

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

10/2016



29 października
Światowy
Dzień
Udaru Mózgu

Komunikat w sprawie
wykonywania przez
pielęgniarki i położne
zadań wynikających
z procesu leczenia

3

Wytyczne w sprawie
organizacji szkoleń
przez podmioty
lecnicze dot. zasad
przyjmowania zleceń
lekarskich

4

XIII Kongres
Pielęgniarek
Polskich

6

Udar
mózgu

10



XIII Kongres Pielęgniarek Polskich

15-17.09.2016, Warszawa



PRZYSZŁOŚĆ PIEŁĘGNIARSTWA ZACZYNA SIĘ DZISIAJ



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

Agnieszka Kałużna

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 II 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
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biurowisko 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

10

PODZIĘKOWANIA

14

GŁOS ZE ŚRODOWISKA

15

POŻEGNANIA

20

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:

© lightsource, © blauananas – okładka; © digitalstorm – s. 11;

© olly18 – s. 15; © kemot70 – s. 17

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

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

XI posiedzenie Prezydium ORPiP – 1 września 2016 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 29 pielęgniarek i 1 pielęgniarski.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 7 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarski.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 12 praktyk pielęgniarek wykonywanych w podmiotach.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarki poprzez dodanie kolejnego miejsca udzielania świadczeń.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, 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 – wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano wpisu w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – wpis 1 kursu specjalistycznego.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi zapomogi w wysokości: 3 × 2500 zł i 2 × 1500 zł.
- ▶ Zatwierdzono:
 - skład i zmianę składu osobowego 2 komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla kursów specjalistycznych, odbywających się w zakładach.
 - kadre dydaktyczną dla 3 kursów specjalistycznych i 2 szkoleń specjalizacyjnych finansowanych i organizowanych przez OIPiP w Łodzi w zakładach i OIPiP.
 - zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2016 roku, zgodnie z wnioskiem zakładu, wykreślono 1 edycję kursu kwalifikacyjnego: Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki, dla pielęgniarek a w zamian wpisano realizację 1 edycję kursu specjalistycznego Endoskopia, dla pielęgniarek.
 - koszty dodatkowe wykonania fototapet zabezpieczających na klatkach schodowych w budynku OIPiP.
 - użyczenie fantomu na społeczną akcję edukacyjną.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli OIPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnej – 4 kursy specjalistyczne i 1 kurs kwalifikacyjny u 3 organizatorów kształcenia.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP

UWAGA

Konferencja

ANALIZA PRZYPADKÓW W PIELEŃNIARSTWIE

odbędzie się

18 listopada 2016 r. w Łodzi

a nie 26 listopada

Wszystkie informacje dotyczące rejestracji i przebiegu konferencji – link
<https://www.institutpwn.pl/konferencja/pielęgniarstwo2016/>

Komunikat w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami

Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek Położnych przypomina o bezwzględnym przestrzeganiu przez pielęgniarki i położne przepisów prawa w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej określa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2014.1435, z późn. zm.) natomiast zasady odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych określa ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn. zm.).

Zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej:

- Wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji (art. 4 ust.1 pkt 5, odpowiednio art. 5 ust. 1 pkt 8).
- Pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 ust. 1).
- Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1).
- Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 15 ust. 2).
- W przypadku uzasadnionej wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania (art. 15 ust. 3).

Powyższy przepis określa, iż zlecenia lekarskie, które zobowiązana jest wykonać pielęgniarka/położna, zawsze ma być sporządzone przez lekarza pisemnie. Zlecenie powinno być zapisane czytelnie i zawierać wszystkie dane i wskazania (datę sporządzenia zlecenia, nazwę leku, postać leku, dawkę, drogę podania, czas podania, podpis osoby zlecającej itp.) niezbędne do jego wykonania. Jeżeli pisemne zlecenie wydane przez lekarza jest niezrozumiałe, budzi wątpliwości lub nie zawiera wszystkich danych koniecznych do jego wykonania, wówczas pielęgniarka/położna jest zobowiązana porozumieć się w tej sprawie z lekarzem wydającym powyższe zlecenie i ustalić sposób postępowania, który powinien być określony pisemnie w karcie zleceń. Taka procedura przekazywania przez lekarza zleceń pielęgniarskiej/położnej minimalizuje możliwość pomyłki wynikającej z niezrozumienia zlecenia lub niewłaściwej jego interpretacji.

Odstąpienie od warunku realizacji pisemnego zlecenia lekarskiego jest dopuszczalne tylko wówczas, gdy zachodzi

konieczność podejmowania działań w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Bezpośrednio po zakończeniu wykonywania zleceń w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pielęgniarka/położna jest zobowiązana udokumentować swoje działanie w dokumentacji medycznej na podstawie otrzymanego w formie pisemnej zlecenia lekarskiego.

Zgodnie z przepisami ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, członkowie samorządu są zobowiązani:

- postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (art. 11 ust. 1),
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe (art. 11 ust. 2).

Pielęgniarka i położna jako członek samorządu podlega odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej „przewinieniem zawodowym” (art. 36 ust. 1).

Ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, jak również bezpieczeństwo pielęgniarki/położnej, niedopuszczalne jest wykonywanie zleceń lekarskich, przekazywanych w innej formie niż forma pisemna.

W związku z powyższym należy przywołać przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069), które określają m.in., iż dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej oraz wskazują, że dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi w szczególności historia choroby. Natomiast do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
- kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
- kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu,
- kartę gorączkową,
- kartę zleceń lekarskich.

Powyższe przepisy precyzują także zasady prowadzenia dokumentacji wskazując, iż:

- każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu,
- wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Przepisy cytowanego rozporządzenia obowiązują każdą osobę wykonującą zawód medyczny i ich znajomość nie powinna pozostawiać wątpliwości, co do zasad ich stosowania. Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek Położnych

po uzgodnieniu z konsultantami krajowymi w dziedzinie pielęgniarstwa, dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego oraz dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego przekazuje przedmiotowy komunikat do środowiska zawodowego pielęgniarzek i położnych w celu przypomnienia przepisów prawa ważnych dla wykonywania świadczeń zdrowotnych wynikających z przyjmowania i realizacji zleceń lekarskich.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia informuje, że zwróciło się do wojewodów z prośbą o zobowiązanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa do nawiązania współpracy z pielęgniarską kadrą kierowniczą (dyrektorzy i zastępcy dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne, przełożone pielęgniarzek) w podmiotach leczniczych w zakresie przeprowadzenia szkoleń dla pielęgniarzek i położnych, dotyczących zasad przyjmowania, realizacji dokumentowania zleceń lekarskich, w szczególności przygotowania i podawania zleconych leków.

Ministerstwo Zdrowia przypomina także, że na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce System Ochrony

Zdrowia, podzakładce Pielęgniarki i Położne zamieszczone są następujące opinie i stanowisko:

- Pani Beaty Ostrzyckiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne leków drogą dożylną (w tym wlewów kroplowych) oraz leków podawanych w iniekcjach domięśniowych (tj. żelazo i antybiotyki).
- Pani dr n. med. Krystyny Piskorz-Ogórek, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego. Opinia w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji penicyliny prokainowej i preparatów penicylinopochodnych u dzieci w warunkach ambulatoryjnych.
- Pani dr hab. dr n. hum. Marii Kózki, prof. UJ, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa. Stanowisko w sprawie podawania przez pielęgniarkę penicyliny prokainowej w warunkach ambulatoryjnych.

Warszawa, dn. 29 lipca 2016r.

Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie organizacji szkoleń przez podmioty lecznicze dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne z dnia 29 lipca 2016 r.

I. Założenia ogólne

Za organizację szkolenia i nadzór w danym podmiocie leczniczym odpowiedzialna jest pielęgniarska kadra kierownicza (dyrektor lub zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa, naczelna pielęgniarka, przełożona pielęgniarzek).

2. Osoby uczestniczące w szkoleniu

Wszystkie pielęgniarki i położne zatrudnione w podmiocie leczniczym.

3. Zawartość merytoryczna szkolenia

Szkolenie powinno obejmować tematykę związaną z bezpieczeństwem wykonywania przez pielęgniarkę i położną świadczeń zdrowotnych, w tym realizacji zleceń lekarskich. Szkolenie obejmuje poziom podstawowy i specjalistyczny. Zalecane tematy:

I. Poziom podstawowy

1. Prawne uwarunkowania wykonywania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę i położną, w tym wykonywania zleceń lekarskich i odmowa ich wykonania.
2. Zasady dokumentowania świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę i położną – podstawy prawne.
3. Ryzyko zdarzeń niepożądanych związanych z podawaniem leków w pracy pielęgniarki i położnej – analiza przypadków.
4. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki w sytuacji popełnienia błędu.

II. Poziom specjalistyczny

1. Bezpieczeństwo w podawaniu leków przez pielęgniarkę i położną.
2. Zasady podawania leków specyficznych w danym oddziale szpitalnym lub w domu pacjenta (przechowywanie, rozpuszczanie, drogi podania, dawki, interakcje, itp.)

3. Analiza przykładów z praktyki uczestników szkolenia

4. Metody szkolenia

O doborze metod szkolenia decyduje podmiot leczniczy. Rekomendowane są metody interaktywne, warsztatowe, ćwiczeniowe i seminaryjne w małych grupach.

5. Czas trwania szkolenia

Czas trwania szkolenia określa organizator, w zależności od potrzeb występujących w danym podmiocie leczniczym.

6. Zaliczenie szkolenia

Warunkiem zaliczenia szkolenia jest obecność na wszystkich zajęciach, w tym celu organizator jest zobowiązany prowadzić listę obecności z podpisem uczestnika szkolenia. Po przeprowadzonym szkoleniu należy przeprowadzić ankietę ewaluacyjną, której celem jest ocena jakości oraz zakresu merytorycznego szkolenia, a także zdiagnozowanie dalszych potrzeb osób uczestniczących w szkoleniu. Zakres merytoryczny ankiety oraz sposób jej przeprowadzenia organizator powinien omówić i uzgodnić z realizatorem szkolenia. Udział w szkoleniu każdego uczestnika powinien zostać udokumentowany w jego aktach osobowych.

7. Kwalifikacje kadry prowadzącej szkolenie

O doborze kadry decyduje podmiot leczniczy. Dobór osób prowadzących szkolenie powinien odpowiadać tematyce szkolenia.

8. Współpraca z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa

Informację o przeprowadzeniu szkolenia, w tym o czasie jego trwania, liczbie uczestników oraz o zrealizowanej tematyce szkolenia, podmiot leczniczy (osoba odpowiedzialna za realizację szkolenia) jest zobowiązany przekazać do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa, nie później niż do 10 stycznia 2017 r.

Stanowisko Nr 2 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dnia 1 września 2016 roku

w odniesieniu do treści Komunikatu w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami oraz wytycznych Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie organizacji szkoleń przez podmioty lecznicze dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne

Prezydium NRPI, odnosząc się do cytowanego powyżej Komunikatu Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. wyraża sprzeciw wobec wskazanego na wstępie Komunikatu, nieuzasadnionego dowodami, wezwania do bezwzględnego przestrzegania prawa przez pielęgniarki i położne. Powstaje bowiem pytanie, z jakich powodów nakaz ten został ograniczony do poszanowania prawa wyłącznie w „ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych”.

Nie negując dalszych, obszernych wywodów dotyczących analizy przepisów prawnych regulujących zasady wykonywania zawodu pielęgniarki oraz położnej należy stwierdzić, iż pielęgniarka oraz położna dysponująca aktualnym prawem wykonywania zawodu jest w pełni przygotowana do wykonywania tego zawodu, również w zakresie prawidłowej realizacji zleceń lekarskich, prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym dokumentowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W ocenie Prezydium NRPI brak jest podstaw do formułowania oraz wyrażania sugestii dotyczących występowania naruszeń prawa w obszarze związanym z realizacją zleceń lekarskich w stopniu bezpośrednio zagrażającym pacjentom, pielęgniarkom, położnym które uzasadniałyby prowadzenie w tym obszarze masowych szkoleń adresowanych tylko do pielęgniarzek i położnych. W praktyce udzielanych świadczeń zdrowotnych problem wystawienia pisemnego zlecenia leży po stronie lekarzy. To nie pielęgniarki i położne mają dbać o prawidłowe wydawanie zleceń lekarskich, ale sami lekarze jako profesjonaliści winni przywiązywać należyta staranność do zachowania pisemnej formy zlecenia. Prezydium NRPI dostrzegając potrzebę dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta oraz występowanie pojedynczych przypadków nieprawidłowości w obszarze udzielanych świadczeń zdrowotnych, widzi zasadność realizacji szkoleń obejmujących szereg istotnych aspektów komunikacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego, m.in. przekazywania niezbędnych w procesie terapeutycznym informacji i dotyczących pacjenta, w tym również prawidłowości wydawania przez lekarzy zleceń oraz ich wykonywania przez pielęgniarki i położne. Jednak realizacja przez podmioty lecznicze wytycznych wskazanych w komunikacie, w sposób wybiórczy i dotyczący tylko niektórych grup zawodowych zaangażowanych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych tj. pielęgniarzek i położnych jest w ocenie Prezydium NRPI działaniem, którego rzeczywisty skutek będzie znacząco odbiegał od zakładanego efektu. Zdaniem Prezydium NRPI szkolenia takie powinny obejmować przede wszystkim lekarzy, ewentualnie lekarzy oraz pielęgniarki i położne, w innym przypadku brak jest celowości ich przeprowadzania.

Sekretarz NRPI
Joanna Walewander

Prezes NRPI
Zofia Małas



XIII Kongres Pielęgniarek Polskich 15-17.09.2016, Warszawa



PRZYSZŁOŚĆ PIELEŃNIARSTWA ZACZYNA SIĘ DZISIAJ

W dniach 15–17.09.2016 r. w Warszawie na terenie Centrum Dydaktycznego WUM, odbył się XIII Kongres Pielęgniarek Polskich „Przyszłość pielęgniarstwa zaczyna się dzisiaj” organizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie i Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

To niezwykle ważne wydarzenie organizowane jest dla środowiska pielęgniarstwa co 2 lata, począwszy od 1993 r. Celem Kongresu była popularyzacja najnowszych osiągnięć w pielęgniarstwie, wymiana doświadczeń krajowych i międzynarodowych. Kongres był również okazją do dialogu przedstawicieli różnych dziedzin nauki i środowisk pielęgniarstwa.

Patronat honorowy nad Kongresem objęli Jego Magnificencja Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy oraz Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Komitet Naukowy, w którym wśród osób będących autorami w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa znalazły się dr hab. n. med. Ewa Borowiak oraz dr n. o zdr. Dorota Kilańska, zapewnił wysoką wartość merytoryczną prezentowanych wystąpień.

Przed ceremonią otwarcia XIII Kongresu Pielęgniarek Polskich odbyła się konferencja prasowa, na której wizję rozwoju polskiego pielęgniarstwa przedstawiły prezes NRPiP Zofia Małas, prezes PTP Grażyna Wójcik i przewodnicząca OZZPiP Lucyna Dargiewicz. Liderki najważniejszych organizacji reprezentujących środowisko pielęgniarstwa i położnych podkreślały, że do najważniejszych zadań wymagających jak najszybszych, właściwych rozwiązań należą uregulowanie kwestii warunków pracy i płacy, obrona obecnego systemu kształcenia oraz wypracowanie zasad wprowadzenia do systemu zawodów pomocniczych. Podkreśliły, iż w tych kwestiach organizacje, które reprezentują, mówią jednym głosem.

Prezes NRPiP Zofia Małas apelowała podczas konferencji m.in. o przyspieszenie prac legislacyjnych w obszarze nowelizacji rozporządzenia o minimalnych normach zatrudnienia pielęgniarstwa i położnych w oddziałach szpitalnych.

Przewodnicząca OZZPiP Lucyna Dargiewicz podkreślając, że nie jest możliwe zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom przy ciągle zmniejszającej się liczbie pielęgniarek, wskazała jednocześnie na rozwiązania, które mogą poprawić istniejący stan rzeczy – z jednej strony podniesienie wynagrodzeń, by zachęcić młode osoby do podejmowania pracy, z drugiej wprowadzenie do systemu pracowników o niższych kwalifikacjach, kształconych tzw. krótką ścieżką, którzy mogliby odciążać pielęgniarki z prostych czynności higienicznych, czy też opiekuńczych.

Z kolei Prezes PTP Grażyna Wójcik poruszyła problem coraz większych obciążeń pielęgniarskiej kadry zarządzającej obowiązkami niezwiązanymi z bezpośrednią organizacją opieki nad pacjentem. Argumentowała, że oprócz pracowników pomocniczych, niższego szczebla, coraz pilniejszą potrzebą jest wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej menadżerów na poziomie oddziałów, ponieważ obecnie zarządzanie wielotyśięcznymi budżetami spada na barki pielęgniarek oddziałowych bądź koordynujących. Jednocześnie podkreśliła, że absolutnie nie ma zgody ani PTP, ani NRPiP i OZZPiP na proponowany przez Ministerstwo Zdrowia powrót do kształcenia pielęgniarstwa na poziomie liceów medycznych.

Stanowcza postawa polskich organizacji pielęgniarstwa w kwestii utrzymania obecnych standardów kształcenia spotkała się ogromną aprobatą uczestniczącego w konferencji Dyrektora Zarządzającego European Federation of Nurses Associations (EFN), którym jest Paul De Raeve. Podkreślił on, że nie byłoby to zgodne z przepisami europejskimi dotyczącymi tego, jak takie kształcenie powinno wyglądać. Przytoczył także wyniki badań, które jasno pokazują zależność umieralności pacjentów od poziomu wykształcenia pielęgniarstwa – są to różnice sięgające 10 proc. zgonów na oddziałach.

Dyrektor Zarządzający EFN pogratulował również organizacjom reprezentującym środowisko pielęgniarstwa i położnych determinacji w dążeniu do osiągnięcia wysokiego prestiżu tych grup zawodowych w Polsce.

Konferencja prasowa towarzysząca Kongresowi była bardzo ważnym wydarzeniem, ponieważ umożliwiła skierowanie do

społeczeństwa przekazu nakreślającego najbardziej istotne problemy, z którymi boryka się współczesne pielęgniarstwo.

Kilka godzin po konferencji dokonano uroczystej inauguracji XIII Kongresu Pielęgniarek Polskich. Ceremonię otwarcia zaszczytli swoją obecnością m.in. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, Laura Serrant reprezentująca Uniwersytet Sheffield Hallam w Anglii, Chanell Carcallas-Concepcion z Centrum Edukacyjno-Szkoleniowego dla Pielęgniarek w Pekinie (Chiny) oraz Linda Yoder z Uniwersytetu Stanu Teksas w Austin (USA).

Podczas swojego wystąpienia Konstanty Radziwiłł wskazał, że jednym z jego priorytetów jest opracowanie kompleksowej strategii dla pielęgniarstwa, która musi uwzględniać potrzeby pielęgniarstwa, ale także uwzględniać uwarunkowania ekonomiczne, regulacje legislacyjne i przede wszystkim mieć na uwadze pacjenta. Podkreślił, gotowość resortu do prowadzenia dialogu ze środowiskiem pielęgniarstwa i położnych.

Zaproszeni goście reprezentujący ośrodki zagraniczne poruszyli niezwykle istotną kwestię jaką jest promowanie kompetentnego i wrażliwego przywództwa w opiece zdrowotnej jak i zarządzanie rozwojem personelu pielęgniarstwa. Te zagadnienia mają niebagatelne znaczenie dla przyszłości pielęgniarstwa nie tylko w Polsce, ale również na całym świecie.

Podczas kolejnych dni kongresu odbyło się 9 sesji naukowych wypełnionych wiedzą specjalistyczną, wynikami badań naukowych prowadzonych w różnych obszarach działalności pielęgniarstwa, których celem jest nie tylko rozwój zawodu, ale także poprawa jakości świadczonych usług oraz bezpieczeństwa opieki nad pacjentem.

Sesja o tematyce rozwoju kompetencji zawodowych i roli zawodowej pielęgniarki nakreśliła znacząco prawdę, ale i koncepcję zawodu pielęgniarki zmieniającego się już od wielu lat. Prestiż zawodu pielęgniarki wzrasta a kamieniem milowym na drodze tych zmian było wprowadzenie kształcenia pielęgniarstwa na poziomie wyższym. Powszechnie stało się uzyskanie tytułu zawodowego licencjata a także magistra pielęgniarstwa co wbrew pozorom nie służy zaspakaniu własnych ambicji lecz

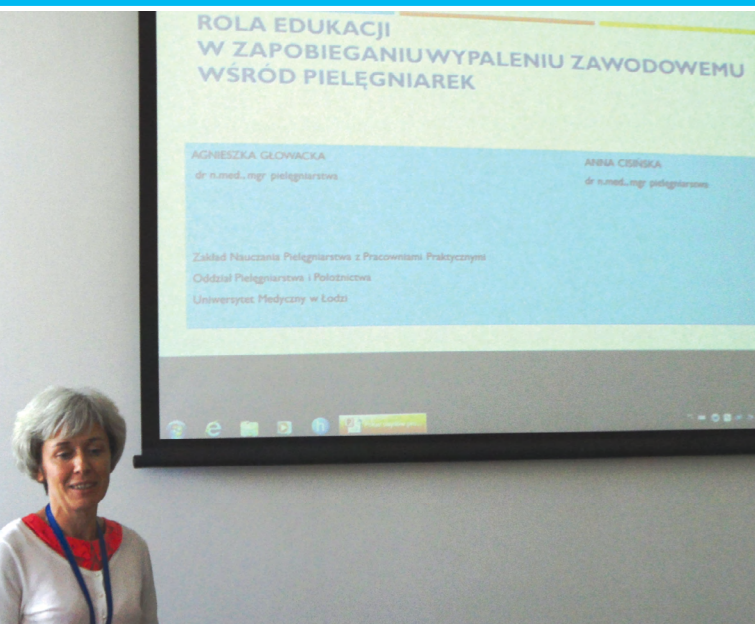
jak wynika z badań naukowych wpływa na jakość świadczonych usług oraz satysfakcję z opieki nad pacjentem. Biorąc to pod uwagę, dla wszystkich którym leży na sercu dobro pacjenta, oczywistym jest, że realizowana obecnie koncepcja zawodu pielęgniarki i nakreślone kierunki rozwoju kompetencji zawodowych należy kontynuować i wszechstronnie rozwijać.

W kręgach liderów i profesjonalistów pielęgniarstwa nieustannie trwają dyskusje w jaki sposób unifikować terminologię pielęgniarstwa pomiędzy różnymi systemami klasyfikacji ICNP (Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej) i NANDA (Klasyfikacja Diagnoz Pielęgniarskich, Klasyfikacja Wyników Opieki, Klasyfikacja Interwencji Pielęgniarskich wg Północnoamerykańskiego Towarzystwa Diagnostowania w Pielęgniarstwie). Mimo prowadzonych badań trudno wybrać lepszą argumentację użyteczności praktycznej ICNP czy NANDA.

Rozwój zawodowy każdy definiuje inaczej, co jest dla niego ważne w karierze i jaki sukces chciałby osiągnąć w życiu zawodowym. W poprzednich dekadach panowało przekonanie, że kariera wynika głównie ze stażu pracy w zawodzie, a pracownik o długim stażu zawodowym powinien awansować. Mniejszą uwagę przykładano czy ktoś się do danej pracy nadaje i czy jest ona zgodna z jego predyspozycjami i talentami. Dzisiaj o rozwoju zawodowym mówi się wtedy kiedy nasza wiedza i praktyka równoważą się a to daje rezultat wszechstronnej umiejętności skutecznego działania oraz wykonywania coraz bardziej odpowiedzialnych czynności i zadań. Obecna ścieżka rozwoju to wytyczone możliwe drogi przemieszczeń pomiędzy stanowiskami oraz komórkami organizacyjnymi. Rozwój to także kształtowanie wyboru i kierunku drogi kariery, zarówno pionowo w górę struktury organizacyjnej, jaki i poziomo wewnątrz samej komórki organizacyjnej. Współczesna ścieżka rozwoju w pielęgniarstwie to taka, gdzie pielęgniarka wie, jak może kierować sobą, jakie kompetencje rozwijać i jakie umiejętności zdobywać.

Toczące się zmiany w pielęgniarstwie stały się nieodzownym elementem jego rozwoju. Zawdzięczamy je dzięki badaniom naukowym prowadzonym w różnych obszarach zawodowych





zapraszają na

XIII Kongres
Pielęgniarek Polskich
Warszawa 2016

15-17 września 2016

PRZYSZŁOŚĆ PIELĘGNIARSTWA
ZACZYNA SIĘ DZISIAJSzczegółowe informacje dostępne na stronie : www.kongres.ptp.na1.pl

podnosząc prestiż i postrzeganie zawodu jakim jest pielęgniarstwo a ten temat został przedstawiony przez lidera pielęgniarstwa z Łodzi Dariusza Kreczmera. Dynamiczny rozwój współczesnego pielęgniarstwa zwiększa zakres kompetencji, wiąże się ze wzrostem odpowiedzialności oraz należytego przygotowania zawodowego. Spośród licznych doniesień naukowych, przeglądu najnowszych wyników badań w pielęgniarstwie, oraz licznych rekomendacji dotyczących standardów praktyki i zarządzania opieką pielęgniarską dowiedzieliśmy się również o roli edukacji w zapobieganiu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. W temat promowania zdrowia psychicznego wprowadziły nas nauczyciele akademicy pielęgniarstwa z UMED dr Agnieszka Głowacka i dr Anna Cisińska.

Głównym źródłem wypalenia zawodowego u pielęgniarek jest stres i zła organizacja pracy. Jednocześnie istnieje korelacja pomiędzy stopniem wypalenia zawodowego a poziomem ich wykształcenia. Obserwacje wskazują na wyższy poziom wypalenia wśród pielęgniarek, które nie podnoszą swoich kwalifikacji. Wszystkie wystąpienia w sesji rozwój kompetencji zawodowych i roli zawodowej pielęgniarek potwierdziły hasło kongresu „Przyszłość pielęgniarstwa zaczyna się dzisiaj, poszukiwania, rozwój oraz liczne badania naukowe w pielęgniarstwie dają nadzieję na lepsze jutro pielęgniarstwa”.

Spośród sesji naukowych kongresu na uwagę zasługuje również sesja poświęcona edukacji pielęgniarskiej i środowisku nauczania.

W pierwszej części zespół z Lublina przedstawił „Wybrane aspekty kształcenia pielęgniarek i położnych w opinii absolwentów Wydziału Nauk/Nauki o Zdrowiu” – z badań wynika, iż najwyżej oceniana jest przydatność przedmiotów zawodowych, mniej obciążenie nauką w ciągu roku, najniżej – dobry plan i program studiów.

„Występowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia u uczniów warszawskich szkół ponadgimnazjalnych” przedstawiła Zofia Sienkiewicz z Warszawy. Wśród najczęściej występujących czynników ryzyka chorób układu krążenia są: dodatni wywiad rodzinny, otyłość, stres, niska aktywność fizyczna.

Ciekawym tematem zaskoczył zespół redakcyjny z Warszawy: „Czy mężczyzna na studiach pielęgniarstwie to sukces, czy porażka” – oczywiście odpowiedź brzmi – sukces.

Prelegenci z Białegostoku przedstawili sytuację „Realizacji szczepień ochronnych populacji wieku rozwojowego w praktykach lekarzy rodzinnych w Białymstoku”. Okazuje się, że szczepienia obowiązkowe są prowadzone zgodnie z kalendarzem szczepień natomiast szczepienia zalecane (np. przeciw biegunce rotawirusowej, przeciw pneumokokom, przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu itp.) są najczęściej wykonywane u dzieci do lat 3.

Ciekawy temat dotyczący sposobu odżywiania się studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Krośnie przedstawiła Renata Rabisz. Z treści wystąpienia wynika, że kobiety różnią się w sposobie odżywiania od mężczyzn tym, że spożywają więcej warzyw i owoców, częściej też zwracają uwagę jakość kupowanych artykułów spożywczych. Mężczyźni preferują produkty mięsne i wypijają więcej płynów. Miejsce zamieszkania – miasto czy wieś nie ma znaczenia.

A. Cisińska i A. Głowacka z Łodzi zwróciły uwagę na nieprawidłowości w odżywianiu uczniów łódzkich szkół. Z badań wynika, że pierwsze i drugie śniadanie jadło 42,6 proc. uczniów, ponad 11 proc. nigdy nie zjada śniadania przed wyjściem do szkoły. Wiele z badanych dzieci twierdzi, że najczęstszym posiłkiem zjadany w szkole jest kanapka.

Temat problemów zdrowotnych poruszył również zespół z Lublina przedstawiając analizę porównawczą problemów zdrowotnych uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum.

Prelegenci z Rzeszowa porównując poziom wiedzy studentów kierunków medycznych i niemedycznych na temat higieny psychicznej stwierdzili, że studenci posiadają średni poziom wiedzy na temat higieny zdrowia psychicznego. Wyższy poziom wiedzy posiadają kobiety, osoby z przedziału wieku 21–24, osoby studiujące – szczególnie na kierunkach medycznych, mieszkańcy miast przewyższają mężczyzn.

Na zakończenie sesji w temacie: „Poziom aktywności fizycznej studentów pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu

Medycznego” wypowiedział się zespół z Warszawy. Z treści przedstawionych badań wynika, że studenci pielęgniarstwa są świadomi, że aktywność fizyczna ma wpływ na zdrowie, jednak posiadana wiedza nie przekłada się na ich zachowania. Ponad połowa badanych nie podejmuje jakiegokolwiek aktywności ruchowej tłumacząc się brakiem czasu i niechęcią do ćwiczeń. Poziom aktywności fizycznej studentów pielęgniarstwa jest więc niezadawalający.

Podczas sesji dotyczącej opieki klinicznej i bezpieczeństwa pacjenta przedstawiano wyniki przeprowadzanych badań wśród pacjentów z różnymi problemami zdrowotnymi oraz wśród personelu sprawującego opiekę nad tymi pacjentami. Wnioski wskazują na konieczność poprawy komunikacji interpersonalnej, wdrażania w szerszym zakresie edukacji pacjentów, edukacji ukierunkowanej na dany problem zdrowotny.

Etyce, odpowiedzialności zawodowej i przestrzeganiu praw człowieka poświęcono kolejną sesję. Przeprowadzone badania wykazały, iż wiedza badanych pielęgniarek na temat odpowiedzialności zawodowej jest niepełna i fragmentaryczna co potwierdza również samoocena wiedzy posiadanej na ten temat określanej jako tylko wystarczająca oraz ogromna chęć uczestnictwa w szkoleniach z tego zakresu. Konieczne jest więc propagowanie wiedzy na temat odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek.

W kolejnych sesjach dyskutowano m.in. na temat przyczyn migracji pielęgniarek, poruszano problem pielęgniarstwa wielokulturowego, które w obliczu globalizacji staje się coraz większym wyzwaniem.

Tematem, którego nie można było pominąć i który pojawił się również w tematyce Kongresu, było nabycie nowych kompetencji przez pielęgniarki w zakresie ordynacji lekowej i analiza związanych z tym aspektów organizacyjnych, prawnych oraz klinicznych.

Organizacja kongresu okazała się dużym sukcesem. W ciągu trzech dni kongresu zaprezentowano ponad 160 prac. Wystąpienia i prelekcje przybliżyły doniesienia naukowe z najlepszych ośrodków naukowych nie tylko w kraju, ale

i z zagranicy, przedstawiły przegląd najnowszych wyników badań prowadzonych w pielęgniarstwie oraz rekomendacje dotyczące standardów praktyki i zarządzania opieką pielęgniarską. Program kongresu był odpowiedzią na zainteresowania naukowe i zawodowe pielęgniarek, umożliwił również wymianę myśli i zainicjował nowe obszary współpracy.

Równoległe z sesjami tematycznymi odbywały się warsztaty edukacyjne prowadzone nie tylko przez przedstawicieli firm medycznych, ale także przez czynnych zawodowo lekarzy i pielęgniarki. Bogata tematyka warsztatów umożliwiła poszerzenie wiedzy m.in. w obszarze zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta w opiece klinicznej, sprawowania bezpiecznej kulturowo opieki pielęgniarskiej, czy zastosowanie pomocy mechanicznych przy przemieszczaniu pacjentów o ograniczonej sprawności ruchowej, komunikacji z chorym u kresu życia.

Organizatorzy zadbałi również o dodatkowe atrakcje m.in. zwiedzanie nowoczesnego Szpitala WUM, wieczór artystyczny z udziałem fantastycznej wokalistki jazzowej Lory Szafran.

Wszyscy uczestnicy kongresu podkreślali bardzo wysoki poziom naukowy programu, profesjonalną organizację oraz miłą i przyjazną atmosferę wszystkich dni kongresu.

Jolanta Łoś, Sylwia Kamińska-Tymińska, Maria Pawłowska
Komisja Kształcenia Promocji i Rozwoju Zawodu *Faccæ aut accus,*

Udar mózgu jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia, najpoważniejszą chorobą naczyniową mózgu. Schorzenie to stanowi bardzo istotny problem nie tylko medyczny, ale również społeczny. Stanowi obecnie jedną z głównych przyczyn śmiertelności i trwałej niepełnosprawności zarówno w Polsce, jak i na świecie.

UDAR MÓZGU

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA



Szacuje się, że rocznie na świecie na udar mózgu zapada 15 mln osób, a około 5 mln umiera. W Polsce co roku udar mózgu osiąga około 70 tys. osób, z czego aż 30 tysięcy umiera w ciągu miesiąca. Przy braku odpowiedniego postępowania może szybko doprowadzić do niewydolności oddechowej i krążenia oraz dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Do udaru dochodzi kiedy naczynia krwionośne doprowadzające tlen i substancje odżywcze do mózgu zostają zablokowane przez skrzep krwi lub następuje ich uszkodzenie. Prowadzi to do odcięcia części mózgu od dopływu tlenu i jego obumierania.

Najróżniejsze opisy kliniczne udaru znane są od setek lat. Hipokrates używał terminu „apopleksja” (*apopleksis*) do określenia nieurazowego uszkodzenia mózgu. Angielski termin *stroke* wprowadzono dopiero w 1689 r. W 1965 r. przyjęto określenie „przemijający napad niedokrwienia mózgu” (*transient ischemic attack* – TIA), które kilkanaście lat wcześniej zaproponował amerykański neurolog C. Miller Fisher. TIA oznacza takie same zaburzenia neurologiczne jak w udarze, ale ustępujące całkowicie w ciągu 24 godzin (najczęściej trwające 2–15 minut).

Definicja i etiopatogeneza

Udar mózgu jest to nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi, związanymi z mózgowym przepływem krwi, trwających dłużej niż 24 godziny (według AHA/ASA – American Heart Association i American Stroke Association AHA/ASA 2013, aktualizacja 2015).

Udar można również rozpoznać, kiedy:

- ogniskowe objawy neurologiczne trwają < 24 godziny, ale udokumentowano jednoznacznie ognisko niedokrwienne za pomocą badań neuroobrazowych,
- objawy ustąpiły po leczeniu trombolitycznym lub pacjent zmarł w 1 dobie od początku objawów.

Jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne ustąpiły samoistnie do 24 godzin i nie uwidoczniło ogniska niedokrwienego w badaniach neuroobrazowych rozpoznać należy przemijający napad niedokrwienia mózgu (TIA). Jeśli objawy ustępują w ciągu 3 tygodni mamy do czynienia z udarem niedokrwinnym, jeśli trwają dłużej – udarem dokonanym.

Podział udaru mózgu ze względu na patomechanizm i przyczyny:

1. Udar niedokrwienno (-80 proc.) – najczęściej wskutek zamknięcia tętnicy i ograniczenia dopływu krwi do mózgu.

Przyczyny:

- zmiany miażdżycowe w dużych tętnicach domózgowych (tętnice szyjne i kręgowie) lub w dużych lub średnich tętnicach mózgu
- zmiany w małych tętnicach mózgowych (tzw. udar zatorowy najczęściej w następstwie nadciśnienia tętniczego i zmian zwyrodnieniowych w małych tętnicach przyszyjających)
- zatory pochodzenia sercowego w przebiegu migotania przedsionków (najczęstsze i najgorsze rokowania), drożnego otworu owalnego, wad zastawkowych (w tym sztucznych zastawek w lewej części serca), zaburzeń kurczliwości, w tym tętniaka lewej komory
- zapalenia wsierdza
- układowe zapalenie naczyń.

2. Udar krwotoczny – spowodowany krwawieniem wewnątrzczaszkowym:

a) krwotok śródmózgowy (-15 proc.) – krwawienie z pękniętego naczynia wewnątrzczaszkowego, w 2/3 przypadków związany z nadciśnieniem tętniczym, sprzyjającym powstawaniu mikrotętniaków; rzadko angiopatia skrobiawicza (zwykle u ludzi w podeszłym wieku)

b) krwawienie podpajęczynówkowe (-5 proc.) – najczęściej wskutek pęknięcia tętniaka workowatego lub innych wad naczyniowych.

3) udar żylny (<1 proc.) – w następstwie zakrzepicy żył mózgu lub zatok żylnych opony twardej; często wiąże się z ogniskami niedokrwinnymi w obu półkulach mózgu, będącymi skutkiem biernego przekrwienia, szybko ulegającymi ukrwotoczeniu.

Udar mózgu w liczbach wg danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

Udar mózgu jest trzecią najczęstszą przyczyną śmierci i główną przyczyną niesprawności u osób powyżej 40 roku życia.

Rocznie na świecie w wyniku udaru mózgu umiera dwukrotnie więcej osób niż z powodu wirusa HIV i wypadków drogowych razem wziętych.

W Polsce co roku na udar zapada około 60–70 tysięcy osób, a około 30 tysięcy z nich umiera. 30 procent osób umiera w wyniku udaru w ciągu pierwszego miesiąca od zachorowania. 20 procent chorych, którzy przeżywają ostrą fazę udaru, wymaga stałej opieki, a 30 procent pomocy w niektórych czynnościach życia codziennego.

Czynniki ryzyka

Podstawą skutecznej profilaktyki udaru jest znajomość czynników ryzyka. Na część z nich nie mamy wpływu. Im więcej czynników ryzyka występuje równocześnie u danej osoby, tym większe niebezpieczeństwo, że dojdzie do udaru. Jak pokazują wyniki badania INTERSTROKE opublikowane w magazynie „Lancet” w 2010 r. za 90 proc. ryzyka wystąpienia udaru mózgu odpowiada zaledwie 10 czynników ryzyka, w tym nadciśnienie tętnicze i choroby serca oraz elementy stylu życia, takie jak palenie papierosów, picie alkoholu, brak aktywności fizycznej oraz nieprawidłowe odżywianie i towarzysząca mu otyłość.

Na wiele z tych czynników ryzyka możemy wpływać poprzez stosowanie odpowiedniej profilaktyki (np. wdrożenie leczenia przeciwzakrzepowego w przypadku osób z migotaniem przedsionków) i prawidłowy styl życia (regularne ćwiczenia, zbilansowana dieta, ograniczenie spożycia alkoholu). Na część z nich nie mamy wpływu.

Objawy

Najczęściej występujące objawy udaru mózgu to:

- asymetria twarzy – niedowład lub porażenie mięśni po jednej stronie twarzy (opadanie kącika ust)
- utrata siły lub kontroli nad kończynami (bezwładna ręka i/lub noga), z reguły po jednej stronie ciała

Czynniki ryzyka, na które nie mamy wpływu:

- ✓ wiek (ryzyko wystąpienia udaru wzrasta powyżej 55 roku życia)
- ✓ płeć (do udarów częściej dochodzi u mężczyzn).

Czynniki genetyczne:

- ✓ przebyty wcześniej udar lub przemijający atak niedokrwienno (tzw. „mały udar”).

Czynniki ryzyka, na które możemy wpływać:

- ✓ choroby serca (w tym migotanie przedsionków)
- ✓ nadciśnienie tętnicze
- ✓ wysoki poziom cholesterolu
- ✓ cukrzyca
- ✓ nadwaga
- ✓ nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu
- ✓ stres

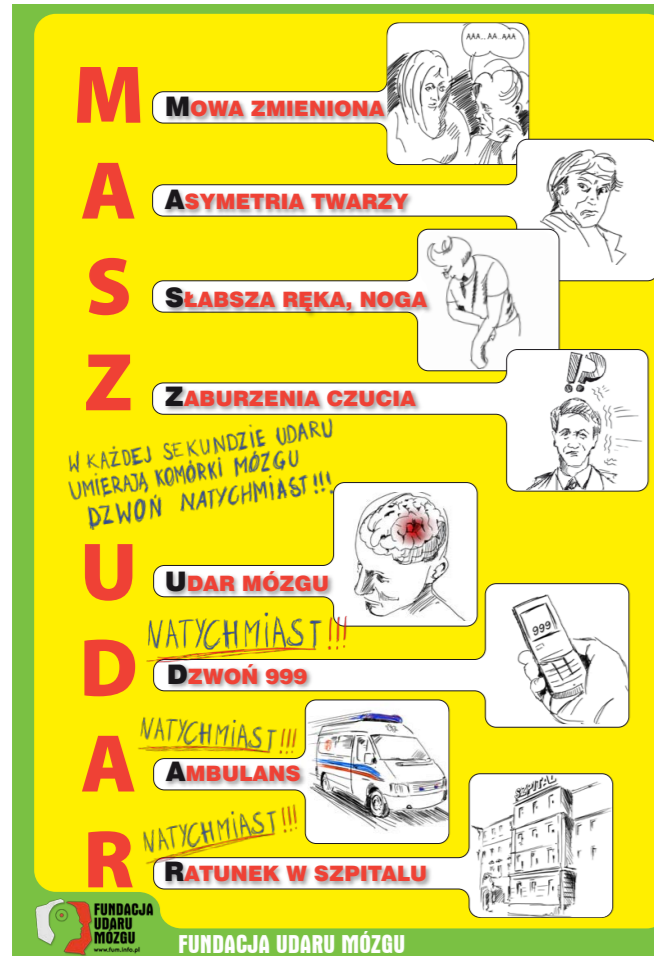
- zaburzenia mowy – mowa bełkotliwa, niezrozumiała, bełkotliwa
- zaburzenia widzenia (niedowidzenie na jedno oko/niedowidzenie połowy pola widzenia)
- utrata równowagi i zawroty głowy
- silny ból głowy.

Etiologia udarów u dzieci ma często charakter złożony, związany ze współistnieniem czynników genetycznych, rozwojowych, metabolicznych, immunologicznych i środowiskowych. W przeciwieństwie do przyczyn udarów u osób dorosłych, styl życia (stresy, używki, mała aktywność fizyczna, otyłość) ma mniejsze znaczenie. Przyczyna udaru mózgu wśród młodych pacjentów pozostaje nieznana w 20–30 procentach.

Najczęstsze przyczyny udaru u dzieci:

- wrodzone wady serca
- nabyte wady serca (zapalenie wsierdza i mięśnia sercowego, choroba reumatyczna, kardiomiopatia, zaburzenia rytmu serca)
- układowe choroby naczyń
- choroby zapalne o różnej etiologii i lokalizacji
- zaburzenia krzepnięcia krwi
- zaburzenia w budowie i funkcji ścian naczyń krwionośnych
- anomalie naczyń mózgowych (tętniaki, naczyniaki)
- urazy głowy a także urazy odległych części ciała.

Ze względu na wczesny początek aktywności seksualnej i zażywanie środków antykoncepcyjnych przez nastolatki, należy wspomnieć o zwiększonym ryzyku udaru niedokrwienno w tej grupie pacjentek. Niektóre stosowane przez młodzież substancje aktywizujące i narkotyki powodują wzrost ciśnienia tętniczego krwi i/lub skurcz naczyń zwiększając w ten sposób ryzyko udaru mózgu. Wśród dzieci i młodzieży do udaru dochodzi zazwyczaj w wyniku zakrzepu bądź zatoru. Naczyniowe



Akcja wielkoformatowych plakatów w Polsce (wrzesień–październik 2009 r.) na temat pierwszych objawów udaru mózgu, przeprowadzona w środkach komunikacji miejskiej oraz na wiatkach przystankowych

(fot. dzięki uprzejmości Fundacji Udaru Mózgu)

Wiele osób po udarze doświadcza także problemów w komunikacji. Czasami przejawia się to kłopotami z mówieniem, a czasami z rozumieniem mowy. Również zdolności, takie jak czytanie, pisanie i liczenie mogą zostać ograniczone lub utracone.

Często pojawiają się również zaburzenia emocjonalne i poznawcze. Dzieje się tak, ponieważ udar uszkadza mózg, a to właśnie on odpowiada za nasze zachowania i emocje. Osoba po udarze może mieć problemy z zapamiętywaniem, stać się nerwowa lub zagubiona. Może również doświadczyć depresji lub zaburzeń świadomości.

Udar może mieć także wiele innych skutków, takich jak choćby zaburzenia widzenia i czucia. Wszystko zależy od obszaru mózgu, który został dotknięty chorobą. Wiele negatywnych skutków udaru zmniejsza się z czasem. Dotyczy to zarówno ograniczeń ruchowych, jak i zmian emocjonalnych.

Życie po udarze mózgu

Każdy udar jest inny. Choroba pojawia się z różnych przyczyn i ma odmienne powikłania w zależności od obszaru mózgu, który został uszkodzony. Może dotyczyć zarówno dorosłych, jak i dzieci. Skutki udaru wymagają – często radykalnej – zmiany stylu życia chorego. Czasami trzeba nauczyć się funkcjonować zupełnie od nowa. Jednak dzięki rehabilitacji chory może odzyskać – przynajmniej częściową – samodzielność.

Udar jest jednocześnie najczęstszą przyczyną długotrwałej niesprawności i inwalidztwa w populacji dorosłych, co skutkuje poważnymi konsekwencjami socjalnymi i ekonomicznymi.

W polskich warunkach 70 proc. osób, które doznają udaru mózgu, zostaje trwale niepełnosprawnymi i wymaga stałej długoterminowej rehabilitacji i zwykle opieki socjalnej. Niestety, dostęp do specjalistycznej rehabilitacji poudarowej jest znacznie utrudniony, dotyczy to również zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny. Średni czas oczekiwania na przyjęcia na oddział rehabilitacyjny na tzw. rehabilitację wtórną sięga zwykle około 2 lat.

Prawa i świadczenia przysługujące osobom po udarze mózgu oraz ich rodzinom i opiekunom

Masz prawo do:

- edukacji, aby wiedzieć co robić by udaru uniknąć
- dostępu do kompleksowego leczenia i rehabilitacji
- informacji na temat Twojego stanu zdrowia
- bezpłatnego lub częściowego refundowanego zaopatrzenia rehabilitacyjnego i środków pomocniczych

- pomocy w opiece nad chorym po udarze mózgu po powrocie do domu ze szpitala
- świadczeń socjalnych wynikających z faktu Twojej niepełnosprawności.

Europejski Dzień Profilaktyki Udarowej

Europejski Dzień Profilaktyki Udarowej obchodzony jest co roku 10 maja. Jest to inicjatywa zapoczątkowana w 2007 r. przez The Stroke Association, brytyjskiego członka Stroke Alliance For Europe – organizacji zrzeszającej krajowe stowarzyszenia reprezentujące osoby po udarze i ich bliskich. Celem przedsięwzięcia jest podnoszenie świadomości ryzyka udaru mózgu oraz tego, że wprowadzając niewielkie zmiany w swoim sposobie życia i – jeśli to potrzebne – stosując odpowiednie leczenie możemy znacząco ograniczyć ryzyko udaru mózgu.

Pierwsza pomoc przedmedyczna

W każdym wypadku pierwszym krokiem jest niezwłoczne wezwanie Zespołu Ratownictwa Medycznego (tel. 999 lub 112).

Ocena stanu pacjenta zgodnie ze schematem ABC (drożność dróg oddechowych, wydolność oddechowa, wydolność serca). Jeśli chory jest przytomny, należy zapewnić mu wygodną pozycję i uspokoić go. Układamy osobę w pozycji z lekko uniesionym tułowiem pod kątem około 30 stopni. Należy pamiętać, aby poszkodowanemu nie podawać żadnych leków ani niczego do picia czy jedzenia.

U nieprzytomnego udrożnić drogi oddechowe poprzez delikatne odchylenie głowy w tył. Należy sprawdzić, czy chory oddycha, wyczuwając oddech pacjenta na własnym policzku i obserwując unoszenie się klatki piersiowej. Jeśli poszkodowany oddycha, należy ułożyć go w pozycji bezpiecznej, co zapobiega zapadnięciu się języka i zachłyśnięciu wymiocinami.

W wypadku chorego nieprzytomnego, który nie oddycha – rozpoczęcie RKO – resuscytacji krążeniowo-oddechowej (30:2). Czynność powtarzamy do przyjazdu karetki lub odzyskania przytomności. Bez względu na stan poszkodowanego nie wolno pozostawić go samego. Przez cały czas należy go obserwować, sprawdzać przytomność i oddech.

W krajach zachodnich funkcjonują specjalne zespoły ratunkowe niosące pomoc doświadczającym udaru. Karetki są oznaczone akronimem FAST, który jest znany większości społeczeństwa, dzięki czemu każdy wie, kiedy można rozpoznać udar i należy natychmiast wezwać pomoc medyczną. Osoby udzielające pierwszej pomocy powinny być przeszkolone w wykorzystaniu schematu FAST.

Znaczenie FAST jest bardzo proste i pomocne:

F – oznacza twarz (*face*). Mięśnie twarzy często są dotknięte udarem. Można zaobserwować opadający kącik ust lub powiekę. Często chory nie może zmarszczyć brwi czy zamknąć oczu. Twarz jest niesymetryczna.

A – oznacza ramię (*arm*). Wskutek porażenia jedna ręka lub nawet cała połowa ciała poszkodowanego jest niewładna.

S – oznacza mowę (*speech*). Niektórzy chorzy mają problemy z mówieniem. Słowa przez nich wypowiedane są niewyraźne i niezrozumiałe.

T – oznacza czas (*time*). Czas jest najważniejszym elementem pomocy osobie doświadczającej udaru. Nie należy zwlekać z wezwaniem pomocy medycznej ani czekać, aż objawy same miną. Wykonanie telefonu alarmowego jest kluczowym etapem udzielania pomocy osobie doznającej niedokrwienia mózgu.

Podsumowanie

Od około 20 lat, dzięki powołaniu Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, a następnie podjęciu działań prowadzonych w ramach programu POLKARD, udało się w Polsce w istotny sposób poprawić system opieki nad chorymi z udarem i po udarze. Powstała sieć wyspecjalizowanych oddziałów i pododdziałów udarowych, w większości otrzymująca wsparcie z funduszy centralnych. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu jest jednym ze strategicznych celów zapisanych w dokumencie „Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu”, spełniających warunki Europejskich Strategii Udarowych (Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies). Wytyczne dotyczące leczenia wewnątrznaczyniowego we wczesnym okresie niedokrwinnego udaru mózgu są zwieńczeniem kluczowych badań klinicznych, które zakończyły się na przełomie roku 2014/2015. Ważne jest zarówno wczesne diagnozowanie choroby, skuteczna terapia i rehabilitacja, jak i samoświadomość pacjentów oraz ich powrót do pełnej aktywności. Dzięki konsekwentnie prowadzonym działaniom profilaktycznym chorób sercowo-naczyniowych w tym udarów mózgu, można znacznie zmniejszyć wskaźnik zgonów, a dzięki wczesnej rehabilitacji neurologicznej skrócić czas pobytu pacjenta na oddziale udarowym.

Najważniejszy w leczeniu udaru jest czas! Wraz z jego upływem zmniejsza się obszar tkanek mózgu, które można uratować. Jest on głównym kryterium podjęcia leczenia trombolitycznego, które daje choremu największą szansę. Chory powinien otrzymać specjalistyczną pomoc w ciągu 4,5 godziny – tak długo skutecznie działa tkankowy aktywator plazminogenu (rtPA – *recombinant tissue plasminogen activator*) o działaniu fibrynolitycznym jako ważny mechanizm obronny, rozpuszczający skrzeplinę krwi, odpowiadający za utrzymanie szczelności i drożności naczyń krwionośnych.

Pomoc udzielona do 1,5 godziny od pierwszych objawów to szansa pełnego wyleczenia co czwartego pacjenta, a jeśli ten czas się wydłuży do 3 godzin, to taką szansę ma już tylko co dziesiąty pacjent.

Powinniśmy jak najwięcej mówić na temat chorób naczyń i serca, bowiem liczba udarów jest prawie identyczna jak pełnościennych zawałów a skutki medyczne i społeczne udarów są dużo poważniejsze niż przy zawałach serca. Zatem polityka zdrowotna w Polsce skierowana powinna być na udary mózgu, czyniąc je problemem priorytetowym, tym bardziej, że są widoczne postępy w leczeniu udarów mózgu w tym

za pomocą trombektomii mechanicznej – mechanicznego usuwania skrzepin w tętnicach domózgowych. Chorego należy jak najszybciej przetransportować do najbliższego dostępnego certyfikowanego oddziału udarowego lub do ośrodka całościowego leczenia udaru, a w razie braku takich jednostek – do najodpowiedniejszej instytucji, zapewniającej pilne leczenie świeżego udaru zgodnie z zasadami opisanymi w Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2013 roku/aktualizacja 2015 r. (klasa I; siła zalecenia A). W niektórych wypadkach konieczny może być transport drogą powietrzną z pominięciem szpitali, które nie oferują odpowiedniej opieki nad pacjentami ze świeżym udarem. Oddziały referencyjne muszą być rozmieszczone w rozsądnej odległości, gdyż czas do rozpoczęcia zabiegu nie może wynosić więcej niż 6 godzin. Rehabilitacja pacjentów z krwotokiem należy obecnie do kategorii zaleceń o największej sile. Należy ją rozpocząć możliwie jak najwcześniej po wykluczeniu jednoznacznych przeciwwskazań (takich jak tętniak) oraz dostosowaniu do możliwości i potrzeb chorego. Problemem, niestety, jest to, że często chorzy bagatelizują objawy mając nadzieję, że same „przejdą” a takie zachowanie jest poważnym błędem.

Literatura:

1. Zalecenia Wytycznych American Heart Association (AHA) i American Stroke Association (ASA) dotyczących wewnątrznaczyniowego leczenia świeżego udaru niedokrwiennego: Powers W. J., Derdeyn C.P., Biller J. i wsp.; American Heart Association Stroke Council: 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2015; 46: 3020–3035.
2. Nowa definicja udaru. Stanowisko American Heart Association i American Stroke Association 2013. *Med. Prakt.*, 2014; 1: 42–46, 60.
3. Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, opublikowanych w czasopiśmie „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 2012; 46, supl. 1.
4. Rożnowska. K.: Udar mózgu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007.
5. David O. Wiebers: Udar mózgu. MediPage, cop., Warszawa, 2008.
6. www.manifestudarowy.pl
7. www.poudarzemozgu.pl
8. www.stopudarom.pl
9. www.medexpress.pl09. www.fum.info.pl
11. www.mp.pl
12. Objawy Udaru Mózgu – Pierwsza Polska Kreskówka Udarowa! <https://www.youtube.com/watch?v=wcUhJIQSmKo>

mgr piel. Elżbieta Janiszewska
przewodnicząca РТРАИТО – Oddział w Łodzi,
członek Koła РТР i РТРР, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki,
Instytut CZMP w Łodzi

Za Waszym pośrednictwem pragnę przesłać podziękowanie Zespołowi Pracowników Hospicjum „Salve” przy ul. A. Struga 3. W kwietniu br. Zespół opiekował się w domu ciężko chorą moją Mamą – Jadwigą Białkowską. Zarówno Mama jak i ja otrzymałyśmy z jego strony ogromną pomoc i wsparcie w tych trudnych dla nas chwilach. Fachowość i „ogromne serce” – tak mogę określić Pracowników tej placówki, z którymi się zetknęłam. Jeszcze raz bardzo im dziękuję.

lek med. Jolanta Just

W imieniu własnym na ręce Pani Pielęgniarki Oddziałowej **Renaty Sobczak** składam serdeczne podziękowania dla całego Zespołu Pielęgniarek Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi za fachową pomoc medyczną, okazanie serca i przede wszystkim cierpliwość i profesjonalną opiekę podczas mojego pobytu na oddziale. Składam wszystkim wyrazy szacunku i dziękuję za pomoc i wsparcie.

wdzięczny pacjent
Jan Kałużny

Personel Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Madurowicza serdecznie dziękuje wszystkim lekarzom i pielęgniarkom za ratowanie życia i zdrowia naszych koleżanek: Moniki Chruściel i Ewy Kowalskiej, które uległy ciężkiemu wypadkowi samochodowemu wracając z dyżuru do domu. Jesteśmy wzruszeni organizacją i zaangażowaniem całego personelu medycznego, ludzi dobrej woli oraz wszystkim, którzy przyczynili się w jakikolwiek sposób swoją pomocą i okazaniem serca.

Pielęgniarki w dobie starzejącego się społeczeństwa

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ



Społeczeństwa się starzeją. Do 2035 roku udział osób w wieku 65 lat i więcej zbliży się do 25 procent. Spowoduje to przeobrażenia we wszystkich niemal sferach życia. Zmiany warunków i stylu życia związane z zaprzestaniem zawodowej aktywności (a mamy w kraju 5 mln osób w wieku emerytalnym), połączone z nieumiejętnością korzystania z wolnego czasu (nudą, monotonią, izolacją społeczną) zagrażają zdrowiu psychofizycznemu. Brak aktywności – nieopuszczanie domu, skoncentrowanie się np. tylko na opiece nad wnukami bądź sąsiedzkiej pomocy – utrudniają starszym osobom uczestnictwo w szerszym życiu społecznym, korzystanie z ich praw: człowieka, obywatela czy pacjenta. Przyczyny tego zjawiska są wielorakie: brak większej świadomości seniorów, nieodpowiedni stosunek do nich społeczeństwa, a zwłaszcza młodszych osób i mediów, przejawiający się nieprzyjaznym językiem, np. negatywnymi określeniami starszych, brak społecznej akceptacji dla starości, kult młodości, wreszcie – agresja, pogarda, brak szacunku wobec seniorów.

Konieczna jest zatem zmiana społecznej mentalności, w tym i mediów – w podkreślaniu najważniejszych wartości ludzkich – godności człowieka w każdym wieku, traktowanie starości jako kolejnego naturalnego etapu życia (prawie) każdego z nas. Ważna przy tym jest edukacja i wychowanie, czyli uczenie i dawanie przykładów kulturalnego stosunku do starszych osób (choćby poprzez nieużywanie nieuprawnionego zwrotu „babciu” przez personel medyczny wobec starych pacjentów), budowanie większej więzi międzypokoleniowej, wzajemne poznawanie się, wspieranie, akceptowanie oraz odpowiednią politykę społeczną państwa, uwzględniającą potrzeby obywateli w każdym wieku, zwłaszcza osób starszych.

Sami seniorzy powinni bardziej zadbać o swój wizerunek jako ludzi nowoczesnych, świadomych swoich praw, umiejących wyrażać swoje potrzeby i wymagać ich respektowania. Służąc

temu powinno ustawiczne kształcenie osób starszych, ich jak najdłuższa aktywność zawodowa, społeczna, kulturalna, wsparta integracją międzypokoleniową oraz zapewnieniem seniorom wystarczającej opieki zdrowotnej i społeczno-socjalnej.

Na naszą starość zapracowujemy sobie sami poprzez swoje aktywne, zdrowe i odpowiedzialne życie. Warunkiem „dobrej starości” jest bowiem zdrowie, czyli odpowiednie odżywianie i aktywność fizyczna, a także korzystna sytuacja materialna, mieszkaniowa, rodzinna oraz opieka zdrowotno-społeczna. Według ONZ (1991) pięć podstawowych zasad działania na rzecz osób starych to zapewnienie im godności i szacunku, niezależności, uczestnictwa w życiu społecznym, opieki oraz samorealizacji. Spełnieniu tych zasad sprzyja ustawiczne kształcenie, gdyż; „życie bez nauki jest prawdziwą powolną śmiercią”. Kształcenie sprzyja samorealizacji osób starych, ich integracji w społeczeństwie, poprzez rozwój osobowości, więzi społecznych, wiedzy, zainteresowań, rozbudzanie twórczych postaw, przekazywanie społeczeństwu osobistych doświadczeń, samodzielny i aktywny udział w życiu społecznym, rozumienie przemian zachodzących w społeczeństwie.

Edukacji ustawicznej seniorów w szczególności sposób pomagają uniwersytety trzeciego wieku. W tym roku mija 41 lat od powołania w roku 1975 pierwszego w Polsce Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie (trzeci na świecie, po Francji i Belgii), którego inicjatorką i założycielką była profesor gerontolog/geriatra, społecznik – Halina Szwarc (1923–2002). Mawiała ona: „Ludzie starsi mają szczególnie ważną rolę do spełnienia. Nabyta przez nich wiedza, w połączeniu z doświadczeniem zgromadzonym w ciągu wielu lat życia, tworzy wartości bardzo cenne dla społeczeństwa, a im samym powinna dawać poczucie satysfakcji (...). Należy dodawać więcej życia do lat a nie tylko lat do życia”.

Uniwersytety trzeciego wieku (UTW) zajmują się aktywizacją intelektualną i fizyczną osób starych i kreowaniem polityki senioralnej na poziomie krajowym i lokalnym, a ich głównym celem jest edukacja i integracja starszych osób. Obecnie w kraju jest 500 UTW ze 150 tysiącami słuchaczy. W Łodzi pierwszy UTW powstał w 1979 roku. Według prof. H. Szwarca: „Ruch UTW odniósł sukces dzięki grupom osób, które wiedziały, czego ludziom potrzeba, a osoby zadowolone ze swojego życia są zdrowsze i żyją dłużej”.

Liczne i różnorodne inicjatywy UTW można pogrupować pod względem tematyki, koncentrującej się wokół zagadnień edukacyjnych, medycznych, społecznych, a nawet politycznych. I tak UTW organizują: wykłady z różnych dziedzin wiedzy (np. nauk humanistycznych, medycyny), sztuki, kultury; lektoryaty – naukę języków obcych; warsztaty (np. psychologiczne w ćwiczeniu pamięci), szkolenia (np. dla opiekunów osób starszych czy z obsługi komputera), uprawianie twórczości literacko-poetyckiej, pamiętnikarskiej, teatralnej/kabaretowej, plastycznej, tkackiej, działalności wydawniczej, czytelnictwa, wystawy, koncerty, zajęcia taneczne, imprezy sportowo-rekreacyjne, zajęcia ruchowe – gimnastyka, spacer, turystyka, turnusy rehabilitacyjne, wzajemna pomoc, wsparcie, wolontariat, badania profilaktyczne, konsultacje medyczne, psychologiczne i prawne, usługi opiekuńcze, współpraca z dziećmi i młodzieżą, aktywność obywatelska i polityczna, np. konferencje, kongresy, kluby i rady seniorów, Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych, Departament Polityki Senioralnej i Rada ds. Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych, powołana przez Rzecznika Praw Obywatelskich, Parlamentarny Zespół ds. UTW, Sejmowe i Senackie Komisje Polityki Senioralnej czy wreszcie – Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń UTW.

Istotną jest długofalowa skuteczna polityka senioralna wobec wyzwania starzejącego się społeczeństwa, wspieranie i umożliwienie aktywnego i zdrowego starzenia się, samodzielności i niezależności oraz satysfakcjonującego życia mimo pewnych ograniczeń. Polityka ta wymaga: aktywności zawodowej, edukacyjnej, społecznej, kulturalnej, rozwoju opieki geriatrycznej,

usług opiekuńczych, przygotowania do starości poprzez zdrowy styl życia (odżywianie i aktywność fizyczną), wydłużenia aktywności zawodowej, społecznej, obywatelskiej i wolontariackiej, współpracy z organizacjami, instytucjami, poprawiania, pogłębiania relacji i solidarności międzypokoleniowej oraz budowania pozytywnego wizerunku starości, traktowanej jako naturalny etap w życiu, w dużej mierze kreowanym i aktywizowanym przez samych seniorów.

Pielęgniarki zarówno jako coraz bardziej starzejąca się grupa zawodowa, jak i opiekująca się zawodowo-społecznie coraz liczniejszą grupą seniorów, powinny szerzej zainteresować się formami przedłużania aktywności tak społeczeństwa, jak i własnej. Między innymi UTW mogą samymi pielęgniarkom pomóc w oswojeniu się i wchodzeniu w wiek i życie emerytalne, ale także pielęgniarki mogą i powinny brać aktywny udział w różnych formach działalności UTW z korzyścią dla nich samych, jak i pozostałych osób starszych. Tak już jest w wypadku niektórych emerytowanych pielęgniarek. Pierwszym krokiem ku aktywnej starości pielęgniarek powinno być ich zainteresowanie się i udział w pracy Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych prężnie działającego przy naszym samorządzie zawodowym – Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Zapraszamy do aktywniejszego życia!

Źródła informacji wykorzystane dzięki uprzejmości Grażyny Kopki – Członkini Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPIP w Łodzi – aktywnej Seniorce i Słuchaczki UTW:
1. 40 lat ruchu uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce. UTW, Warszawa, 2014;
2. O sposobach mówienia o starości: Debata, Analiza, Przykłady. Rzecznik Praw Obywatelskich. Warszawa, 2014;
3. Panorama Uniwersytecka: Biuletyn Informacyjny Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Fundacja OP UTW, Nr (5) 1/2015.

Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz
mgr piel., specjalista medycyny społecznej i specjalista piel. w dz. ochrony zdrowia pracujących, członek Koła i ZOW PTP oraz Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPIP w Łodzi

Takie inicjatywy na poziomie lokalnym pomagają seniorom nie tylko się rozwijać, ale również przeżywać drugą młodość.

Tyle powyższych informacji z Internetu.

W imieniu Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPIP w Łodzi, przy ul. E. Plater 34 bardzo serdecznie zapraszam na nasze zebrania, które odbywają się w pierwsze poniedziałki miesiąca o godz. 11.00

W liczne korzyści dla emerytek wynikające z działalności Koła nie sposób wątpić. Ponadto można się podczas spotkań wiele dowiedzieć o planowanych dla seniorów w naszym mieście imprezach, np. takich jak wykłady (w październiku zaczynają się zajęcia na uniwersytetach trzeciego wieku, w tym – bardzo interesujące wykłady w ramach Akademii Zdrowego Starzenia się przy CKD), warsztaty, porady, wycieczki, udział w różnorodnych zajęciach edukacyjno-kulturalnych organizowanych również przez wiele innych instytucji i organizacji na terenie Łodzi.

Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz

fot. Zamek w Mosznej



ELŻBIETA KRÓL

Wędrowki śladami Piastów Śląskich

W tym roku przypada 1050. rocznica Chrtu Polski. W dniach 22–23 maja br. pojechaliśmy na Dolny Śląsk – śladem Piastów – założycieli państwa polskiego.

Pierwszy zaplanowany etap zwiedzania to Brzeg Dolny, miasto w województwie dolnośląskim leżące nad Odrą. Prawa miejskie otrzymało w 1663 r. Podczas II wojny światowej mieściła się tutaj filia obozu niemieckiego Gross-Rosen. Więźniów zmuszano do wyniszczającej pracy przy produkcji bojowych środków trujących. Najpiękniejszym zabytkiem w tym mieście jest renesansowy zamek zwany „Śląskim Wawelem”, obecnie Muzeum Piastów Śląskich. Jest to najbardziej znana historyczna ikona piastowskiego Śląska. Średniowieczny gotycki zamek został przebudowany w XVI w. przez architektów włoskich na jedną z najokazalszych rezydencji renesansowych w tej części Europy. Służył on legnicko-brzeskim Piastowiczom (1311–1675) – śląskim potomkom pierwszej polskiej dynastii królewskiej. Po zniszczeniach w 1741 r. został odbudowany w latach 1966–1990. Szczególną ozdobą są zrekonstruowane krużganki dziedzińca, ale też niepowtarzalna w swoim rodzaju brama zamkowa z unikalnym rzeźbiarskim kamiennym portalem i jego galerią 24 popiersi piastowskich królów Polski i książąt śląskich. W 25 salach zamkowych prezentowane są stałe wystawy muzealne, tematycznie związane z przeszłością Piastów śląskich i ich epoką. W podziemiach zamku można oglądać 14 sarkofagów nowożytnych Piastów brzeskich z XVI i XVII w. oraz liczne kamienne epitafia szlachty i mieszczaństwa śląskiego (w XV–XVII w.), a także

repliki dużych średniowiecznych płyt nagrobnych z wypukło rzeźbionymi postaciami Piastów, których oryginały znajdują się w licznych śląskich kościołach. W Brzegu można podziwiać bardzo kunsztownie dekorowane sarkofagi oraz najcenniejsze nagrobki z największych nekropolii piastowskich na Śląsku. Nie mniej atrakcyjne są dwie wystawy w parterowych salach. Na wystawie: „Paradne zbroje i ubiór dworski Piastów Śląskich” prezentowane są 24 zrekonstruowane ubiory Śląskich Książąt z XII–XVII w. Druga wystawa to „Brzeg – 750 lat” – makieta z VII–IX w. grodu kasztelańskiego w Rycynie oraz Brzegu z XVII w. w skali 1:200. Wśród ciekawostek – cisowy łuk z I. połowy XIV w. – jedyny taki eksponat muzealny w świecie. Pierwsze piętro zamku stanowi ekspozycja „Z przeszłości i tradycji Piastów Śląskich”. Są tu liczne i różnorodne eksponaty sztuki, rzemiosła artystycznego, dokumenty historyczne (XI–XX w.), rzeźby i portrety Piastów i ich drzew genealogicznych, meble, militaria, monety, medale, mapy, pergaminowe dokumenty i książęce pieczęcie. Drugie piętro to wystawa „Sztuka śląska z XV–XVIII w.” ze zbiorów Muzeum Narodowego we Wrocławiu. Zgromadzono tu najważniejsze na Śląsku dzieła sztuki malarskiej i rzeźbiarskiej. Wystawę urozmaicają liczne obrazy największego barokowego śląskiego malarza – Michała Leopolda Willmanna (1630–1706). Dwie wystawy dodatkowe, to „Blask lampy naftowej” – prezentacja prywatnej kolekcji 200 naftowych lamp – kunsztownych wyrobów rzemiosła artystycznego najznakomitszych europejskich manufaktur. Druga z tych wystaw: „Malowane dzieje narodowe” – to pokaz monumentalnych dzieł malarskich Jana Styki: „Polonia”, „Bitwa pod Grunwaldem”, „Madonna majowa” oraz Wojciecha Kossaka: „Odwrót Napoleona spod Moskwy” – są to eksponaty od osób prywatnych i z Muzeum Narodowego we Wrocławiu. Perłą tego miejsca jest arkadowy dziedzińiec z krużgankami oraz zamkowy ogród ozdobny.

Dzień Seniora obchodzony jest w kilku wariantach na poziomie globalnym i lokalnym:

- 1 października jako Międzynarodowy Dzień Osób Starszych,
- 20 października jako Europejski Dzień Seniora
- 20 listopada jako Ogólnopolski Dzień Seniora

Wszystkie daty mają jednak wspólny cel: kształtowanie społecznego postrzegania osób starszych oraz podejmowanie wszelkich działań mających na celu zapewnienie im godnego życia. Do najważniejszych zadań należy walka z wykluczeniem osób w podeszłym wieku oraz ułatwienie im dostępu do opieki medycznej, a także do pełnego życia kulturalnego i społecznego.

Obchody zwiastują też nieuchronną rewolucję demograficzną. Obecnie na świecie żyje około 600 milionów osób powyżej 60. roku życia. Szacuje się, że w 2050 roku liczba ta wyniesie 2 miliardy. Starsi ludzie będą zatem pełnić jeszcze większą rolę wychowawczą, a ponadto będą musieli liczyć się z późniejszym odejściem na emeryturę. Dlatego coraz częściej organizowane są rozmaite formy aktywizacji osób w podeszłym wieku: warsztaty, szkolenia, kursy czy koła zainteresowań.

Następnym etapem wycieczki jest Opole – stolica tzw. Zielonego Śląska (Wrocław – jest stolicą Dolnego Śląska, a Katowice – Górnego). Kiedy Warszawa była zaledwie niedużą wsią, Opole posiadało już prawa miejskie. Na rozwój miasta w starożytności wpłynął przebiegający wzdłuż Odry szlak bursztynowy. Obecnie jest to miasto wojewódzkie, ośrodek przemysłu materiałów budowlanych, ma cztery cementownie, ośrodek transportu maszyn, przemysł spożywczy, odzieżowy, drzewny, węzeł kolejowy i port rzeczny. Opole jest stolicą polskiej piosenki. Festiwal organizowany jest tu od 1963 r. Przewodnik prowadzi nas na Wzgórze Uniwersyteckie – 150 m n.p.m. Tutaj mieści się Uniwersytet Opolski – Collegium Maius. Na wschodniej części wzgórza znajduje się Skwer

odbudowy obiektu dokonał syn Huberta – Franz Hubert. Zamek słynie z 99 wież i wieżyczek, 365 pomieszczeń, a otoczony jest przepięknym rozległym parkiem, w którym można podziwiać kilkusetletnie dęby i lipy oraz ponad stuletnie azalie. W pomieszczeniu, gdzie obecnie mieści się kawiarenka, niegdyś przebywali książęta i hrabiowie. Dziś można usiąść przy stolikach na krzesłach o niespotykanych kształtach. Niezwykły nastrój tworzą bogate misterne ornamenty zdobiące boazerię i kolumny, a także wspaniała balustrada schodów prowadzących na wyższą kondygnację. Pomieszczenia ozdabiają girlandy kwiatów i owoców oraz mistyczne postacie, wyrzeźbione w drzewie sandałowym o wyjątkowej barwie. Równie pięknie przyozdobiony jest kominek z jasnego

Następnym etapem wycieczki jest Opole – stolica tzw. Zielonego Śląska. Kiedy Warszawa była zaledwie niedużą wsią, Opole posiadało już prawa miejskie. Na rozwój miasta w starożytności wpłynął przebiegający wzdłuż Odry szlak bursztynowy.

Artystów, gdzie usytuowano kilka współczesnych rzeźb portretowych polskich artystów, których twórczość była związana z Festiwalem Polskiej Piosenki, m.in. Agnieszki Osieckiej, Czesława Niemena, Marka Grechuty, Kabaretu Starszych Panów. Od roku 1885 do budynku Uniwersytetu przylega kaplica św. Wojciecha, która została zbudowana na miejscu baszty obronnej. Legenda głosi, że zbudowano ją po śmierci św. Wojciecha dla uczczenia jego pobytu w Opolu w 997 r. Na dziedzińcu wzgórza jest drewniana studnia, która została ustawiona w 1911 r. dla upamiętnienia cudu św. Wojciecha, kiedy w okresie suszy stuknęła laską i pojawiło się w tym miejscu źródło tryskające wodą. Urokliwym fragmentem miasta jest tzw. „Opolska Wenecja”, która najpiękniej prezentuje się wieczorem. Rzeka Młynówka jest starym korytem Odry i XIX-wieczne kamieniczki, nad nią zbudowane, odbijają się w lustrze wody przypominając pejzaż Wenecji. W Opolu zwiedzamy średniowieczny kościół Podwyższenia Krzyża Świętego. Ma on dwie strzeliste wieże. Historia świątyni sięga 1024 r., kiedy to biskup wrocławski przekazał nowemu kościołowi w Opolu relikwie świętego krzyża. Wtedy to do widniejącego w herbie orła dodano połowę krzyża. Znajduje się tu gotycka chrzcielnica z XV w. i słynny obraz Matki Boskiej Opolskiej oraz sarkofag ostatniego z Piastów – Jana II Dobrego. Opolski rynek to zabytkowa część miasta ze średniowiecznym układem urbanistycznym, zwanym „śląską szachownicą”, oraz ratuszem w centralnej części placu. Ratusz wzorowany na Floreńskim Palazzo Vecchio; jego obecny kształt pochodzi z 1936 r.

Ostatnim etapem pierwszego dnia wycieczki jest Moszna. Zamek – to jedna z najpiękniejszych i najlepiej zachowanych budowli na Opolszczyźnie. Wspaniałe założenie architektoniczne zadziwia każdego oryginalnością kształtu i fantazji dekoracji. Jak głosi legenda, niegdyś zamek był siedzibą zakonu templariuszy. W 1866 r. zamek wraz z posiadłością nabył bogaty przemysłowiec z Górnego Śląska, Hubert von Tiele-Winckler. W 1896 r. pałac spłonął. Gruntownej

kamienia. Jednym z najcenniejszych zabytków zamku jest rzeźbiona z drewna niderlandzka ława (XVI w.). Wspaniałe wnętrze prezentuje jadalnię wspartą na kolumnach, białe ściany i sufit pokrywa ogromna liczba misternych płaskorzeźb przedstawiających mityczne postacie w otoczeniu delikatnych motywów roślinnych i barokowych zdobień. Z okien jadalni wylania się widok na oranżerię w południowej części zamku, zbudowaną pod koniec XIX w. Konstrukcja ze szkła i stali ma kształt podłużnego pawilonu z fantazyjnie łukowatym zwieńczeniem. Gromadzono w niej piękne rośliny z egzotycznych zakątków świata, m.in. palmy oraz kwitnące i owocujące zimą pomarańczowe drzewka; stąd nazwa z francuskiego oranżerie – pomarańczowy sad. Kaplica luterańska pełni obecnie rolę sali koncertowej gromadzącej miłośników muzyki poważnej. Park wokół zamku jest jednym z największych i najpiękniejszych przyzamkowych parków na Śląsku. Ta perła architektury zamkowej oraz uroda parku przyciągają rzesze odwiedzających.

Po trudach zwiedzania pierwszego dnia jedziemy do Nysy. Odpoczywamy w Diecezjalnym Domu Formacyjnym. Rankiem po śniadaniu drugiego dnia wycieczki zwiedzamy Nysę. Spacer prowadzi młody wspaniały przewodnik z ogromną wiedzą nt. historii miasta. Dzięki pięknemu położeniu i wielu zabytkom Nysę nazywa się czasem „Śląskim Rzymem”. Przez kilkaset lat była stolicą księstwa biskupów wrocławskich. Systematycznie otaczana murami i fortyfikacjami ziemnymi w XIX w. Nysa stała się jedną z najpotężniejszych twierdz śląskich. Największym (wysokość nawy to prawie 30 metrów) i najcenniejszym zabytkiem miasta jest gotycki kościół św. św. Jakuba i Agnieszki z XV w. Warto zwrócić uwagę na 19 kutyh krat prowadzących do wspaniałych kaplic. Na wewnętrznych ścianach widać dużo epitafiów. Z kolei kościół św. św. Piotra i Pawła z XVIII w. to jedna z najpiękniejszych barokowych świątyń regionu. Na Starówce przetrwało kilka mieszczańskich kamienic, z których najpiękniejszą jest Dom Wagi z początku XVII w., a w zabudowaniach dworu

biskupiego mieści się interesujące Muzeum Nyskie. Ciekawostkami miasta są fontanna Trytona (1700–1701 r.). Według mitologii był on bóstwem morskim, które musiało grać na muszli, aby wzbudzić i uspokajać fale; zabytkowa studnia – to jedno z najcenniejszych i okazałych zabytków miejskiego rzemiosła artystycznego; zwana jest „Piękną Studnią” i była głównym źródłem wody pitnej do 1880 r., a krata chroniła przed jej zatruciem. Nysa należała do miast-twierdz, którą w Średniowieczu okalały mury obronne z kilkoma basztami: Ziębicą, Wrocławską, Bracką i Celną. W 1618 r. wybudowano wokół miasta wały i fosy. Zwiedzamy bastion św. Jadwigi; jeden z dziesięciu, wchodzących w skład obwołu fortecznego, wzniesiony w 1643 r. W latach 1771–1774 przebudowany;

Zamek w Mosznie – jedna z najpiękniejszych i najlepiej zachowanych budowli na Opolszczyźnie. Wspaniałe założenie architektoniczne zadziwia każdego oryginalnością kształtu i fantazji dekoracji. Jak głosi legenda, niegdyś zamek był siedzibą zakonu templariuszy.

powstały wówczas kazamaty, które w czasie wojny Prus z Francją pełniły rolę koszar wojskowych. W 1870 r. mieścił się tu obóz dla ok. 500 jeńców francuskich. Na murach znajdują się dwie tablice upamiętniające więzionych Francuzów; byli to markiz Marie Joseph w 1794 r. oraz generał Charles de Gaulle wiosną 1916 r.

Kolejnym miejscem zwiedzania jest Paczków, nazywany „Polskim Carcassonne” z uwagi na znakomicie zachowany pierścień murów obronnych okalających centrum. Paczków to malownicze miasteczko Opolszczyzny, z niezwykle bogatą historią i tradycją. Leży w powiecie nyskim, tuż przy granicy z Czechami. Prawa miejskie otrzymał w 1254 r. Cechuje się różnorodnością kultur, architektury i krajobrazu. Zespół staromiejski ze średniowiecznym systemem fortyfikacji znajduje się wśród obiektów wpisanych na listę Pomników Historii. Spacer po „sercu” Paczkowa to prawdziwa lekcja historii – rynkowe kamienice reprezentują styl renesansowy, barokowy, klasycystyczny, a nawet gotycki. Zaletą tego miasta są zabytki kultury, czyste środowisko naturalne – rejon Przedgórze Sudeckiego, Góry Złote, Jezioro Otmuchowskie, Zalew Paczkowski, Jezioro Nyskie – to znakomite miejsca do wypoczynku i rekreacji. Kościół p.w. Matki Boskiej Nieustającej Pomocy, to pierwotnie kościół protestancki, wybudowany w 1902 r. Neogotycka budowla z wypalanej cegły. Kościół p.w. Jana Ewangelisty góruje nad kameralnym centrum miasta. Potężna budowla uchodzi za najsłynniejszy kościół warowny w Europie Środkowej i książkowy przykład gotyckiej architektury sakralnej. Zwieńczona obronnym grzebieniem attyka, nakryta nietypowym dla świątyni płaskim dachem – bryła paczkowskiego kościoła przypomina bardziej zamek lub twierdzę niż miejsce religijnego kultu. Wieże obronne i regularny owal obronnych murów, o długości około 1200 m, wzniesiono z kamieni łamanych. W ich ciągu występują cztery bramy wjazdowe: Kłodzka, Ząbkowicka, Nyska oraz Wrocławska, która jest najokazalsza i stanowi obiekt widokowy. Zwiedzamy charakterystyczny dla Paczkowa Dom Kata.

Obecnie znajduje się tu Centrum Informacji Turystycznej. Dom ten został zbudowany prawdopodobnie w XVIII w. Obecnie stanowi miejską „izbę pamięci”, w której znajdują się stałe ekspozycje historycznych eksponatów, pamiątek i archiwalnych materiałów dotyczących Paczkowa. O tym historycznym mieście z wielkim entuzjazmem opowiadał spacerujący z nami Dominik – młody mieszkaniec należący do szkolnego Koła Historycznego.

W czasie wędrowki poznałyśmy także niezwykle miejsce, jakim jest Henryków – wieś, w której mieści się Opactwo Cystersów. Obiekty te przesiąknięte są historią. Pierwsze wzmianki pochodzą z 1222 r. Opactwo tego zakonu składa się z klasztoru, kościoła, zabudowań gospodarczych, ogrodów

i parku. Historia Opactwa, tworzona przez osiem wieków, stanowi niezwykle ważny element dziedzictwa kulturowego Dolnego Śląska.

Ostatnim etapem wędrowki są Wojsławice. Jest to filia ogrodu botanicznego Uniwersytetu Wrocławskiego. W arboretum rośnie około 10 000 gatunków i odmian roślin. Ogród ma certyfikat Display Garden (ogród pokazowy – tłum. E.M.-P.). Znajduje się tu Narodowa Kolekcja rododendronów. Spacer po tym kolorowym ogrodzie to uczta dla oczu. Przepiękne rośliny różnych kształtów, kwiaty w niezliczonej gamie kolorów. Cały ogród położony jest na górzystym terenie, a rośliny tworzą kaskady kolorów i kształtów. Nad krzewami kwiatów górują drzewa, poniżej – rośliny niskopiennne. Dróżki tworzą labirynt, po którym wędrujemy upajając się pięknem przyrody. Wszystkie rośliny oznaczone są tabliczkami z nazwą polską i łacińską. Wśród roślin znajdujemy sędziwego „staruszka”. Jest to pomnik – kilkusetletni cis pospolity, należący do najwolniej rosnących drzew iglastych (w Polsce najstarszy okaz rośnie w Henrykowie Lubańskim i ma około 1300 lat). Na terenie arboretum znajduje się skansen maszyn i narzędzi rolniczych i ogrodniczych oraz wyposażenie dawnych izb wiejskich.

Upojone pięknem tego miejsca wsiadamy do autokaru i wracamy do domu drogą ekspresową S8, łączącą Wrocław z Łodzią. Żegna nas z prawej strony Jezioro Otmuchowskie – zbiornik na Nysie Kłodzkiej, który ma najdłuższą w Polsce 6-kilometrową zaporę ziemną, a z lewej strony – Góra Ślęza (Sobótka), mająca 718 m n.p.m. Wieziemy ze sobą ogrom wrażeń wyniesionych z tego historycznego zakątka naszego kraju, przekazanych nam przez wspaniałych przewodników zakochanych w swoich miastach. Byłyśmy w miejscach, gdzie przed wiekami chodził św. Wojciech, patron kościoła w Polsce.

maj–wrzesień 2016

Elżbieta Król
Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych
przy OIPIP w Łodzi

W dniu 21 sierpnia 2016 r. odeszła od nas w wieku 54 lat pielęgniarka

śp. Małgorzata Bończak

Odszedł od nas Człowiek Wielkiego Serca i wyjątkowej skromności.
Osoba niezwykle przyjacielska i wrażliwa, opiekuńcza i otwarta na ludzi i świat.
Trudno jest żegnać kogoś na zawsze, kto jeszcze mógł być z nami.

Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarki Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Salowe
oraz Koleżanki i Koledzy ze Szpitala Powiatowego w Łowiczu



Nic pewniejszego od śmierci.
Nic bardziej niepewnego od jej godziny.”

Z ogromnym smutkiem żegnamy zmarłą nagle w wieku 51 lat
naszą koleżankę

śp. Joannę Pyrkę

Asia ukończyła Studium Medyczne w Kozienicach. Od 1987 roku pracowała w Instytucie CZMP.
Z wielkim oddaniem i profesjonalizmem opiekowała się małymi pacjentami. Była bardzo dobrą pielęgniarką, rzetelną,
cierpliwą, przepełnioną empatią. W stosunku do współpracowników koleżeńska, bezinteresowna, zawsze gotowa
służyć radą i pomocą. Asia była osobą ambitną o pięknym wnętrzu, rozległych zainteresowaniach,
osobą kochającą życie, ciekawą świata i ludzi.

Droga Asiu, odeszłaś tak niespodziewanie i Twoje odejście przepełniło nas wielkim smutkiem.
Twój czas na ziemi dany od Boga już się skończył, ale pozostaniesz w naszej pamięci i naszych sercach na zawsze.

Koleżanki i Koledzy z Instytutu CZMP

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 1 września 2016 roku odeszła nasza Koleżanka
– wieloletni członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – Oddziału Łódzkiego

śp. Joanna Pyrka

Asiu... Jako osoba szlachetna, zawsze pomocna innym, życzliwa i uśmiechnięta...
taka pozostaniesz na zawsze w naszych sercach i w naszej pamięci...

Koleżanki i Koledzy z PTPAIO w Łodzi

W dniu 15 września 2016 roku odeszła od nas

śp. Anna Kotwasińska

była Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii WSS im. M. Pirogowa w Łodzi

„Człowiek jest wielki nie przez to, co ma, nie przez to, kim jest, lecz przez to, czym dzieli się z innymi”

Z głębokim smutkiem i żalem żegnają Koleżankę
Zespół Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Pielęgniarka Naczelna i wszyscy pracownicy WSS im. M. Pirogowa w Łodzi

**WYZWANIA
WSPÓŁCZESNEGO
PIELĘGNIARSTWA
– TRANSKULTUROWOŚĆ**

21.10.2016, Łódź

Komisja Kształcenia Promocji i Rozwoju Zawodu w zakresie swoich zadań planuje organizację cyklu konferencji szkoleniowych przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych.

Wielokulturowość w obecnych czasach jest bardzo istotnym zagadnieniem zwłaszcza w aspekcie migracji różnych grup społecznych. Różnice w funkcjonowaniu na różnych płaszczyznach pomiędzy osobami, które przybywają z zewnątrz a tymi, które stale funkcjonują w danej kulturze i regionie nasuwają wiele dylematów dotyczy to również obszaru pielęgniarstwa.

Planowana konferencja ma na celu przybliżenie problemu wielokulturowości zarówno w dziedzinie podstawowej opieki zdrowotnej jak i pielęgniarstwa klinicznego oraz aspektów etycznych i prawnych z tym związanych.

Chcemy również zająć się problematyką wielokulturowości w aspekcie opieki nad pacjentem sprawowanej przez personel medyczny.

Konferencja odbędzie się dnia 21 października 2016 r. w siedzibie

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34.

Początek spotkania o godz. 9.00, zakończenie około 15.00.

Zachęcamy do udziału w organizowanej przez nas konferencji.

Udział w konferencji jest bezpłatny.

Termin składania kart zgłoszeniowych w biurze OIPIP w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34

do dnia 15 października 2016 r.

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W KONFERENCJI

„Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa – transkulturowość”

Kartę należy wypełnić drukowanymi literami. Karta z nieczytelnymi lub niepełnymi danymi nie podlega kwalifikacji

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi ul. E. Plater 34

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko		
Zawód		Stanowisko
Miejsce pracy/nazwa zakładu Adres		
e-mail		Tel. kontaktowy
Adres zamieszkania		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w celu realizacji zgłoszenia.

.....
data i podpis uczestnika

Data wpływu zgłoszenia do biura OIPIP:

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie: