Łódź



251658240

Przychodnia SALVE zatrudni pielęgniarki.

Wymagania:

wykształcenie wyższe
– magister lub licencjat pielęgniarstwa
– ukończony kurs szczepień ochronnych.
Aplikacje proszę kierować na adres: biuro.struga@salve.pl

Centrum Edukacji i Rozwoju Osobistego **CEIRO****CENTRUM SERDECZNIE ZAPRASZA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE NA NASTĘPUJĄCE FORMY KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO.**

- 1) Specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa Środowiska Nauczania i Wychowania. Program dla Pielęgniarek.
- 2) Specjalizacja w dziedzinie Organizacji i Zarządzania. Program dla Pielęgniarek i Położnych.
- 3) Skrócona (do 12-miesięcy) Specjalizacja w dziedzinie Organizacji Zarządzania. Program dla mgr Pielęgniarstwa i Położnictwa.
- 4) Specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego. Program dla Pielęgniarek.
- 5) Specjalizacja w dziedzinie Pielęgniarstwa Nefrologicznego. Program dla Pielęgniarek.
- 6) Kurs specjalistyczny- Resuscytacja Krążeniowo/Oddechowa. Program dla Pielęgniarek i Położnych.
- 7) Kurs doszkalcący z zakresu „Zaopatrzenia stomii”.
- 8) Kurs doszkalcący z zakresu „Opatrunki specjalistyczne i ich zastosowanie przy zaopatrywaniu ran”.

Realizacja kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w CEIRO odbywa się w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.
Pielęgniarki i Położne mogą ubiegać się o refundację części kosztów szkoleń w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z przynależnością i obowiązującymi w nich regulaminami
Szczegółowe informacje można uzyskać : pod numerem telefonu 609 049 267, 42 654 68 89
e-mail krystyna-walewska@wp.pl www.ceiro.com.pl

centrum edukacji
Erudio

Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Pomorska 83/85

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY**KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych



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 1077/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

**!!! UWAGA !!!
PRZYJMujemy ZAPISY NA SZKOLENIA
SPECJALIZACYJNE**



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



TEB Edukacja

proVena

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek- najlepsza inwestycja



ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH

ULTRA FORTE

Zapraszamy
Panie pielęgniarki i położne, Panów pielęgniarzy i położnych
na bezpłatne szkolenia z zakresu:

- Asertywności •
- Komunikacji w zespole •
- i przekazywania trudnych informacji
- Komunikacji z pacjentem i jego rodziną •
- Radzenia sobie ze stresem •

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ BEZPŁATNIE:

- materiały dydaktyczne
- płytę z multimedialnym kursem
- książki związane z tematem warsztatów
- certyfikat uczestnictwa
- poczęstunek

Zajęcia prowadzą doświadczeni, certyfikowani trenerzy posiadający dużą wiedzę psychologiczną i współpracujący od lat ze środowiskiem medycznym.

PUNKT REKRUTACYJNY

Łódź, ul. Józefa 7/35
tel. kom. 512 228 406
tel. 42 239 41 16

Biurowo Projektu
TEB Edukacja Piotrków Trybunalski
ul. Armii Krajowej 24 a
tel. (44) 647 09 72

Dowiedz się więcej na:
www.efs.teb.pl



Europejski Rok Aktywności Osób Starszych

mgr BEATA GRAS

Rok 2012 ogłoszony został Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Jest to okazja do tego, by uświadomić sobie, że w Europie żyjemy dziś dłużej i że cieszymy się dobrym zdrowiem dłużej niż kiedykolwiek wcześniej. W ciągu najbliższych 50 lat liczba obywateli Europy w wieku 65 lat i powyżej ma się podwoić. Co prawda dane o średniej długości życia starzejącej się populacji europejskiej pomagają w prognozowaniu przyszłości, niemniej mówią nam tylko połowę prawdy. Kolejnym elementem dociekań medycznych jest wiedza o tym, ile z tych lat przeżyjemy w zdrowiu – opublikowano nowe dane o „latach życia w zdrowiu” (wskaźnik HLY)

Celem Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej będzie zwrócenie uwagi opinii publicznej na wkład, jaki do społeczeństwa wnoszą osoby starsze. Jest to również okazja, by zachęcić środowiska polityczne i inne zainteresowane strony do podejmowania konkretnych działań z myślą o tworzeniu warunków sprzyjających aktywności osób starszych i wzmacnianiu solidarności międzypokoleniowej. Próba odpowiedzi na jedno spośród wielu pytań dotyczących wpływu czynników na aktywność osób starszych, jak żyć zdrowo będąc seniorem, była zaprezentowana w dniu 21.04.2012 roku o godzinie 11.00 w Sali Rektoratu Uniwersytetu Medycznego podczas inauguracyjnego wykładu zaaranżowanego przez koordynatorki projektu Akademii Zdrowia Seniora – radne Rady Miejskiej w Łodzi – Joannę Kopcińską i Iwonę Boberską.

W roli gościa honorowego wystąpił Minister Krzysztof Kwiatkowski. Uroczyście otworzył sesję, ciepło witając zaproszonych gości, poparł również ideę podjęcia działań w kierunku pozwalającym ludziom starszym żyć aktywnie, dzielić się swoimi doświadczeniami, odgrywać kluczowe role w działaniach społeczności lokalnej.

Interesujący wykład na temat „Jak żyć zdrowo będąc seniorem” wygłosiła dr n. med. Maria Kołomecka – konsultant wojewódzki do spraw geriatric. W swoim wykładzie zwróciła uwagę na aktywne starzenie, na które składa się wiele elementów: starzenie się w dobrym zdrowiu, aktywnym udziale w życiu społecznym, spełnieniu w życiu zawodowym i większej niezależności w życiu codziennym. Bez względu na swój wiek osoby starsze

mogą odgrywać ważną rolę w społeczeństwie i dłużej cieszyć się życiem. Musimy więc znaleźć sposób na to, by jak najlepiej wykorzystać ten potencjał.

W 2012 roku Unia Europejska będzie wspierała aktywność osób starszych poprzez działania w dziedzinach: poprawiających aktywny styl życia, zwiększenia możliwości udziału w życiu społecznym poprzez stworzenie warunków do dłuższej aktywności zawodowej. Pani dr M. Kołomecka podkreśliła fakt, iż z wiekiem pogarsza się stan zdrowia każdego z nas, ale istnieje wiele sposobów, by sobie z tym radzić. Czasem potrzebne są tylko niewielkie zmiany, aby życie osób o słabszym zdrowiu lub niepełnosprawnych stało się o wiele łatwiejsze. Aktywne starzenie się oznacza również usprawnianie funkcjonowania osób starszych, tak by mogły one pozostać niezależne tak długo, jak to możliwe, by cieszyć się dobrym zdrowiem i realizować swoje marzenia. Jednak jeśli senior – osoba starsza – jest samotna lub występuje u niej deficyt samoopieki i samopielęgnacji niezbędne jest objęcie opieką instytucjonalną. Należy wówczas dołożyć wszelkich starań, aby nie tylko warunki lokalowo-bytowe były elementem istoty funkcjonowania domów pomocy społecznej, ale zwrócić przede wszystkim uwagę na sprawowaną fachową i profesjonalną opiekę przez wykwalifikowany personel pielęgniarski. Podjęcie powyższych tematów pozwala nam pielęgniarkom podejmować działania w dziedzinie tak delikatnej jak holistyczna opieka nad człowiekiem, począwszy od urodzenia po późną starość aż do śmierci.

Spośród zaproszonych gości znaleźli się przedstawiciele środowisk medycznych i pozamedycznych: Samorządu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi: przewodnicząca ORPiP – mgr Agnieszka Kałużna, sekretarz ORPiP – mgr Maria Kowalczyk, Koła Emerytek OIPIP, Uniwersytetu III Wieku.

Pomysł spotkał się ze strony przybyłych gości bardzo dużym zainteresowaniem oraz wykazaniem woli współpracy środowisk medycznych i pozamedycznych w rozwoju Akademii Zdrowia Seniora.

Literatura:

<http://ec.europa.eu/health>

Beata Gras – mgr zdrowia publicznego



Wspomnienie o Marii Milancej

Jadąc pociągiem, chcąc nie chcąc, zawsze spoglądamy w okno i pozwalamy sobie na chwilę rozluźnienia, wracamy myślami do wspomnień, planujemy strategie pozwalające rozwiązać bieżące problemy i zdarza się że ni stąd ni zowąd wracamy myślami do osób, które wiele dla nas znaczyły i miały szczególny wpływ na nasze życiowe wybory. Niewątpliwie głęboko wspominamy tych z którymi z różnych przyczyn zerwaliśmy kontakty lub tych, którzy odeszli... na zawsze...

Nasze środowisko pielęgniarskie jest bardzo liczne i nawet lokalnie, pracując w jednym szpitalu, nie znamy się wszystkie imiennie. Mijamy się w biegu mówiąc w pośpiechu krótkie „dzień dobry” i błyskawicznie wracamy do swoich zawodowych spraw.

Jednak niektóre z nas, mimo to, nie pozostają anonimowe. Ich wyjątkowa osobowość, charyzma, niezłomność, poczucie godności osobistej i kreatywność zawodowa wyróżnia je spośród nas i pozostaje w pamięci.

I taką osobą z pewnością była Maria Milancej. Pielęgniarka, której portret na stałe utrwalił się w naszych sercach, a szkicuje go wrażliwość, szacunek i miłość do drugiego człowieka.

Przybliżmy sobie Jej sylwetkę ten ostatni raz...

Marylka ukończyła Liceum Medyczne nr 1 z wyróżnieniem w roku 1974 roku. Rozpoczęła pracę na Oddziale Intensywnej Terapii Pediatrycznej w Szpitalu Klinicznym nr 4 w Łodzi i już na starcie swojej drogi zawodowej dała się poznać jako wzorowa, ambitna i bardzo zdolna pielęgniarka.

Po kilku latach przeniosła się na blok operacyjny podejmując pracę na stanowisku pielęgniarki anestezyjologicznej.

W latach dziewięćdziesiątych jako jedna z pierwszych uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii. Za ogromną wiedzę zawodową dwukrotnie zdobyła „Złoty Czepek”.

Nieustannie rozwijała się naukowo, łącząc wiedzę kliniczną ze zdolnościami manualnymi w praktyce. Kontynuowała samokształcenie i do tego samego



zachęcała koleżanki z pracy. Często stwarzała i utrzymywała dystans w stosunku do młodszych koleżanek mając w tym świadomie ukryty cel. Zamierzała w ten sposób wypromować odpowiedzialne i sumienne pielęgniarki a Jej intencją było przede wszystkim kształtowanie umiejętności podejmowania trudnych decyzji w stanach nagłych i zrozumienia zasad nietatwej współpracy. A oto wspomnienia jednej z nich...

... był wrzesień 1985 roku kiedy zostałam przyjęta do pracy na OIT, a Pani Maria ew. Pani Marylka, przebywała wówczas na urlopie wychowawczym. Starsze koleżanki, które wprowadzały nas w oddział przestrzegały nas przed Nią mówiąc: „Zobaczycie jak tylko Maria wróci, to wam pokaże jak się pracuje”.

Kiedy po raz pierwszy zobaczyłam Marylkę wydała mi się starsza niż w rzeczywistości. W wyprasowanym starannie fartuchu w kolorze kawy z mlekiem i czepku z zagiętymi rogami. Wysoka, postawna kobieta sprawiała wrażenie powściągliwej i zasadniczej. Zwracało uwagę jej szczególne skupienie na koleżankach zdających raport dyżurowy i unikliwie stawiane zapytania o przydzielonych pod jej opiekę pacjentów. Oszczędna w słowach, spokojna i wyciszona.

Pamiętam jak zależało mi bardzo żeby na naszym pierwszym wspólnym dyżurze wypaść jak najlepiej. Staralam się więc, żeby wszystko było wykonane bez zarzutów. Pracowałam sumiennie zwracając uwagę żeby niczego nie pominąć. Dlatego też, kiedy około północy weszła do mojego boks i zapytała: „Przepraszam, czy Pani wczoraj na nocy miała boks ósmy?” w jednej chwili poczułam falę nieodpartego lęku, serce zabiło mi jak oszalałe a w głowie błyskawicznie przemykały różne myśli, co mogłam zrobić nie tak. Odrętwiała, ledwie wykrztusiłam swoje „tak”.

Ona natomiast ze stoickim spokojem rozpoczęła prelekcję, jak powinna wyglądać praca na dyżurze nocnym. Podkreślała, że nasza profesja nie kończy się przy pacjentach. Stałam więc i słuchałam a Marylka kontynuowała. Dowiedziałam się, że porządki są równie ważne jak pacjent, że szafki myje się wodą z miski,

koniecznie z dodatkiem detergentu a czyści się je zawsze w jednym kierunku – z góry do dołu. Podkreślała, że na butelkach przygotowywanych w aptece umieszczona jest data, a bielizny pościelowej w boksie ma być 2-3 sztuki nie więcej.

Pamiętam również czas, gdy na OIT z systemu 3-zmianowego przechodziliśmy na dyżury 12-godzinne i tworzone były cztery, stałe dyżurowe grupy. Nasza okazała się cudowna. Młode, chętne do pracy i zawsze uśmiechnięte dziewczyny dostały Marysię. Byłyśmy zawiedzione. Oddziałowa podsumowała: „będziecie spokojniejsze”. Myliła się i to bardzo. Owszem na początku nie było łatwo. W wolnych chwilach kiedy siedziałyśmy w dyżurce nasza rozmowa kończyła się na kilku zdaniach o pracy, krótkich pytań o dzieci, plany urlopowe a potem na gorączkowych poszukiwaniach, o czym można by jeszcze porozmawiać z „poważną” Marylą. Ale czas zrobił swoje, bo stopniowo, poznając się bliżej dostrzegłyśmy jak fajna, szczerą i opiekuńczą potrafi być Marynia. W końcu my otworzyłyśmy się na Nią, a Ona na nas. Okazała się super „babką”, która potrafi żartować i śmiać się szczerze również z siebie. Gawędziłyśmy na każdy temat i nigdy nie odczuwałyśmy różnicy wieku. Maryla służyła swym wsparciem nie tylko w pracy, ale i na płaszczyźnie prywatnej.

Wypracowała sobie autorytet, którego bardzo jej zazdrościliśmy...”

Zaufanie, jakim obdarzyło Marylę Milancę środowisko pielęgniarek doprowadziło ją do objęcia funkcji Przewodniczącej Związku Pielęgniarek i Położnych. W swych negocjacjach nie miała sobie równych. Walczyła o prawa pielęgniarek i położnych z ogromną determinacją i zaangażowaniem. Nieustannie toczyła zmagania o poprawę warunków pracy i wynagrodzeń oraz podnoszenie prestiżu zawodowego.

Zawsze konsekwentna i nieustępliwa w swych postanowieniach.

Wizerunek Marylki wchodzącej na oddziały z teczką pełną dokumentów na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Kochana Maryniu, byłaś wspianą kobietą o Wielkim Sercu i wrażliwej duszy, czym pozyskiwałaś sobie sympatię i życzliwość innych.

Dziękujemy Ci.

Jesteś i pozostaniesz w naszych sercach.

Pielęgniarka Naczelną
z zespołem Pielęgniarek i Położnych
Szpitala Uniwersyteckiego im.
Marii Konopnickiej Nr 4 w Łodzi

Z wielkim żalem żegnamy naszą Koleżankę Pielęgniarkę

Elżbietę Wich

która odeszła od nas 22.04.2012 r. w wieku 41 lat.

Pogrążone w smutku i zadumie
Koleżanki z Oddziału Dermatologii
i WSS im. Wł. Biegańskiego w Łodzi

„...Odszedłeś cicho i bez pożegnania
Jak ten, co nie chce swym odejściem smucić,
Jak ten, co wierzy w chwili rozstania
że ma niebawem z dobrą wieścią wrócić...”

Ostatnia droga ...
Spojrzenie ku ziemi.
Bóg wzywa do nieba.
Czas by się rozstać,
Żal jest odchodzić,
Nie dane by zostać,
Dusza pofrunie wysoko
Na ziemi i w sercach zostaną
Wspomnienia ...

Drożej Koleżance Pielęgniarcie

Bernadecie Czerskiej

która zbyt wcześnie od nas odeszła w wieku 47 lat za trud i poświęcenie wkładany w pracę zawodową, zawsze otwarte serce i uśmiech na twarzy oraz mądrość życiową, dziękują pogrążone w żalu koleżanki z LUX Med.- u Łódź