

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

Maria Kowalczyk

Skarbnik ORPiP w Łodzi

Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Małgorzata Pniak
dyżuruje w I i IV środę miesiąca
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

Edyta Ziemkiewicz
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00–18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 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, 11 Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 639 92 62

Biblioteka OIPiP

– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym*

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

Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

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

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

TEMAT MIESIĄCA 8

PRAKTYKA ZAWODOWA 11

PODZIĘKOWANIA 16

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 17

POŻEGNANIA 20

PIERWSZA POMOC I-IV

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34

tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska

Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 2, 8, 20, 1

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



Szanowni Państwo

Przed nami czas Świąt Wielkanocnych czas krótkiego zatrzymania i przeżywania niepowtarzalnych chwil w gronie najbliższych. Z okazji zbliżających się Świąt składam Wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym wiosenne życzenia, aby w ten czas świąteczny w Waszych rodzinach i domach zagościła radość, spokój i wielka nadzieja odradzającego się życia. Życzę wielu uśmiechów, pogody ducha, wszelkiej serdeczności zarówno tym, którzy pełnić będą swoje obowiązki zawodowe i tym wszystkim, którzy te święta będą spędzać w gronie rodzinnym.

W imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
życzy

Przewodnicząca ORPiP
mgr Agnieszka Kałużna

Agnieszka

II posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 28 stycznia 2016 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 4 położne.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 4 położne.
- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarsze.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarki wykonywanej w przedsiębiorstwie.
- ▶ Dokonano wykreślenia wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Wydano zaświadczenia o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki i położnej łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat – 1 pielęgniarsze i 1 położnej, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
- ▶ Dokonano wpisów w rejestrze organizatorów kształcenia OIPIP w Łodzi – 2 organizatorów w zakresie wpisu 3 kursów specjalistycznych.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalistycznych – 8 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 3 osobom, kursie specjalistycznym – 4 osobom.
- ▶ Przyznano 1 zapomogę losową w wysokości 2500 zł oraz odmówiono 1 osobie przyznania ze względów regulaminowych.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalistycznych, 1 kursu kwalifikacyjnego, 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi w zakładach oraz w OIPIP.
 - zakup 10 nagród książkowych dla najlepszych absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa UM.
 - koszty zakupu sprzętu na zajęcia kursu specjalistycznego w zakresie Badań fizykalnych dla pielęgniarek i położnych.
 - honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPIP Nr 1/2016.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej dla 5 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego w Łodzi.
- ▶ Powołano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze w podmiotach leczniczych – 1 dyrektora ds. lecznictwa w podmiocie leczniczym.

III posiedzenie ORPiP w dniu 16 lutego 2016 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 7 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki i 1 praktyki położnej wykonywanej w przedsiębiorstwie.
- ▶ Dokonano wpisu w rejestrze organizatorów kształcenia OIPIP w Łodzi – 1 kursu kwalifikacyjnego i 1 kursu specjalistycznego.
- ▶ Uchyłono decyzję o przyznaniu zapomogi losowej ze względu na nieregularne opłacanie składek członkowskich na rzecz OIPIP w Łodzi.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniu specjalistycznym – 1 osobie, kursach kwalifikacyjnych – 8 osobom, kursach specjalistycznych – 5 osobom, konferencji – 2 osobom.
- ▶ Odmówiono 8 osobom przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – kurs kwalifikacyjny był organizowany i finansowany z budżetu OIPIP w Łodzi w 2015 r.; zajęcia kursu odbywały się w miejscu zatrudnienia.
- ▶ Zatwierdzono:
 - zwołanie i zatwierdzono koszty organizacyjne XXXIII OZPiP w dniu 3 marca 2016 r.;
 - zorganizowanie obchodów 25-lecia samorządu pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi w dniu 12 maja 2016 r.;
 - powołanie pełnomocnika ORPiP i jego zastępcy w 1 rejonie wyborczym na okres VII kadencji;
 - sfinansowanie 1 członkowi Komisji Paliatywno-Hospicyjnej w XX Jubileuszowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Hospicjum sztuką życia – sztuką jak pomagać” w Częstochowie oraz 3 członkom Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu kosztów udziału w XIII Kongresie Pielęgniarek Polskich „Przyszłość pielęgniarstwa zaczyna się dzisiaj” w Warszawie.
 - zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi w 2016 r. Wprowadzono zmianę w zakresie realizowanego kursu specjalistycznego w zakresie Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego, dla pielęgniarek i położnych poprzez dodanie edycji kursu realizowanego w zakładzie i zmiany w priorytetach szkoleń specjalistycznych realizowanych w 2016 r. na terenie województwa łódzkiego i w związku z powyższym przez OIPIP w Łodzi.

Zaktualizowany plan szkoleń i kursów na 2016 rok dostępny na stronie internetowej OIPIP w Łodzi oraz w biurze OIPIP.

- skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, dla pielęgniarek i położnych organizowanego i finansowanego z budżetu OIPIP w Łodzi.
- kadre dydaktyczną dla 5 szkoleń specjalistycznych, 2 kursów kwalifikacyjnych i 6 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi w zakładach oraz w OIPIP.
- zmianę liczby prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” – zwiększenie prenumeraty o 4 egzemplarze.
- objęcie honorowym patronatem przez OIPIP w Łodzi – udział Komisji Warunków Pracy i Zatrudnienia OIPIP w Komitecie Naukowym i Organizacyjnym Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Interdyscyplinarny wymiar pielęgniarstwa” organizowanej przez Prodiakana kierunku Pielęgniarstwa Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi w dniu 8 czerwca 2016 r. oraz dofinansowanie w wysokości 500 złotych.
- wyrażenie zgody na udział 2 pielęgniarek w kursie specjalistycznym w zakresie Szczepienia ochronne, dla pielęgniarek organizowanym i finansowanym z budżetu OIPIP w Łodzi w zakładach, pod warunkiem wolnych miejsc w danej edycji kursu.
- plan kontroli na I półrocze 2016 r. – 2 organizatorów kształcenia podyplomowego wpisanych do rejestru OIPIP w Łodzi.
- plany pracy 8 komisji problemowej OIPIP w Łodzi na 2016 rok.
- zmiany dotyczące komisji problemowych OIPIP w Łodzi: wykreślono Komisję Pielęgniarek Psychiatrycznych (brak działalności komisji od 01.01.2013 r.) a wpisanie nowej Komisji Pielęgniarek Operacyjnych (zgodnie z wnioskiem) oraz zmiany w składach osobowych 3 komisji problemowych OIPIP.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla 2 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego w Łodzi.
- ▶ Powołano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze w podmiotach leczniczych – 1 zastępcy dyrektora i 4 ordynatorów oddziałów w 2 podmiotach leczniczych.

oprac. mgr M. Kowalczyk

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu zatrudni pielęgniarki w ramach umowy o pracę, w pełnym wymiarze godzin jak również na 1/2 etatu. Do wyboru oddziały w zależności od posiadanych kwalifikacji pracowniczych. Zainteresowanych prosimy o kontakt osobisty lub telefoniczny na nr 42 714 42 84 lub przesłanie CV na adresprzelezona@wss.zgierz.pl

Z poważaniem
Mirosława Olejniczak – Przełożona Pielęgniarek
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;

2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;

3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1–2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1, składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);

2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie, której są członkiem;*

3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu;

4) przebywające na urlopie macierzyńskim/tacierzyńskim; wychowawczym lub rodzicielskim;

5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu;

6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu;

7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS – bez stosunku pracy;

8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 4% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgową stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

*dotyczy osób niewykonyjących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.) informują OIPiP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

Uchwała nr 21 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r.

w sprawie programu samorządu pielęgniarek i położnych na okres VII kadencji

Na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, obradujący w dniach 18–20 stycznia 2016 r. w Warszawie, jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych, przedstawia niniejszym priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się kadencję.

I. Kształcenie przeddyplomowe

1. Określenie minimalnej liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w kontekście potrzeb społecznych w zakresie opieki pielęgniarstwie i położniczej.

2. Utrzymanie kształcenia dwustopniowego – studia I i II stopnia.

3. Kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na zasadach kierunków zamawianych.

4. Wdrożenie i realizacja skróconego toku kształcenia licencjata pielęgniarstwa do dyplomu licencjata położnictwa (zgodnie z zapisami obowiązującej Dyrektywy UE).

5. Monitorowanie losów absolwentów w ramach współpracy uczelni z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych.

6. Współpraca samorządu zawodowego i uczelni wyższych z podmiotami leczniczymi w zakresie udziału tych podmiotów w optymalizacji kształcenia praktycznego pielęgniarek i położnych.

II. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

1. Opracowanie i wdrożenie standardu ścieżki rozwoju zawodowego.

2. Określenie kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych (gdyż zapis w programach kursów nie przekłada się na uprawnienia w praktyce).

3. Wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego.

4. Wprowadzenie mechanizmów weryfikacji obowiązku aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne.

5. Wdrożenie systemu akredytacji podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

6. Opracowanie zmian do przepisów prawnych dotyczących zwolnienia pielęgniarek i położnych z opłat podatkowych od kształcenia podyplomowego.

III. Stabilizacja warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej

1. Opracowanie i wydanie opisów stanowisk pracy dla pielęgniarki i położnej.

2. Opracowanie i wdrożenie standardu kompetencji pielęgniarskiej i położniczej menedżerskiej kadry kierowniczej na poszczególnych szczeblach zarządzania.

3. Określenie i wprowadzenie w drodze legislacji poziomów wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych począwszy od płacy minimalnej do poziomów zależnych od posiadanych kwalifikacji.

4. Określenie, w aktach prawnych, liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych jako bezwzględne kryterium finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

5. Opracowanie, wdrożenie i ewaluacja standardów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.

6. Zintegrowanie działań samorządu zawodowego, PTP oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa i poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa w zakresie rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, poprawy jakości kształcenia, podniesienia prestiżu zawodów oraz poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych.

7. Zintegrowanie współpracy samorządu zawodowego ze stowarzyszeniami i towarzystwami zawodowymi.

§ 2. Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
Andrzej Tytuła

Przewodniczący Zjazdu
Sebastian Irzykowski



Uroczystość nadania symboli zawodowych pielęgniarki i położnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi

W dniu 30 stycznia 2016 r. absolwenci kierunku Pielęgniarstwo i Położnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oprócz otrzymania dyplomów nadane mieli również symbole zawodowe i złożyli przysięgę pielęgniarki i położnej. Uroczystość ta zwana była dawniej „czepkowaniem”, czyli założeniem czepka pielęgniarskiego czy czepka położnej.

Czepek obecnie nie jest noszony przez pielęgniarki i położne pracujące zawodowo, w 1991 roku został zastąpiony metalową przypinką, ale jest symbolem zawodu – widnieje na podręcznikach, pismach zawodowych, stanowi element loga organizacji pielęgniarskich, samorządu zawodowego. Jest symbolem zawodu podczas ważnych wydarzeń i uroczystości oraz stanowi element stroju galowego pielęgniarki i położnej.

Dyplomatorium miało miejsce w Auli 1000 w CKD przy ul. Pomorskiej 251, co dało odpowiednią oprawę tej uroczystości. W uroczystości uczestniczyli władze uczelni m.in. w osobie Rektora UM prof. Pawła Górskiego, prof. Anny Jegier – Prorektora ds. Kształcenia, Senatorzy UM w Łodzi, Dziekan prof. Tomasz Kostka oraz Członkowie Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu, przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – Pani Maria Cianciara, Joanna Gąsiorowska i Alicja Chrobak. Obecni byli również nauczyciele akademicy kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, pielęgniarki naczelne, pielęgniarki i położne zasłużone dla pielęgniarstwa, rodzice i inni zaproszeni goście. W tym ważnym dniu dyplomy ukoń-



czenia studiów oprócz absolwentów Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa odebrali również najlepsi absolwenci kierunków: zdrowie publiczne – studiów pierwszego i drugiego stopnia, ratownictwa medycznego – studiów pierwszego stopnia, socjologii – studiów drugiego stopnia, dietetyki – studiów pierwszego i drugiego stopnia.

Uroczystość rozpoczęła się wniesieniem sztandaru UM i odśpiewaniem Gadeamus, po czym głos zabrał Rektor UM Paweł Górski i Dziekan Wydziału prof. Tomasz Kostka podkreślając, że dzień ten jest wyjątkowy ze względu na historyczne wydarzenie nadania symboli zawodowych pielęgniarkom i położnym. Po zakończeniu części oficjalnej podniosłym i wzruszającym momentem było wniesienie przez studentkę pielęgniarstwa ubranej w historyczny strój podobny jak nosiła Florence Nightingale, zapalanej lampki, która jest międzynarodowym symbolem pielęgniarek.

Po rozdaniu dyplomów najlepszym studentom kierunków ratownictwo medyczne, socjologia i dietetyka nastąpiła część uroczystości nadania symboli zawodowych pielęgniarkom i położnym. Po otrzymaniu dyplomu absolwenci mieli zakładany czepek pielęgniarki/czepek położnej przez nauczycielki kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, które są pielęgniarkami i położnymi, co spowodowało, że ta część uroczystości stała się podniosłym wydarzeniem.

Następnie pielęgniarki i położne złożyły ślubowanie, które rozpoczynając się od słów: „Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczyste przyrzekam...” podkreśliły, jak ważny jest to moment w życiu pielęgniarki i położnej. Ślubowanie zakończono odśpiewaniem Hymnu Pielęgniarskiego.

W dalszej części uroczystości wręczono nagrody i wyróżnienia dla absolwentów, którzy uzyskali najwyższe średnie ocen na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Nagrody i wyróżnienia ufundowane były przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział w Łodzi. Uroczystość zakończyła się wspólnym zdjęciem absolwentów i władz wydziału. (J. G.)



FUNDACJA RODZINNEJ OPIEKI ZASTĘPCZEJ

Łódź ul. Chałasińskiego 11
tel. 42- 671-35-76
brea88@wp.pl
www.frozjaimojdom.pl

Konto: PKO BP 05 1020 3352 0000 1002 0112 4031
Regon: 472053752 NIP: 728-22-20-761
KRS 0000199423 z dopiskiem "DOM W LESIE"

1%

Podziel się z nami swoim podatkiem
- wpisz w zeznaniu podatkowym: Fundacja Rodzinnej Opieki Zastępczej JA I MÓJ DOM numer KRS 0000199423.

z dopiskiem "DOM W LESIE"

Możesz mieć wpływ na rozwój naszej działalności wskazując cel szczegółowy:

* Wspieranie samopomocowych grup RZ i RDD:
WPISZ GRUPY WSPARCIA

* Docenienie misji rodziców zastępczych:
WPISZ DZIEŃ RODZICIELSTW ZASTĘPCZEGO

* Budowanie systemu wsparcia dla usamodzielnionych dzieci z rodzi zastępczych:

WPISZ OŚRODEK WSPARCIA LUB OPIEKA NASTĘPCZA

* Wskaż wybraną rodzinę zastępczą lub rdd

WPISZ KOD wybranej rodziny zastępczej

[zobacz KOD na stronie Fundacji www.frozjaimojdom.pl w zakładce Pomagaj z nami]

Możesz również pomagać z nami przez wpłatę dowolnej darowizny na konto bankowe naszej Fundacji:
PKO BP 05 1020 3352 0000 1002 0112 4031

Fundacja Rodzinnej Opieki Zastępczej JA I MÓJ DOM
KRS 0000199423

z dopiskiem "DOM W LESIE"

PREZES FUNDACJI
ZDZISŁAW BREWIŃSKI



Szanowni Państwo, nazywam się Mirosława Chojnacka, jestem pielęgniarką, członkiem naszej OIPIP w Łodzi, zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku w swoim zeznaniu podatkowym.

Mam syna chorego na mukowiscydozę, chorobę genetyczną nieuleczalną. Choroba ta u każdego chorego mimo ciągłego przyjmowania leków ciągle postępuje. Systematycznie wyniszcza cały organizm, powoduje włóknienie narządów (np. płuc, trzustki) życie każdego chorego na mukowiscydozę to ciągły wyścig z czasem i chorobą. W mukowiscydozie nadchodzi taki moment, że choremu niezbędna jest całkowita tlenoterapia (aparat kosztuje około 15 tysięcy złotych) a leczenie należy prowadzić coraz to innymi antybiotykami, niestety droższymi i pełnopłatnymi.

Tylko 15% chorych przekroczyło 24 rok życia, mój syn ma 34 lata i wszystko robimy, aby jak najdłużej żył.

Bardzo proszę przekazać swój 1%

Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą”

KRS 000037904

z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004

Innym sposobem udzielania pomocy jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku. Wpłaty prosimy kierować na konto:

Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”

Bank BPH SA 15 1060 0076 0000 3310 0018 2615

Bank BPH SA (darowizny w ramach zbiórki publicznej) 61 1060 0076 0000 3310 0018 2660

z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004

Dziękujemy bardzo!

Otyłość u dzieci i młodzieży – dylemat XXI wieku

mgr RAFAŁ DANIELEWICZ



Otyłość problemem XXI wieku

Tym co przeraża i zaskakuje społeczeństwo to to, iż problem ten dotyka w dużym stopniu dzieci i młodzieży. Jest to najbardziej światowy problem związany z prowadzonym stylem życia. Kiedyś nie spotykało się tylu dzieci i młodzieży otyłej. Niewątpliwie problem stanowi sposób spędzania wolnego czasu. W obecnych czasach dzieci i młodzież inaczej spędza swój wolny czas; przede wszystkim przeznaczają go na rozrywkę związaną z komputerami, telewizją czy tabletami. Otyłość powoduje rozwój wielu chorób przewlekłych, takich jak: choroby układu krążenia, układu oddechowego, cukrzyca typu 2 czy nadciśnienie tętnicze. Odpowiednie zapoznanie się ze zjawiskiem zapobiegania otyłości przez personel medyczny pozwoli na kompleksowe poczynania dotyczące redukcji masy ciała oraz uniknięcie konsekwencji zdrowotnych, a co za tym idzie poprawy stanu zdrowia.

U dzieci i młodzieży problem ten jest stosunkowo nowy, ale z każdym rokiem coraz bardziej narastający. Problem otyłości najszybciej pogłębia się u dzieci najmłodszych, czyli dzieci w wieku przedszkolnym. Wielu rodziców nie uważa otyłości za chorobę. W ciągu kilkunastu lat w naszym kraju dokonały się zmiany w sposobie żywienia, spędzania wolnego czasu u dzieci i młodzieży. Otyłości w wieku rozwojowym nie można lekceważyć, ponieważ nieleczona lub niewłaściwie leczona, powoduje występowanie często nieodwracalnych powikłań i schorzeń, z którymi dziecko będzie zmuszone zmagać się przez całe swoje młode i dorosłe życie. Dzieci i nastolatki z otyłością uważają się za osoby powolne i słabsze, traktowane są więc jako mało atrakcyjne towarzystwo do zabaw. Równolatkowie potrafią być okrutni. Złośliwości i krytyka wywołują u tego młodego otyłego człowieka przeświadczenie, że jest mniej atrakcyjną i mniej wartościową osobą. Tym samym ogranicza to ich możliwości rozwojowe i życiowe. Obniżona zostaje także ich ocena własna oraz jakość życia. Takie dzieci i młodzież czują się bezpiecznie i pewnie tylko w zaciszu własnego domu. Wyrastają więc na ludzi nieśmiałych i zamkniętych w sobie.

Do oceny stopnia otyłości u dzieci i młodzieży najprostszą i najczęściej wykorzystywaną metodą są: siatki centylowe i tzw. wskaźnik masy ciała BMI uwzględniające płeć i wiek. Siatki centylowe dają możliwość obrazowo zaprezentować pozycję danego parametru i porównać go z normą.

Problem otyłości najszybciej pogłębia się u dzieci najmłodszych, jednak wielu rodziców nie uważa otyłości za chorobę.

Kryteria oceny otyłości u dzieci i młodzieży

Stan odżywiania	BMI (centyl) dla płci i wieku
Niedowaga	poniżej c 5
Norma	c 10–c 85
Nadwaga	c 85–c 95
Otyłość	powyżej c95

Rodzaje otyłości

Najczęściej w wieku rozwojowym rozpoznaje się otyłość pierwotną i wtórną. Ale w zależności od lokalizacji tkanki tłuszczowej wyróżnia się poza tym dwa inne typy otyłości: otyłość brzuszna i pośladowo-udową.

Otyłość pierwotna (prosta, samoistna) – stanowi ponad 90 proc. przypadków w wieku rozwojowym. To otyłość, w przypadku której nie współtowarzyszą inne objawy chorobowe. Występuje na skutek nadmiernego dostarczenia kalorii w stosunku do wydatkowania energii. Otyłość prosta jest wielokrotnie uwarunkowana genetycznie. Zasadniczą rolę w przebiegu otyłości pierwotnej odgrywają czynniki środowiskowe. Szczególne skłonności do rozwoju otyłości samoistnej mają dzieci z rodzin obciążonych chorobą i młodzież w okresie dojrzewania.

Otyłość wtórna (patologiczna) – stanowi mniej niż 10 proc. otyłości u dzieci i młodzieży. Wynika głównie z uszkodzeń układu nerwowego, schorzeń endokrynologicznych, wad genetycznych lub jest wynikiem przewlekłego leczenia.

Otyłość brzuszna („typ jabłko”) – nagromadzenie tkanki podskórnej w okolicy zaotrzewnowej. Rozwija się zespół metaboliczny. Ryzyko nadciśnienia, cukrzyca i chorób układu krążenia jest nadzwyczaj duże.

Otyłość pośladowo-udowa („typ gruszka”) – usytuowanie tkanki tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków. Występuje głównie u dziewcząt już w okresie pokwitania.

Przyczyny otyłości

Główną przyczyną otyłości wśród dzieci i młodzieży jest przyjmowanie nadmiaru kalorii w stosunku do jej zużycia oraz mała aktywność fizyczna. Występowanie otyłości warunkują czynniki zewnętrzne i wewnętrzne.

- Czynniki zewnętrzne (środowiskowe):
- niska klasa społeczna rodziny,
 - niskie wykształcenie rodziców – zwłaszcza matek,
 - finansowe możliwości wyboru pokarmu,
 - tradycja i zwyczaje kulinarne,
 - nieprawidłowe nawyki żywieniowe,
 - zmniejszona aktywność fizyczna.
- Czynniki wewnętrzne (psychospołeczne) – występują najczęściej na tle negatywnych przeżyć psychicznych:
- problemy emocjonalne,
 - nieprawidłowe relacje rodzinne,

- wykorzystywanie seksualne,
- nieszczęścia,
- wygórowane wymagania szkolne i rodzicielskie.

Przyczyny wewnątrz- i zewnątrzpochodne występują często wspólnie. Utrudnia to nie tylko leczenie otyłości w wieku rozwojowym, ale także ją pogłębia. Występowanie otyłości wśród dzieci i młodzieży jest bardzo niepokojące, co skutkuje problemami zdrowotnymi w życiu dorosłym. Wśród najczęstszych powikłań otyłości w wieku rozwojowym są problemy psychospołeczne i zaburzenia emocjonalne.

Profilaktyka

Jak w każdym epizodzie choroby lepiej zapobiegać niż leczyć. Reguła ta nie odstępowała od otyłości. Nadmierna waga to choroba, w której prewencja ma niesłychanie ważne, a wręcz kluczowe znaczenie. Działania prozdrowotne to postępowanie mające na celu zapobieganie schorzeniom, poprzez jak najszybsze ich zdiagnozowanie, wykrycie przyczyn mogących je wywołać oraz skuteczne leczenie.

Zapobieganie otyłości powinno mieć swój załazek już w dzieciństwie. Celem profilaktyki jest podjęcie czynności, mających na celu przywrócenie zdrowia oraz przeciwdziałanie powstawaniu niekorzystnych wzorców zachowań, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia i pogłębiania się choroby. Istotnym elementem jest również dokładne zapoznanie się z chorobą, z którą mamy do czynienia oraz unikanie czynników, które mogą spowodować jej nawrót.

Prawidłowo prowadzona profilaktyka pozwala uniknąć poważnych powikłań zdrowotnych, które mogą wystąpić w następstwie zaniedbań i braku reakcji na występujący problem otyłości w wieku rozwojowym. Postępowanie profilaktyczne jest znaczące w każdym wieku, jednak szczególnie ważne w wieku rozwojowym. Występują trzy stopnie zapobiegania otyłości:

- profilaktyka pierwotna (pierwszorzędowa),
- profilaktyka wtórna (drugorzędowa),
- profilaktyka trzeciorzędowa.

Profilaktyka pierwszorzędowa jest zwrócona do całej populacji. Ma na celu wyeliminowanie przyczyny otyłości u dzieci i młodzieży. Polega na zmianie współczesnych czynników ryzyka. Prewencja pierwotna dotyczy określonych działań:

- promocji zdrowego trybu życia w rodzinie,
- modelowania zachowań sprzyjających zdrowiu,
- wspierania matki w karmieniu naturalnym dziecka co najmniej do 6 miesiąca.

Profilaktyka drugorzędowa skierowana do osób ze zwiększonym ryzykiem otyłości. Ma ona na celu wczesne wykrywanie symptomów choroby szczególnie w wieku rozwojowym. Obejmuje działania, takie jak:

- badania przesiewowe,
- wdrożenie procedur leczniczych.

Profilaktyka trzeciorzędowa obejmuje doradztwo czynne wieku rozwojowego, ale także badania przesiewowe

służące wykrywaniu początkowych stadiów powikłań otyłości. Celem prewencji trzeciego rzędu jest zapobieganie negatywnym skutkom otyłości i ich zminimalizowanie.

Nieprawidłowe żywienie wpływa negatywnie na rozwój psychiczny i fizyczny w wieku dziecięcym. Sytuacja w zakresie żywienia dzieci i młodzieży jest niezadowolająca. Nieprawidłowe żywienie może wpływać nie tylko na samopoczucie i stan zdrowia w wieku rozwojowym, prowadzi także do wielu konsekwencji zdrowotnych w późniejszych etapach życia. Nieodłącznym elementem życia każdego człowieka jest ruch. Niedostatek aktywności fizycznej jest jedną z zasadniczych przyczyn otyłości w wieku rozwojowym. Zwiększenie aktywności fizycznej jest sposobem zapobiegania i leczenia otyłości. Najważniejszym działaniem profilaktycznym jest dążenie do zmniejszenia zachorowalności na otyłość wśród dzieci i młodzieży. Podstawowym celem prewencji zdrowotnej jest modyfikacja stylu życia obejmująca aktywność fizyczną i sposób żywienia.

Nawyki żywieniowe są niezwykle ważne z punktu widzenia profilaktyki otyłości. Procedura postępowania dietetycznego w wieku rozwojowym różni się od zaleceń dla dorosłych. Metody postępowania ustala się indywidualnie w zależności od otyłości, dotychczasowej praktyki, a także zachowań żywieniowych. Restrykcyjna kuracja nie powinna być stosowana u dzieci do 7 roku życia. Dieta powinna dostarczać odpowiedniej ilości kalorii oraz uwzględniać właściwy skład pokarmów w zależności od wydolności organizmu i jego potrzeb. Chcąc zredukować masę ciała w wieku rozwojowym, dzieci i młodzieży powinni spożywać się 4–5 posiłków, najlepiej o stałych porach i z przerwami nie dłuższymi niż 3–4 godziny.

Korzystne jest również zwiększenie aktywności ruchowej poprzez różne zajęcia sportowe pozalekcyjne np. basen, tenis, bieganie, itp. Obok błędów w żywieniu, mała aktywność fizyczna jest jedną z najważniejszych przyczyn narastania otyłości. Aktywność fizyczna jest niezbędnym wymogiem prawidłowego rozwoju psychofizycznego młodego człowieka, jego dobrego stanu zdrowia, profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz najtańszym lekiem na wiele zaburzeń. Spędzanie czasu przed TV lub komputerem jest zjawiskiem obserwowanym coraz częściej wśród dzieci i młodzieży. W zapobieganiu otyłości powinno być włączone nie tylko dziecko, ale przede wszystkim rodzice i rodzeństwo, ale także szkoła i system opieki zdrowotnej. Włączenie rodziców w aktywność fizyczną jest dobrym przykładem zachęcającym dzieci do ćwiczeń. Ruch zapobiega otyłości. Aktywność fizyczna powinna być przyjemnością dla dziecka, a nie stresem. Należy więc tak dobrać jej formy, by były one przez dziecko akceptowane. Aktywność fizyczna połączona z prawidłowym sposobem odżywiania wpływa pozytywnie nie tylko na wygląd, ale także samopoczucie młodego człowieka.

Środowisko lekarzy i pielęgniarek jest coraz bardziej zainteresowane profilaktyką otyłości oraz tym samym rozumie potrzebę działań profilaktycznych. Systematyczne badania w trakcie wizyt u pediatry, a także przed szczepieniami

ochronnymi mogą przyczynić się do wczesnego wykrycia otyłości.

Podstawą profilaktyki otyłości są zasadnicze równorzędne elementy: edukacja zdrowotna, zdrowe żywienie i wysiłek fizyczny. Jest to niezbędne, by zapobiegać otyłości w wieku rozwojowym, a także przeciwdziałać rozwojowi przewlekłych powikłań. Edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę powinna być skierowana nie tylko do otyłego dziecka czy nastolatka, ale także do rodziców i rówieśników otyłych dzieci czy młodzieży. W pracy pielęgniarki bardzo ważna jest komunikacja. Dzieci i nastolatki otyli muszą mieć dobry i partnerski kontakt z personelem pielęgniarskim. Zrozumienie, akceptacja i zaufanie pozwoli na stosowanie odpowiednich metod odchudzania i mobilizowanie do działania.

Pielęgniarka w swojej pracy powinna pomóc dziecku/młodzieży oraz jego rodzicom w dokonaniu zmian w środowisku zewnętrznym a zwłaszcza stylu życia dziecka. Odpowiednia dieta, zmiana sposobu spędzania wolnego czasu z wypoczynku biernego na czynny, zmiana zainteresowań, przyczyni się do zrzucenia nadmiaru masy ciała. Pielęgniarka nie może oceniać, krytykować postępowania i wyglądu ucznia. Pielęgniarka to dobry nauczyciel zdrowia dla swoich młodych pacjentów. Istnieje pilna potrzeba edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, albowiem prawidłowa masa ciała w czasie dzieciństwa, pokwitania i młodości wcale nie zabezpiecza przed rozwojem otyłości w późniejszym okresie. To pielęgniarki szkolne często mają pierwszy kontakt z otyłością wśród młodych osób. To do nich należy odpowiednio wczesne zdiagnozowanie problemu otyłości u dzieci i młodzieży poprzez częstą ocenę parametrów oraz badania przesiewowe. Do pierwszych zadań pielęgniarki należy przeprowadzenie wywiadu i uzyskanie danych szczegółowych o rodzinie i otyłym dziecku. W pracy z pacjentem i jego rodziną pielęgniarka powinna szczególnie nacisk położyć na kontrolowanie i uczenie samokontroli dziennego jadłospisu.

Dylemat otyłości wśród dzieci i młodzieży sygnalizuje potrzebę kontrolowania masy ciała i wzrostu już w okresie wczesnodziecięcym i przedszkolnym, u których występuje obciążenie genetyczne. Podniesienie poziomu wiedzy leży więc w granicach możliwości lekarza pediatry i pielęgniarki.

Literatura:

1. Fichna P., Skowrońska B.: Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży. *Family Medicine & Primary Care Review* 2008.
2. Beers M.H.: *The Merck Manual. Podręcznik diagnostyki i terapii.* Elsevier Urban & Partner Wrocław 2008.
3. Nawarycz T., Ostrowska-Nawarycz L.: Otyłość brzuszna u dzieci i młodzieży – doświadczenia łódzkie. *Endokrynologia, Otyłość Zaburzenia Przemiany Materii* 2007.
4. Oblacińska A.: Definicja, etiologia i klasyfikacja otyłości [W:] Oblacińska A., Tabak I.: *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?* Instytut Matki i Dziecka Warszawa 2006.
5. Pawlaczyk B.: *Pielęgniarstwo pediatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych.* PZWL, Warszawa 2013.



Pierwsza pomoc

Rany klute i postrzałowe – jak pomóc poszkodowanemu?



mgr BARBARA KWINTAL

Wraz z rozwojem techniki, wzrostem dostępności do broni białej i palnej oraz brutalizacją zachowań ludzkich coraz częściej dochodzi do wypadków z użyciem ww. oręża. Rany klute i postrzałowe powstają w wyniku aktów samobójczych, terrorystycznych czy bójek, ale coraz częściej są następstwem nieszczęśliwych wypadków związanych z nieodpowiedzialnym obchodzeniem się z bronią a w przypadku ran klutych także nieprzestrzeganiem zasad BHP w trakcie pracy z przedmiotami kończystymi i ostrokończystymi.

Biorąc powyższe pod uwagę w niniejszej części naszego poradnika zajmiemy się udzielaniem pierwszej pomocy poszkodowanemu z raną klutą lub postrzałową.

W przypadku tego typu urazów na „ciężkość” obrażenia mają wpływ:

- cechy narzędzia,
- cechy ciała w miejscu i w okolicy godzenia urazu,
- mechanika urazu.

Rana kluta

Rana kluta (*vulnera icta*) powstaje w wyniku działania na ciało ludzkie, z określoną energią, narzędzi ostrych, kończystych i spiczastych (nóż, szkło, gwóźdź czy drut). Rany te mają ograniczoną „niewielką” powierzchnię wklucia (otwór wklucia) przechodzącą w kanał wklucia, który – jeśli narzędzie przeszło na wylot – kończy się raną wklucia. Rany klute z pozoru mogą wyglądać na niezbyt groźne, ponieważ krwawienie zewnętrzne jest zwykle niewielkie. Głębokość rany oraz kierunek kanału wklucia są często niemożliwe do określenia. W zależności od miejsca, kierunku i głębokości rany klutej możemy mieć do czynienia z: krwotokiem wewnętrznym z powodu uszkodzenia naczyń i/lub narządów miękkich, zapaleniem otrzewnej, gdy uszkodzeniu ulegają jelita lub żołądek, krwotokiem i tamponadą serca oraz odmą opłucnową w przypadku ran klutych klatki piersiowej.



Rana kluta
fot. Barbara Kwintal

Rana postrzałowa

Rana postrzałowa (*vulnus sclopetarium*) powstaje w następstwie zranienia pociskiem z broni palnej lub odłamkami pocisków, granatów, min i improwizowanych urządzeń wybuchowych. Rana postrzałowa jest wynikiem wzajemnego oddziaływania pocisku i tkanek. Różnicowanie pocisków wystrzeliwanych z broni strzeleckiej dokonuje się pod względem: kalibru, masy i materiału/kompozycji materiałów, z których je wykonano oraz odłamków. Głębokość wnikania pocisku/odłamka jest wprost proporcjonalna do jego masy prędkości a odwrotnie proporcjonalna do powierzchni przekroju. Aby zwiększyć obszar destrukcji i uszkodzeń ciała, narządów i tkanek, pociski są specjalnie przygotowane w czasie produkcji, na przykład:

- pociski grzybkujące Hollow Point (HP) – pociski takie posiadają wycięcie na czubku wspomagające grzybkowanie – w ciele taki pocisk spłaszcza się i robi otwór większy niż wskazywałby na to jego kaliber,
- pociski fragmentujące „dum dum”, które wewnątrz ciała fragmentują na drobne odłamki „rozsiewając” je wewnątrz organizmu.

Typy ran postrzałowych

Rany postrzałowe można podzielić na trzy podstawowe typy:

Przestrzał – wystrzelony pocisk powoduje powstanie rany i otworu wlotowego, kanału postrzałowego oraz otworu i rany wylotowej. Rana wlotowa to zwykle owalny lub okrągły otwór, o średnicy zazwyczaj mniejszej niż średnica pocisku. Kanał postrzałowy odwzorowujący tor lotu pocisku wewnątrz ciała i przechodzi w tymczasową jamę postrzałową. Rana wylotowa jest na ogół większa i bardziej nieregularna niż wlotowa. Czasem ma też wywinięte i postrzępione brzegi.

Postrzał ślepy – mamy z nim do czynienia, gdy pocisk pozostaje w ciele człowieka. W zależności od miejsca, w którym się



Liczne rany klute szyi – ze szpitala WAM w Łodzi
© fot. dr hab. n. med. Waldemar Machała, prof. UM w Łodzi



Rana postrzałowa klatki piersiowej (stycznej) – ze Szpitala Polowego w Afganistanie. Probierz mikrobiologiczny pokazuje kanał rany, ale jest wprowadzany od strony rany wylotowej.
© fot. dr hab. n. med. Waldemar Machała, prof. UM w Łodzi

zlokalizuje, może zostać dalej przeniesiony zgodnie z prądem krwi lub pozostać w obrębie jam ciała.

Postrzał styczny – w tym przypadku nie stwierdza się na ciele ani rany wlotowej ani wylotowej. Tkanki uszkodzone są w ten sposób, że na całej długości kontaktu pocisku z tkankami tworzą ranę otwartą.

Mechanizm powstawania rany dzieli się na dwa typy: bezpośredni i pośredni. Ten pierwszy to uszkodzenia tkanki miękkiej oraz struktury kostnej przez pocisk/odłamek lub jego fragmenty. Źródłem uszkodzeń mogą też być odłamki pośrednie, które powstają, gdy pocisk trafi w kość. Fragmenty kostne lub odłamki pocisku mogą spowodować dużo większe uszkodzenia niż sama rana postrzałowa.

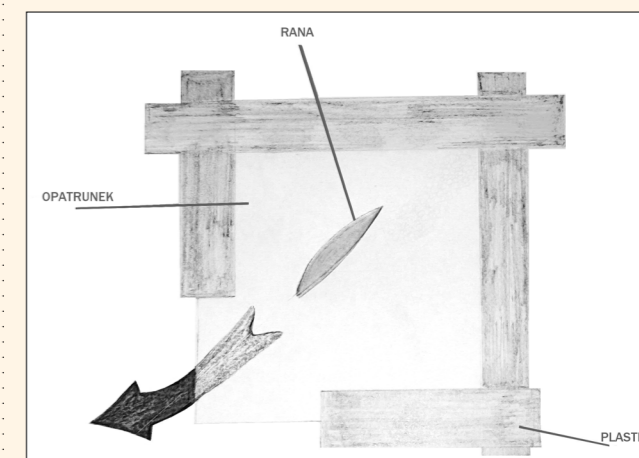
Typ pośredni powodowany jest powstawaniem tzw. kanału tymczasowego – jamy kawitacyjnej. Powstaje ona na skutek rozchodzenia się w tkankach wysokociśnieniowej fali uderzeniowej, która prowadzi do nagłego sprężenia, a następnie zassania tkanek, tworzących ścianki kanału postrzałowego. Na skutek tego tkanki ulegają rozerwaniu. Najbardziej niszczący efekt kawitacji ujawnia się w tkankach zbitych i sztywnych, takich jak mózg lub wątroba. Uszkodzenia kawitacyjne mięśni lub płuc są relatywnie mniejsze.

Ważne

Cechą charakterystyczną ran postrzałowych jest obecność zmian morfologicznych i czynnościowych w tkankach odległych od pierwotnego kanału rany. Kanał rany może zawierać martwe, zmiażdżone tkanki, krew, ciała obce czy odłamy kostne. Każdą ranę postrzałową należy uważać za brudną, zakażoną i zagrażającą życiu.

Pierwsza pomoc

- Zadbaj o bezpieczeństwo swoje i poszkodowanego.
- Sprawdź czy poszkodowany reaguje.
- Gdy zaobserwujesz brak oznak życia podejmij ABC (udrożnij drogi oddechowe, rozpocznij sztuczną wentylację oraz masaż serca), jeśli istnieje taka możliwość poproś kogoś o pomoc – możesz poinstruować by zatamował istniejący krwotok,
- Jeśli poszkodowany jest przytomny lub jeśli wymaga resuscytacji, lecz możesz skorzystać z pomocy osoby trzeciej zabezpiecz ranę, ale... **pamiętaj** – gdy przedmiot tkwi w ranie nie wyciągaj go. Usunięcie go może spowodować krwotok! Zabezpiecz ranę i przedmiot w niej tkwiący opatrunkiem tak by przedmiot nie przemieszczał się!
- Gdy w ranie nie ma przedmiotu, zatamuj krwawienie:
 - jałowym opatrunkiem (optymalnie) lub każdym innym materiałem: ręcznik, serweta czy częścią ubrania,
 - przykryć należy całą ranę,
 - możesz również zbliżyć do siebie brzegi rany i mocno uciskać dłońmi,
 - jeśli rana znajduje się na kończynach dolnych lub górnych unieś je powyżej poziomu serca,
- Nie usuwaj przesiąkniętego opatrunku, dołóż następne (każde usunięcie jest zagrożeniem naruszenia już zasklepionej rany i narażeniem dodatkowo na infekcję).
- Gdy krwotok jest duży, możesz zastosować opaskę uciskową powyżej rany około 10–15 cm (mimo że literatura podaje, iż w cywilnych warunkach użycie opaski uciskowej budzi kontrowersje, to niestety przy tego typu ranach może to być czynność ratująca życie).



Opatrunek trójstronny
rys. Barbara Kwintal

Ważne

Gdy uszkodzeniu ulega klatka piersiowa (w wyniku rany klutej czy postrzału) może dojść do odmy otwartej. Należy bezwzględnie takie miejsce zabezpieczyć tzw. opatrunkiem trójstronnym (opatrunek wentylowy) najlepiej z folii, kawałka szczelnego materiału (zabezpiecz ranę wlotową i wylotową). Zakładamy go na ranie i okolicy z trzech stron przytwierdzając do ciała np. plastrem, czwartą stronę pozostawiamy wolną – pełni rolę zaworu. Pamiętaj, że każdą ranę otwartą klatki piersiowej należy w ten sposób zaopatrzyć. Może to uratować poszkodowanego życie.

- utrzymaj drożność dróg oddechowych i obserwuj stan świadomości – w przypadku postrzałów twarzoczaszki śmierć poszkodowanego wynika głównie z zalanania krwią dróg oddechowych,
- zastosuj uniesienie głowy pod kątem 30–35 stopni (powoduje to istotne obniżenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego),
- przy ranach klutych i postrzałowych kończyn może dojść do złamań, co wywołuje silny ból – w tym przypadku po zatamowaniu krwotoku ustabilizuj kończynę,
- zadbaj o komfort cieplny poszkodowanego,
- obserwuj poszkodowanego i ranę.

W przypadku ran klutych i postrzałowych, prawie zawsze mamy do czynienia z intensywnym krwawieniem, zatem już w trakcie podstawowego zaopatrywania rany i zabezpieczania czynności życiowych, powinna być wezwana wykwalifikowana pomoc medyczna.

Rany te wzbudzają wiele lęku w osobie, która stoi przed udzieleniem pierwszej pomocy. Mam nadzieję, że przybliżyłam nieco ich mechanizm powstawania i wskazałam istotne czynności, które mogą uratować życie poszkodowanego.

Podziękowania

Składam serdeczne podziękowania dla dr hab. n. med. Waldemar Machała, prof. UM w Łodzi za udostępnienie zdjęć. Stanowią one obrazowe dopełnienie mojego artykułu.

Barbara Kwintal

W związku z kończącym się cyklem artykułów „Pierwsza pomoc”, dziękujemy Pani mgr Beacie Barwińskiej za wsparcie duchowe i merytoryczne udzielone nam przy opracowaniu rubryki.

Autorzy

Aneta Bronka, Elżbieta Janiszewska, Barbara Kwintal

Literatura:

1. Osemlak P., Osemlak J., Obel M., „Postępowanie w postrzałach głowy u dzieci”, Rocznik Dziecięcej Chirurgii Urazowej 9 (XXXIII) lublin 2005 25.
2. Głuszek S., Matykiewicz J., „Rany klute serca jako powikłanie urazów penetrujących klatki piersiowej”, Studia Medyczne 2008; 9: 51–53.
3. Moczarski S. „Uszkodzenia postrzałowe” Wojskowy Ośrodek Naukowo-Oświatowy, Warszawa 1938.
4. Głuszek S., „Chirurgia podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu” Czelej, Lublin 2008.
5. Noszczyk W. „Chirurgia” tom. 1, PZWL, Warszawa 2009.
6. Zawadzki A. „Medycyna ratunkowa i katastrof” PZWL, Warszawa 2011.
7. Bujak J., „Rana postrzałowa głowy u cywila”, Na ratunek nr 3/2014, s. 11–15.
8. Kucap M., Nadolny K. „Postępowanie przedszpitalne w urazach klatki piersiowej w wypadkach komunikacyjnych”, Na ratunek nr 6/2015, s. 12–15.
9. Dąbrowski M., Sanak T., „Tamowanie krwotoków. Opatrunki, opatrunki hemostatyczne oraz opaski zaciskowe stosowane w ratownictwie taktycznym”, Na ratunek nr 4/2014, s. 20–26.
10. http://adammajewski.eu/pliki/publikacje/5/rany_serca.pdf (02.02.2016).
11. <http://www.zdrowemiasto.pl/i/7/ortopedia/ortopeda-postepowanie-w-ranach-postarzalowych,2283.html#.Vr-eRvLhCoo> (04.02.2016).
12. http://www.kryminalistyka.fr.pl/forensic_przyczyny_postrzal.php (04.02.2016).
13. <http://www30.patr.pl/u/f/11/10/14/1110148.pdf> (02.02.2016).
14. <http://gazeta.policja.pl/997/inne/tylko-sluzba/52973,Rany-postrzalne-nr-53-082009.print> (04.02.2016).
15. <http://www.wydawnictwopzw.pl/download/225270100.pdf> (02.02.2016).
16. http://www.dmp.am.wroc.pl/artykuly/DMP_2005422371.pdf (04.02.2016).

mgr Barbara Kwintal
Instytut CZMP, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych
i Intensywnej Opieki

Rola pielęgniarek środowiskowych i rodzinnych w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych

dr n. o zdr., mgr piel. DOROTA KILAŃSKA

Poprawne przestrzeganie zaleceń podnosi skuteczność interwencji, sprzyja zdrowiu, poprawia oczekiwaną jakość życia pacjenta. Wynikają z niego również korzyści ekonomiczne, zarówno dla systemu opieki zdrowotnej jak i dla pacjenta.

Nie istnieje pojedynczy sposób promowania przestrzegania terapeutycznych zaleceń. Aby poprawić jego poziom, niezbędna jest kombinacja kilku edukacyjnych strategii i zachowań zdrowotnych.

Leczenie chorób przewlekłych (długoterminowych) i poprawa poziomu przestrzegania zaleceń wymaga wielosektorowego podejścia. Kluczowymi partnerami pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w promowaniu postępowania zgodnego z zaleceniami wydawanymi przez różnych członków zespołu terapeutycznego jest jednostka, rodzina, społeczność lokalna, w tym np. organizacje pacjentów. Wszyscy interesariusze powinni być aktywnie włączani do planowania opieki i wzmacniania przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

To także stała współpraca pomiędzy osobami wykonującymi zawody medyczne, naukowcami, politykami z klientem/pacjentem i opiekunami. Podejście to pozwala na wprowadzanie rozwiązań wspierających zarządzanie przypadkiem (Case Management), w tym bardzo istotne, w procesie pielęgnowania, delegowanie kompetencji do innych członków zespołu. Delegowanie uprawnień wymaga jasnego określenia roli poszczególnych członków zespołu i wynikających z niej zadań zawodowych. Jest to ważne szczególnie wtedy, kiedy w zespole terapeutycznym współdziała wielu jej uczestników, a zaplanowana opieka wymaga stałego monitorowania jej efektów. Literatura przedmiotu podkreśla znaczenie zintegrowanej opieki (Integrated Care) dla zapewnienia jej ciągłości. Zintegrowana opieka to kierowanie do innych profesjonalistów, zarządzanie przypadkiem i dostarczanie usług zdrowotnych w taki sposób, aby jednostka, grupa miała zapewnioną ciągłą

opiekę, odpowiednią, zgodnie do zidentyfikowanych potrzeb, we właściwym czasie i na różnych poziomach ochrony zdrowia. Taka filozofia pracy może wyeliminować nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjentów.

Uważa się, że niski poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych utrudnia działania polityków i przedstawicieli zawodów medycznych dla realizacji celu postawionego przed systemem opieki zdrowotnej, jakim jest poprawa poziomu zdrowia populacji. Ponadto nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych stanowi przyczynę różnorodnego rodzaju powikłań, tak medycznych, jak i psychologicznych, obniża jakość życia pacjentów, powoduje wzrost prawdopodobieństwa rozwoju lekooporności, marnotrawienia zasobów opieki zdrowotnej. Obniża także zaufanie ludzi do ochrony zdrowia. Szczególną rolę w zakresie zarządzania chorobą długoterminową, przestrzeganiu zaleceń przypisuje się pielęgniarkom. Bowiem „pielęgniarki, a nie lekarze, są kluczem do wdrażania modelu opieki nad przewlekłe chorym w zespole opieki skoncentrowanym na pacjencie”. Badania pokazują, że pielęgniarki są postrzegane jako profesjonalści o dużej skuteczności oddziaływania na pacjentów, którzy mogą lepiej zarządzać swoją chorobą.

Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) promuje pielęgniarstwo rodzinne obejmujące opieką całą rodzinę, oparte na społeczności lokalnej. Podstawowe jego kanony określono w 2000 roku w Deklaracji Monachijskiej. Pielęgniarka rodzinna, odpowiednio przygotowana (wykształcona), staje się członkiem zespołu multidyscyplinarnego, a zadania przez nią wykonywane są kluczowe dla realizacji celów podstawowej opieki zdrowotnej określonych w Deklaracji z Ałma-Aty. ŚOZ zachęca, właściwe władze, do poszukiwania „możliwości stworzenia i wspierania programów kształcenia i usług pielęgniarstkich oraz usług położnych rodzinnych w społeczności lokalnej, z uwzględnieniem – tam, gdzie to możliwe – Pielęgniarki Zdrowia Rodziny (Family Health Nurse)”.

Koncepcja opieki środowiskowej w pielęgniarstwie oparta jest na modelu Pielęgniarstwa Zdrowia Środowiskowego (Community Health Nursing) i Pielęgniarstwa Środowiskowego (Community Nursing). Model pielęgniarstwa zdrowia środowiskowego to promocja i wzmacnianie zdrowia objętej opieką populacji w oparciu o wiedzę z zakresu zdrowia publicznego

w praktyce. Opieka środowiskowa nie jest ograniczona wiekiem grup objętych opieką, czy diagnozą pielęgniarską i dotyczy każdego członka rodziny. Pielęgniarstwo opieki środowiskowej jest ukierunkowane na jednostkę, rodzinę, grupę. Podstawowym zadaniem modelu pielęgniarstwa środowiskowego jest zatem promocja zdrowia, zapobieganie chorobom oraz towarzyszenie pacjentom w miejscu ich bytowania, poza stacjonarnymi zakładami opieki zdrowotnej. Celem takiej opieki jest: wspieranie wzmocnienia dobrostanu jednostki w czasie całego cyklu życia; promowanie i wspieranie samoopieki, promowanie i wspieranie opieki wzajemnej pomiędzy jednostkami będącymi w różnych relacjach interpersonalnych oraz promowanie odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie innych; promowanie bezpiecznego środowiska bytowania jednostki; udzielanie wsparcia w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi.

Opieka skoncentrowana na rodzinie, niezależność klienta i jego pełne uczestnictwo w procesie pielęgnowania są więc kluczowymi wartościami pielęgniarskiej opieki środowiskowej. Ma to odzwierciedlenie w przestrzeganiu zaleceń pielęgniarskich, ale również zaleceń wydawanych przez innych profesjonalistów wchodzących w skład interdyscyplinarnego zespołu.

Podstawową rolą pielęgniarki środowiskowej, w każdym obszarze jej funkcjonowania, jest zapewnienie ciągłości opieki. Zobowiązanie do kontynuacji opieki także w środowisku, wskazano w Dyrektywie 24/2011/UE w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Należy przez to uważać towarzyszenie klientom/pacjentom w samoopiece, wzmocnianie ich wiedzy, umiejętności we wzmocnianiu i utrzymaniu zdrowia. Profesjonaliści mogą kształtować kompetencje klientów dla uzyskania pozytywnych zachowań zdrowotnych,

w tym szczególnie przestrzegania zaleceń terapeutycznych, bez względu na ich rodzaj i osobę je ordynującą.

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) definiuje przestrzeganie zaleceń, jako „Działanie z własnej woli nakierowane na osiągnięcie dobrego samopoczucia, wyzdrowienia i rehabilitacji, stosowanie się do zaleceń bez odstępstw, sumienne wykonywanie sekwencji zachowań lub działań. Przystanie na zalecenia leczenia, przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami, zmiana zachowania na lepsze, „odbiór leków w wyznaczonym terminie, utożsamianie się z działaniami na rzecz opieki nad własnym zdrowiem i posłuszeństwo względem zaleceń dotyczących leczenia”. Nieprzestrzeganie zaleceń (Non Adherence) natomiast, to według ICNP(R) „zaburzony stan: niewypełnienie lub niestosowanie się do reżimu”.

Pielęgniarki, we współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego, odgrywają znaczącą rolę w optymalizacji przestrzegania zaleceń na poziomie indywidualnego pacjenta, rodziny, społeczności oraz systemowym. Jako profesjonalisci i wiarygodni członkowie zespołu terapeutycznego, uczestniczący aktywnie w całym procesie opieki, mają wyjątkową szansę na przygotowanie planu pielęgnacji, tj. profesjonalną ocenę, diagnozę i podejmowanie interwencji w tym zakresie. Proces pielęgnowania umożliwia także ocenę efektów planu opieki.

Holistyczny proces pielęgnowania dotyczący przestrzegania zaleceń obejmuje: ocenę ryzyka wystąpienia nieprzestrzegania zaleceń (obejmującą wymiary: fizyczny, psychiczny, środowiskowy, kulturowy i duchowy); diagnozowanie nieprzestrzegania zaleceń oraz jego przyczyn; podejmowanie odpowiednich, dostosowanych do statusu zdrowotnego pacjenta interwencji,

na podstawie wcześniejszej oceny oraz ewaluację poziomu przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Przestrzeganie zaleceń nie dotyczy tylko zaleceń dotyczących administrowania lekiem (w tym przyjmowania leków o określonej porze, w zalecanej dawce, odpowiednią drogą zgodnie z zaleceniami producenta). Rozumiemy przez to szersze zachowania odnoszące się także do zdrowia, zachowania idące poza „branie przepisanych lekarstw”. Niektóre przykłady zachowań związanych z przestrzeganiem obejmują: szukanie opieki medycznej, w przypadku wystąpienia powikłań związanych z przyjmowaniem leku, lub ich nieprzyjmowaniem; realizowanie recept na wypisane leki; właściwe stosowanie lekarstw; korzystanie z zaleceń immunizacji – przestrzegania kalendarza szczepień; uczestniczenie w kolejnych wizytach; akceptowanie promowania zmiany zachowań zdrowotnych dotyczących monitorowania np. masy ciała, samodzielne zarządzanie chorobą astmą i cukrzycą (samoopieka), używaniem tytoniu, antykoncepcją, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, niezdrową dietą i niewystarczającą aktywnością fizyczną.

Ważnym elementem rozpoznania problemu jest pomiar przestrzegania zaleceń. Nie istnieje bowiem „złoty standard” pozwalający ustalić zakres zjawiska. W literaturze przedmiotu wymienia się kilka sposobów pomiaru przestrzegania zaleceń. Są to sposoby pośrednie, służące określeniu rzeczywistego zachowania pacjenta i są to m.in.: zadawanie pytań osobom świadczącym usługi medyczne oraz pacjentom, przedstawianie pacjentom standardowych kwestionariuszy ankiet, liczenie pozostałych do przyjęcia dawek, elektroniczne urządzenia monitorujące, rejestrujące czas i datę otwarcia pojemnika z lekarstwami, sprawdzanie, kiedy recepty są realizowane po raz pierwszy i kiedy ponownie. Natomiast miarą jakości opieki pielęgniarskiej jest profesjonalizm „holistycznego” wykonawstwa procesu pielęgnowania oraz koncentrowanie wszelkich działań wokół jednostki, rodziny, społeczności lokalnej.

Podstawowym celem pielęgniarstwa jest zatem: dbać o ludzi, których zdrowie jest w jakiś sposób zagrożone lub też może być zagrożone, i dopomóc im osiągnąć maksymalną sprawność w chorobie pozwalającą na niezależne, możliwe do osiągnięcia funkcjonowanie.

W tym celu pielęgniarka realizuje w środowisku proces pielęgnowania, będący podstawowym modelem pracy pielęgniarki z jednostką, rodziną (ryc. 1 – s. 12).

Gromadząc dane, identyfikując problemy i stawiając diagnozę pielęgniarską pielęgniarka określa interwencje do wdrożenia do praktyki. W ostatniej fazie dokonuje ewaluacji planu opieki, oceniając poziom osiągniętych efektów i przyczyny braku pozytywnych wyników. Po ewaluacji modyfikuje plan opieki, ustalając priorytety wykonawstwa z pacjentem i/lub rodziną/opiekunami, w zależności od poziomu rozpoznanego funkcjonowania fizycznego i psychicznego. W tym celu może skorzystać ze skali „Gotowość do samoopieki dla pacjentów objętych opieką domową” (tab. 1 – s. 14), która może posłużyć pielęgniarkie przygotowującej pacjenta do wypisu oceny poziomu wiedzy i umiejętności oraz przygotowanie planu opieki. Pielęgniarka środowiskowa może skorzystać

z narzędzia „Gotowość do wypisu – ocena zdolności pacjenta do podejmowania codziennej aktywności”. Skale są efektem analizy kilku milionów rekordów pacjentów, przeprowadzonej w ramach projektu C-HOBIC. Celem projektu było określenie wskaźników wyników pracy pielęgniarskiej. Po dokonaniu oceny gotowości pacjentów do wypisu, jej wyniki przyporządkowujemy do diagnoz pielęgniarskich, opisanych zgodnie z Klasyfikacją ICNP®.

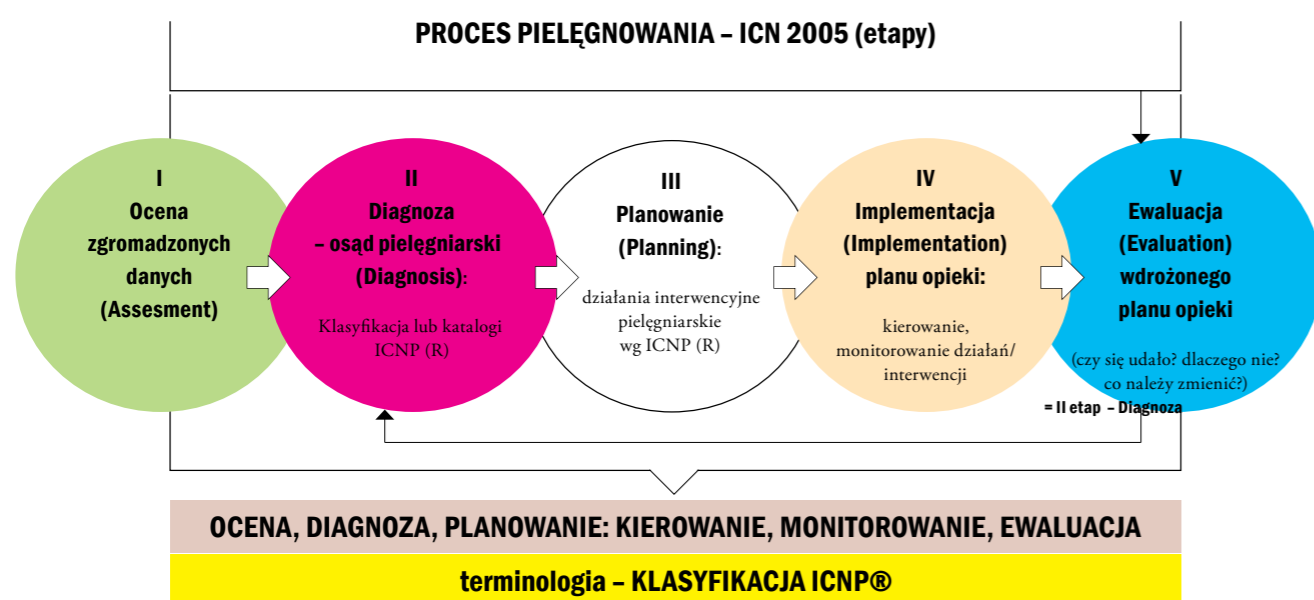
Korzystając z terminologii referencyjnej pielęgniarka przygotowuje plan opieki i implementuje interwencje pielęgniarskie. W tym celu może wykorzystać terminologię referencyjną, wskazaną przez ŚOZ oraz katalogi planów opieki, jak np. katalog „Współpraca z pacjentami i ich rodzinami – w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych”. Dla pielęgniarki ważne jest przypominanie o prawidłowych zachowaniach i wzmocnianie ich poprzez np. motywowanie, dostarczanie informacji, monitorowanie ich przestrzegania. Świadczący opiekę powinni sprawdzać preferencje pacjenta, upraszczać sposoby dawkowania leków itp. Stosowanie odpowiedniej strategii edukacyjnej może poprawić przestrzeganie zaleceń przez pacjentów. Strategia ta może koncentrować się m.in. na ograniczeniu liczby przyjmowanych leków i częstotliwości ich dozowania, dostarczaniu informacji na temat spodziewanych skutków ubocznych a także motywowaniu pacjentów do przestrzegania zaleceń, ważnych ze względu na terapię, czy też zmianę zachowań związanych ze stylem życia. Najważniejszym jednak elementem jest uzyskanie, u naszego klienta – pacjenta, pozytywnej gotowości do uczenia się. Pacjent oceniając swoje kompetencje uświadamia sobie konieczność uzupełnienia brakujących elementów, niezbędnych dla prawidłowego postępowania. Następnie możemy zacząć nauczanie np. na temat przestrzegania zaleceń.

W procesie istotna jest odpowiednia komunikacja, zwroty dostosowane do wieku i poziomu wykształcenia, a także statusu psychicznego pacjenta, pozwalająca na rozumienie przekazywanych treści. Jest to możliwe poprzez systematyczne sprawdzanie ich rozumienia. Dostrzegając zaburzenia w rozumieniu przekazywanych treści, dotyczących zaleceń, niezbędne jest zapewnienie pacjentom i ich opiekunom przewodników opisujących w prosty sposób (komiks, obrazek, schemat) terapię, zawierające także praktyczne wskazówki dotyczące postępowania w przypadku zaobserwowanych, niejasnych objawów. Przewodnik powinien zawierać m.in. wyjaśnienia dotyczące fatalizmu, stereotypów zachowań, konsultacji przez lekarza, wskazówki, jak być dobrym pacjentem i jak radzić sobie z ubocznymi efektami działania leków, opisywać niebezpieczeństwa uzależnienia się od leków, rozwoju choroby itp.

Pielęgniarki mogą wyjaśniać pacjentom cel przepisywania leków, informować o: skutecznym ich używaniu, postaci leku, skuteczności systematycznego stosowania, ewentualnych skutkach ubocznych, a także metodach przyjmowania. Mogą one informować pacjentów o znaczeniu przyjmowania leków w oznaczonym czasie, zgodnie z zaleceniami.

Podczas każdej wizyty pielęgniarki mogą gromadzić informacje dotyczące postrzegania przez pacjenta przyjmowania

Ryc. 1 Proces Pielęgnowania wg Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN, 2005)



oprac. Dorota Kilańska, lipiec 2014

Tab. 1. Ocena gotowości do wypisu – terminologia dla obszaru opieki domowej

Gotowość do wypisu		
Zaznacz, na ile jesteś zdolny/a do samodzielnego wykonywania każdej z poniższych aktywności (Sidani&Doran)		
C-HOBIC	ICNP	
o wcale 1 Ograniczona zdolność 2 Zwiększona zdolność 3 Umiarkowana zdolność 4 Stała zdolność 5 Bardzo duża zdolność	Zdolność negatywna Zdolność negatywna Zdolność pozytywna Zdolność pozytywna Zdolność pozytywna Zdolność pozytywna	
Wiedza o obecnie przyjmowanych lekach	0-1	brak wiedzy o reżimie leku = 10021941
	2-5	wiedza o reżimie leku = 10023819
Zrozumienie celu leczenia	0-1	brak wiedzy o leku = 10025975
	2-5	wiedza o leku = 10025968
Zdolność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniem	0-1	zaburzona zdolność zarządzania reżimem leku = 10022635
	2-5	zdolność zarządzania reżimem leku = 10029272
Rozpoznawanie zmian w ciele (objawów) związanych z chorobą	0-1	brak samoświadomości objawów = 10029479
	2-5	świadomość objawów = 10029467
Rozumienie, dlaczego doświadczasz zmian w ciele (objawów) związanych z chorobą	0-1	brak wiedzy o chorobie = 10021994
	2-5	wiedza o chorobie = 10023826
Wiedza o tym, co zrobić (jakie rzeczy, czynności) w celu kontrolowania tych zmian	0-1	brak kontroli objawów = 10029286
	2-5	kontrola objawów = 10025820
Zdolność wykonywania zaleceń leczenia lub aktywności, których zostałeś nauczony	0-1	zaburzona zdolność zarządzania reżimem = 10000885
	2-5	zdolność zarządzania reżimem = 10001407
Zdolność podejmowania aktywności w celu dbania o siebie i utrzymania zdrowia	0-1	zaburzone dbanie o zdrowie = 10000918
	2-5	zdolny/a do dbania o zdrowie = 10023452
Wiedza do kogo należy się zgłosić w celu otrzymania pomocy w codziennych czynnościach	0-1	deficyt wiedzy o procesie zmiany zachowań = 10024734
	2-5	wiedza o procesie zmiany zachowań = 10024723
Wiedza do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego	0-1	brak wiedzy o usługach w społeczności lokalnej = 10027371
	2-5	wiedza o usługach w społeczności lokalnej = 10028627
Zdolność wykonywania regularnej aktywności (tj.: kąpanie, zakupy, przygotowanie posiłków, odwiedzanie przyjaciół)	0-1	deficyt samoopieki = 10023410
	2-5	pozytywna zdolność samoopieki = 10025714
Zdolność dostosowania regularnych aktywności do zmian w ciele (objawów) związanych z chorobą	0-1	zaburzone dostosowanie się = 10000863
	2-5	zdolny/a do dostosowania się = 10021828

źródło: Nursing Outcome Indicators. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue. International Council of Nurses. Genewa 2011 s. 18-19

leków i odczuwalnych efektów, oraz o skutkach ubocznych. Może to wspierać podjęcie decyzji co do zmiany sposobu leczenia. Pielęgniarki mogą zapraszać rodziny i inne osoby do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych, ułatwiać pozytywną komunikację między pacjentami i lekarzami, wykazywać profesjonalną troskę o problemy związane z leczeniem pacjenta. Pacjenci powinni być zachęceni do wymiany informacji o efektach leczenia, jak również o ich reakcji na leki.

Badania pokazują, że takie działania doprowadzają do wzrostu realizowania przepisanych recept, obniżenia natężenia i interferencji bólu.

Niezwykle istotne jest informowanie pacjentów o chorobie i o korzyściach wynikających z wdrożonej w tej sytuacji terapii, a także o komplikacjach związanych z nieprzebraniem zaleceń. Edukacja jest potrzebna także ze względu na samodzielne prowadzenie terapii przez pacjenta w środowisku. To istotna strategia poprawiania stopnia przestrzegania zaleceń. Pacjenci jednak nie tylko potrzebują informacji. Konieczne jest także oddziaływanie psychologiczne, jak np. motywowanie i zachęcanie do stosowania się do zasad terapii.

W przestrzeganiu zaleceń leczenia istotna jest odpowiednia wiedza, niezbędna dla właściwego administrowania lekiem, tzn.: prawidłowy lek, prawidłowy pacjent/odbiorca usługi, prawidłowa dawka, prawidłowa forma, prawidłowy czas podania. Według ICNP® „administrowanie lekiem” jest rodzajem dystrybucji; dystrybucja, to „dostarczenie lub zapewnienie czegoś”, czyli zarządzanie opisane jako „dostarczanie, wydzielanie lub wydawanie”. Pielęgniarka planując interwencje pielęgniarstwa dla przestrzegania zaleceń może wykorzystać następujące wskazane w Katalogu Interwencji ICNP: nauczanie (Teaching): Przekazywanie komuś wiedzy na temat zagadnień zdrowotnych w uporządkowany, systematyczny sposób; poradnictwo (Counseling): Ułatwianie komuś podjęcia samodzielnej decyzji poprzez dialog; edukowanie (Educating): Przekazywanie komuś informacji na określony temat; instruowanie (Instructing): Przekazywanie komuś informacji o sposobie wykonywania czegoś w uporządkowany, systematyczny sposób; szkolenie (Training): Rozwijanie czyichś umiejętności lub udoskonalanie funkcji czegoś, czy motywowanie (Motivating), oznaczające „ukierunkowanie czyjegoś działania lub zainteresowania działaniem”.

Opis przypadku z planem opieki

Klientem jest 45-letni mężczyzna, rozwiedziony, żyjący samotnie. Pracował jako księgowy w miejscowym banku, od 4 miesięcy na zwolnieniu po zawale mięśnia sercowego oraz operacji wykonania by-passów. Trzecia hospitalizacja od operacji (tydzień od wypisu), z powodu „krótkiego oddechu”, gwałtownie przyspieszającego tętna, przemęczenia i bólu w klatce piersiowej. Po badaniu lekarz przepisał środki farmakologiczne dla obniżenia lęku i depresji oraz skierował go podstawowej opieki zdrowotnej. Po wizycie w domu pacjenta pielęgniarka stwierdziła, że: był on brudny, ubrany w pogniczone, brudne ubrania, nie był w stanie siedzieć spokojnie ani nawiązać

kontakty wzrokowego. Poinformował, że nie wziął żadnego z przepisanych leków ani nie podjął ćwiczeń rehabilitacyjnych od czasu powrotu ze szpitala. Był w stanie powtórzyć pielęgniarce zalecenia i informacje udzielone mu w szpitalu, ale stwierdził, że był „zwyczajnie zbyt zdenerwowany”, aby je zrealizować. Stwierdził także, że nie był w stanie podjąć decyzji, czy kontynuować leczenie, ponieważ to było „beznadziejne” i często miał chęć „się poddać”. Ciśnienie krwi po pomiarze wynosiło 150/94mmHg, puls 108 uderzeń na minutę. Wyznał pielęgniarce, że „kiedy byłem młodszy, miewałem okresy, kiedy odczuwałem ogromny smutek, poczucie beznadziei i lęku, ale nigdy nie się leczyłem”.

Diagnozy i wyniki pielęgniarstwa wynikające z opisu przypadku

- nieprzebranie leczenia [10021682]
- nieprzebranie reżimu ćwiczeń [10022657]
- brak nadziei [10000742]
- niepokój [10002429]

Interwencje pielęgniarstwa

- ocenianie postawy wobec choroby [10024192]
- nauczanie pacjenta [10033126] (lęk, depresja, choroba układu krwionośnego)
- wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]
- ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205]
- ocenianie postawy wobec zarządzania lekiem [10002687]
- odpowiedź psychospołeczna na instrukcję o ćwiczeniach [10022309]
- ewaluacja psychospołecznej reakcji na instruowanie [10007107]
- ewaluacja reakcji psychospołecznej na instruowanie o ćwiczeniach [10022688]
- ocenianie wsparcia emocjonalnego [10030589]
- ocenianie wsparcia społecznego [10024298]
- dostarczenie wsparcia emocjonalnego [10027051]
- dostarczenie wsparcia społecznego [10027046]
- promowanie nadziei [10024440]
- promowanie wsparcia społecznego [10024464]
- wzmacnianie samodzielności [10022537]
- demonstrowanie technik relaksacyjnych [10024365]
- ewaluacja reakcji psychospołecznej na instrukcje dotyczące leczenia lekami [10007130].

Wyzwaniem dla zwiększenia skuteczności przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest zmieniające się otoczenie i nowe technologie, pozwalające dotrzeć do pacjenta w sposób, który zwiększa dostępność do tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Taką usługą może być telepielęgniarstwo, które pod postacią doradztwa, poradnictwa, czy też opartych na badaniach naukowych przewodników do opieki, a także filmów instruktażowych może pomagać pacjentom i ich rodzinom w aktywnym uczestniczeniu w planowaniu opieki, zarządzaniu samoopieką, zwłaszcza w zakresie chorób przewlekłych, w tym także administrowania lekiem. To również dostarczenie

informacji w odpowiednim czasie z wykorzystaniem wsparcia także on-line. Kontynuacja opieki w tej formie jest możliwa dzięki systematycznym kontaktom z pielęgniarką. Wprowadzenie „teleusług” do systemu świadczeń medycznych umożliwiłoby znaczne obniżenie kosztów opieki i zmniejsza korzystanie pacjentów z ochrony zdrowia w sytuacjach, które mogą być wspomagane z wykorzystaniem technologii informatycznych (ICT), w tym monitorowanie przestrzegania zaleceń na odległość z wykorzystaniem odpowiednich aplikacji. Jednakże to przyszłość, o którą należy zabiegać dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i wysokiej jakości usług.

Inną ważną rolę, którą mogą wypełniać odpowiednio przygotowane pielęgniarki, jest wypisywanie recept według ściśle określonych procedur i protokołów. Pielęgniarka wypisująca leki (według międzynarodowych standardów) to pielęgniarka, która odbyła dodatkowe przeszkolenie w zakresie oceny statusu zdrowotnego, formułowania diagnozy, zarządzania chorobą i problemami zdrowotnymi, zawierające ordynowanie testów laboratoryjnych i przepisywanie specyfików.

Przepisywanie leków przez pielęgniarki to praktyka opisana jako czynność przepisania leku. Obejmuje szereg złożonych umiejętności, w tym umiejętność korzystania z kompleksowych konsultacji, diagnozę, informacje i dokładne dokumentowanie. Konsultacje z pacjentem/odbiorcą usług w procesie zlecenia i prawidłowej realizacji recepty dla zwiększenia bezpieczeństwa użytkownika usług/pacjenta i zmniejszenia prawdopodobieństwa błędów przy wypisaniu leków. „Przepisywanie leków” zostało zdefiniowane jako podejmowanie decyzji, jakie leki pacjent powinien otrzymać, w jakich dawkach i jak długo powinno trwać leczenie”. Koncepcja ta została wprowadzona w wielu krajach, w których bada się wpływ wypisywania recept na system ochrony zdrowia i bezpieczeństwo pacjentów. Poza oczywistymi korzyściami związanymi z ułatwieniem dostępu do usług, zintegrowaną opieką nad pacjentami, lepszą kontrolą nad przestrzeganiem zaleceń przez pacjentów oraz efektywnością kosztową, najważniejsze jest poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych i lepsze zarządzanie zdrowiem przez pacjentów. Pacjenci dostrzegają także korzyści pod postacią lepszej komunikacji z pielęgniarką. Monitorowanie przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest kluczowe dla otrzymania konkretnych oszczędności dla ochrony zdrowia. Z badań bowiem wynika, że 50 proc. pacjentów nie stosuje się do zaleceń, co stanowi znaczący wydatek dla systemu, szacowany na około 6 mld złotych. Gdyby więc dopilnowano pacjentów w przyjmowaniu leków, mielibyśmy więcej środków na ochronę naszego zdrowia, więcej zakupionych usług, więcej pewnie pielęgniarek, które mogłyby być zatrudnione do pracy. Takie działania na pewno przyniosą więc korzyść pielęgniarkom, pacjentom i ochronie zdrowia. Jedyną barierą jest obecnie mała liczba pielęgniarek, które mogłyby się podjąć tego zadania w środowisku.

Dorota Kilańska
dr n. o zdr., mgr piel.
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie

Podziękowania dla Pani **Grażyny Szewczyk** Oddziałowej Ratownictwa Medycznego Rawa Mazowiecka za długoletnią pracę zawodową

W związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne podziękowanie i wyrazy uznania za pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową, sumiennosc i rzetelnosc w wykonywaniu swoich obowiązków. Z wielkim zapałem i zaangażowaniem podchodziła do powierzonych jej zadań i obowiązków. Zawsze stawała po stronie swojego personelu, motywowała nas i zachęcała do doskonalenia zawodowego. Stworzyła bardzo dobrą atmosferę w pracy, dbała o to, abyśmy czuli się tutaj pewnie i bezpiecznie. Dziękujemy za troskę i cierpliwość. Życzymy w następnym etapie życia dużo zdrowia, pogody ducha, radości, spokoju oraz realizacji wszystkich zamierzonych planów i marzeń...

pielęgniarka oddziałowa Barbara Mikołajczyk
i Pracownicy Ratownictwa Medycznego
w Rawie Mazowieckiej

KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Miłość miłosierna

BARBARA JAGAS

Do pełnienia uczynków miłosiernych względem duszy i ciała wzywa papież Franciszek w swym orędziu na Wielki Post. Orędzie nosi tytuł „Chcę raczej miłosierdzia niż ofiary” (Mt 9, 13).

Papież zwraca uwagę, że „nasza wiara wyraża się w konkretnych, codziennych uczynkach, które mają pomagać naszemu bliźniemu w zaspokajaniu jego potrzeb”. Doświadczamy tego my – jako środowisko służby zdrowia.

Miłość Miłosierna to wyciągnięta dłoń Chrystusa i każdego z nas do drugiego człowieka. To pochylenie się nad jego cierpieniem z czułością i współczuciem. Tak przecież czynił Chrystus, który leczył, uzdrawiał i pocieszał, który za nas cierpiał, umarł i zmartwychwstał.

Papież apeluje, by nie zmarnować „tego czasu Wielkiego Postu, który sprzyja nawróceniu”. Niech nam pomoże w tym zamysleniu wielkopostnym tekst piosenki:

*Rozpięty na ramionach krzyża
Jak sokół na niebie
Chrystusie, Synu Boga,
Spójrz proszę na ziemię.*

*Uśmiechnij się przyjaźnie
Z wysokiego krzyża,
Do ciężko pracujących
Cierpiących na pryzkach.*

*Na ruchliwe ulice,
Zabieganych ludzi,
Gdy noc już się kończy
A ranek się budzi.*

*Pociesz zrozpaczonych,
Chleba daj głodującym
Modlących się wystuchaj
I wybacz umierającym.*

Życzenia radosnych Świąt Wielkanocnych wypełnionych nadzieją budzącej się do życia wiosny i wiarą w sens życia dla wszystkich Koleżanek i Kolegów składa Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Oddział Wojewódzki w Łodzi.

Informacje:

Wielkopostny Dzień Skupienia dla pracowników lecznictwa 12 marca 2016 roku w godz. 10.00–14.00 poprowadzi ks. Marek Chrzanowski w kaplicy św. Krzysztofa przy ul. Sienkiewicza 60. Serdecznie zapraszamy!

Barbara Jagas
pielęgniarka, członek Zarządu KSPiPP
Przychodnia nr 41 w Łodzi

Warszawa, ...2016...01... 2 6

Pani
Maria Cianciara

Szanowna Pani Doktor,

Pragniemy złożyć Pani wyrazy podziękowania za owocną współpracę podczas działań edukacyjno-szkoleniowych przeprowadzonych w ramach Projektu 5 pn. „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)” Programu „Zapobieganie Zakażeniom HCV” finansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Pani zaangażowanie, wytrwałość, rzetelnosc i znakomita organizacja pracy, a także życzliwość i wyrozumiałość umożliwiły sprawna i na najwyższym poziomie realizację, tego jakże wymagającego przedsięwzięcia.

Pani umiejętności i doświadczenie w promowaniu postaw prozdrowotnych przyczyniły się do zwiększenia wiedzy społeczeństwa na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz w efekcie – pozytywnej, oczekiwanej zmiany zachowań społecznych. Działania te stanowią niezwykle cenny wkład na rzecz tworzenia, rozwijania i wzmacniania zdrowia publicznego w Polsce. Składając Pani życzenia wszelkiej pomyślności w życiu osobistym, inspiracji i wielu dalszych sukcesów w pracy zawodowej, wyrażamy nadzieję na dalszą dobrą współpracę w ramach Programu oraz w kolejnych działaniach związanych z zapobieganiem szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a także kształtowaniu prawidłowych postaw społecznych w dbałości o zdrowie.

z wyrazami szacunku

Izabela Kucharska
Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

Anita Gębska - Kuczerowska
Kierownik Projektu 5
Kierownik Studium Zdrowia Publicznego
w Narodowym Instytucie Zdrowia-Publicznego
Państwowym Zakładzie Higieny



II etap XI edycji Konkursu „Pielęgniarka Roku 2015”

W dniu 5 lutego 2016 roku, na terenie Wydziału Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi odbył się II etap XI edycji Konkursu Pielęgniarka Roku 2015, organizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Udział w nim wzięło dziewięć pielęgniarek pracujących w łódzkich szpitalach.

Drugi etap rozpoczął się punktualnie o godzinie 12.00 w całej Polsce. Polegał na rozwiązaniu testu jednokrotnego wyboru składającego się z 60 pytań. Finalistką, która zdobyła największą ilość punktów, została pielęgniarka



Marzena Slendak, zatrudniona w Ośrodku Pediatricznym im. Marii Konopnickiej CSK UM w Łodzi przy ulicy ul. Spornej 36/50. Przed nią trudne zadanie, jakim jest etap III, ogólnopolski etap konkursu – przygotowanie prezentacji według własnej koncepcji i przedstawienie jej przed komisją. To samo zadanie mają podjąć finalistki z całej Polski. Spośród nich zostanie wyłoniona zwyciężczyni – Pielęgniarka Roku 2015. Temat prezentacji to: „Pielęgniarstwo wielokulturowe wyzwaniem dla edukacji i praktyki pielęgniarskiej w Polsce”.

Przed Panią Marzeną niełatwe zadanie. Nasza koleżanka powiedziała nam kilka słów o sobie:

„Jako pielęgniarka pracuję 29 lat. Od samego początku związana jestem z Oddziałem Intensywnej Terapii w SP ZOZ Centralnym Szpitalu Klinicznym UM Ośrodek Pediatriczny im. Marii Konopnickiej w Łodzi. Od 14 lat pracuję również jako pielęgniarka zespołu wyjazdowego SN. Dyplom pielęgniarki zdobyłam w 1987 r. w Liceum Medycznym nr 2 w Łodzi. W 2012 r. uzyskałam tytuł magistra pielęgniarstwa, a w 2015 r. zdobyłam tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii.

Przygotowuję przyszłe kadry pielęgniarek i położnych do pracy w zawodzie podczas praktycznej nauki zawodu. Swoją wiedzę pogłębiłam uczestnicząc w wielu kursach, szkoleniach i konferencjach. Udzielam się również w działalności Związków Zawodowych Pielęgniarek i Położnych.

Jestem zaangażowana w pracę samorządu, w obecnej kadencji jestem delegatem reprezentującym mój szpital.

Praca pielęgniarki daje mi dużo satysfakcji, a największą nagrodą jest ujrzeć zdrowe, śmiejące się dziecko „gnające na rowerku między blokami” – jeszcze niedawno leżące w OIT w ciężkim stanie.



Prywatnie jestem szczęśliwą żoną i matką dwójki dorosłych dzieci (syn strażak, córka studentka II roku bezpieczeństwa wewnętrznego) oraz właścicielką psa, kundelka Miśka. Mam również, mimo tych wielu zajęć, czas na swoje pasje m.in. pracę w ogródku, gotowanie, czy dobry kryminał. Zimą uwielbiam odśnieżać teren wokół domu. Najlepiej wypoczywam nad wodą. Nic tak nie daje poczucia spokoju jak szum fal naszego Bałtyku.”



Drogie Koleżanki w zawodzie

Sam udział w II edycji wymagał dobrego, merytorycznego przygotowania, ponieważ zawarte w teście pytania nie należały do łatwych. Przy tej okazji szczególne podziękowania i wielkie uznanie należą się wszystkim pielęgniarkom, które przystąpiły do II etapu. Udział w konkursie „Pielęgniarka Roku” wymaga odwagi, wiedzy, mądrości i serca otwartego na sprawy, które potrzebują zaangażowania, a nie przynoszą materialnego zysku. Podkreślam te szczególne walory, ponieważ one dzisiaj są bardzo wyjątkowe i cenne, a osoby, które w trudnym dla pielęgniarstwa czasie zdobywają się na taką postawę, są wyjątkowe. Nie pracują jedynie dla własnych korzyści, nie tworzą jedynie własnego wizerunku, ale stają się częścią historii i tradycji, bez których ta szczególna profesja istnieć nie może. Udział w konkursie, wbrew niektórym zasłyszonym opiniom, nie jest powodem do wstydu, przeciwnie – mało jest osób w naszym środowisku, które są w stanie zdobyć się na ten krok. To nie takie proste, aby poza czasem poświęconym pracy zawodowej i życiu osobistemu, znaleźć motywację, aby do Konkursu solidnie się przygotować. Z tej przyczyny wszystkim koleżankom, które podjęły to wyzwanie należy się szczególne uznanie i wielkie podziękowania.

Wiceprzewodnicząca PTP w Łodzi
Katarzyna Babska





„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś, kto jeszcze mógł być z nami”

W dniu 5 stycznia 2016 r. zmarła w wieku 62 lat nasza koleżanka pielęgniarka

śp. Irena Przepióra

Odszedł od nas Człowiek Wielkiego Serca i wyjątkowej skromności.
Osoba niezwykle przyjacielska i wrażliwa, opiekuńcza i otwarta na ludzi i świat.
Przez całe życie mimo przeciwności losu niosła pomoc potrzebującym.
Taką pozostanie w naszej pamięci.

Zespół Pielęgniarek Oddziału Chorób Wewnętrznych B, Lekarze,
Pielęgniarka Naczelną, Salowe oraz Koleżanki i Koledzy WSS im. M. Pirogowa w Łodzi