

# Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

## Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

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

## Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

## Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

## Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk  
tel. 42 633 22 48

## Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

## Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

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

## Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak  
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca  
w godz. 15.30–17.00

## Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska  
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00–18.00  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 315

## Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

## Konto bieżące OIPiP

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

## Prawo wykonywania zawodu

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

## Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
tel. 42 639 92 62  
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 032  
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062  
mgr Elżbieta Zapieraczyńska – 42 639 92 62

## Biblioteka OIPiP

wtorek: 11.00–17.30; środa: 10.00–15.00; czwartek: 8.30–15.00  
piątek: 10.00–15.30  
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

## Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

## Mecenas

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

## Kasa

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

[www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl)

# W NUMERZE:

**SERWIS INFORMACYJNY** 3

**DZIAŁ PRAWNY** 6

**TEMAT MIESIĄCA** 11

**PRAKTYKA ZAWODOWA** 16

**SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE** 19

**GŁOS ZE ŚRODOWISKA** 21

**PODZIĘKOWANIA** 23

**POŻEGNANIA** 24

Biblioteka OIPiP nieczynna w dniach 2–19 maja 2014 r.

Książki należy oddawać w Sekretariacie lub pokoju 316.

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. 42 633 69 63 w. 315; fax 42 633 68 74;  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl



Drogie Koleżanki i Koledzy

Przed nami czas wakacji i urlopów, który zbliża się wielkimi krokami a także nowe cele i plany. Świat w którym żyjemy stawia przed nami nowe cele i wyzwania, ale po drodze mamy miesiąc maj – najważniejszy miesiąc w roku dla zawodu Pielęgniarek, Pielęgniarzy i Położnych, gdyż jak co roku 8 maja obchodzimy Dzień Położnych, 12 maja Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek a 26 maja mają swoje święto wszystkie mamy.

Z okazji tych świątecznych dni należy w szczególny sposób zwracać uwagę na fakt, iż zawód pielęgniarki i zawód położnej to zawody szczególnego zaufania społecznego, które mają wieloletnią tradycję i są zarówno sztuką jak i nauką, posiadającą głęboki wymiar etyczny. Każda pielęgniarka i położna przy udzielaniu świadczeń medycznych, sprawując profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim według najlepszej wiedzy przeciwdziała cierpieniu, zapobiega chorobom, współuczestniczy w procesie terapeutycznym, niesie pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.

Pielęgniarki/rze i położne/ni powinni okazywać szacunek pacjentom, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać

tajemnicy zawodowej. Strzec godności zawodowej a do koleżanek i kolegów odnosić się z szacunkiem i życzliwością i tak jak w swoim wierszu mówiła Wisława Szymborska tak pielęgniarki i położne wielokrotnie w sposób „niemożliwy, trudny, warty próby” podejmują wyzwania wytyczane przez współczesną medycynę pokazując, iż to od nas w wielu przypadkach zależy jaki będzie efekt procesu leczenia pacjenta i jak wiele od nas zależy ale często o tym się nie mówi. Jednak uśmiech chorego za sprawowaną opiekę i pielęgnację, radość rodziców z nowo narodzonego dziecka nie zastąpi żadnej nagrody bo przecież zawód pielęgniarki i zawód położnej jest powołaniem.

**Z okazji Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz własnym życzę Państwu satysfakcji z wykonywanej pracy. Niech w każdym dniu towarzyszy Państwu świadomość, że dobro dla drugiego człowieka i okazane serce zawsze znajdują uznanie. Życzę Państwu zdrowia, wytrwałości i spełnienia życiowych planów zarówno osobistych jak i zawodowych. Życzę tolerancji oraz byśmy wzajemnie darzyli się życzliwością dla wspólnego i innych dobra.**

Z poważaniem  
Przewodnicząca ORPiP  
Agnieszka Kałużna



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek obchodzony jest na całym świecie 12 maja w rocznicę urodzin Florence Nightingale. ICN każdego roku upamiętnia ten ważny dzień hasłem przewodnim. Tegoroczne hasło brzmi:

### **Pielęgniarki: Siła dla zmian – istotne źródło informacji dla zdrowia**

W tym uroczystym dniu pragniemy wyrazić szacunek dla wszystkich Pań i Panów wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarza, podkreślając ważną rolę w niesieniu pomocy pacjentom i potrzebującym. To pielęgniarki/pielęgniarze stanowią najliczniejszą grupę zawodową, wykonującą szczególnie zawód zaufania publicznego. Szczególny, bo wymagający wyjątkowych predyspozycji, które kształtują wizerunek ochrony zdrowia.

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki oraz Dnia Położnej życzymy wszystkim w życiu prywatnym radości i spełnienia, w pracy zaś – satysfakcji z realizowania misji zawodowej, uznania ze strony przełożonych, dobrych relacji z kolegami i wspólnego osiągania założonych celów. Cierpliwość i życzliwość jaką wykazujecie w kontakcie z chorymi oraz doświadczenie zawodowe, niech będą drogowskazem do kreowania ścieżek kariery zawodowej, prestiżu, samozadowolenia i określenia preferowanego systemu wartości.

Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi

### **XXVII Prezydium ORPiP (26 marca 2014 r.)**

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki i 1 pielęgniarza.

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 3 położne.

► Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.

► Wpisano położną do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.

► Wydano nowy dokument o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.

► Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.

► Rozpatrzono dwa wnioski w sprawie przerwy wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej – po uzupełnieniu wniosków skierować na przeszkolenie, zgodnie zobowiązującymi zasadami przeszkolenia na podstawie udokumentowanego stażu na danym stanowisku pracy.

► Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: kursach kwalifikacyjnych – 23 osobom, kursach specjalistycznych – 8 osobom, symposium – 1 osobie. Odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych: brak udokumentowania okresu dwóch lat opłacania składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi przed złożeniem wniosku.

► Przyznano pomoc finansową – zapomogę w wysokości: 1 x 2 000 zł i 2 x 2 500 zł. Odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych: brak sytuacji losowej dotyczącej członka samorządu, zdarzenie nie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego.

► Wyrażono zgodę na udział pielęgniarki w kursie specjalistycznym organizowanym i finansowanym z budżetu ORPiP w Łodzi ze względu na wolne miejsca na danej edycji kursu.

► Zatwierdzono:

- koszty udziału 4 członkom komisji problemowych ORPiP, Komisji: Kształcenia, promocji i rozwoju zawodu oraz Opieki długoterminowej, w dwóch konferencjach.

- koszty zakupu do zbiorów biblioteki ORPiP 11 nowych tytułów pozycji książkowych.

- koszty weryfikacji rejestrów pielęgniarek i położnych prowadzonych przez ORPiP w Łodzi.

- sfinansowanie opracowania dokumentacji i przeszkolenia pracowników Biura w zakresie zarządzania bezpieczeństwem informacji danych osobowych w biurze ORPiP w Łodzi.

- kadre dydaktyczną dla 10 edycji kursów organizowanych i finansowanych z budżetu ORPiP w Łodzi, w zakładach i w ORPiP w Łodzi.

- skład osobowy komisji kwalifikacyjnych i komisji egzaminacyjnych dla 2 kursów specjalistycznych organizowanego przez ORPiP na terenie zakładu oraz komisje egzaminacyjne – egzamin wewnętrzny 2 szkoleń specjalizacyjnych realizowanych w ramach umowy z MZ.

- honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie ORPiP nr 3/2014.

- Powołano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 ordynatora oddziału.

- Wytypowano przedstawicieli do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej odbywających się u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego w Łodzi, dla 2 kursów kwalifikacyjnych i 1 kursu specjalistycznego.

### **XXVII ORPiP (8 kwietnia 2014 r.)**

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 10 pielęgniarek i 1 pielęgniarza.

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położnej.

► Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.

► Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.

► Wymieniono dokument o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.

► Przyjęto oświadczenia o zamiarze powrotu to wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej: 1 pielęgniarki, 1 pielęgniarza i 1 położnej.

► Dokonano wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki wykonywanej w przedsiębiorstwie.

► Dokonano zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki wykonywanej w miejscu wezwania.

► Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: kursach kwalifikacyjnych – 24 osobom. Odmówiono przyznania dofinansowania 1 osobie ze względów regulaminowych: pielęgniarka nie jest członkiem ORPiP w Łodzi.

► Przyznano pomoc finansową – zapomogę w wysokości 2500 zł. Odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych: brak sytuacji losowej

► Dokonano podsumowania realizowanych przez ORPiP szkoleń specjalizacyjnych w ramach umowy z MZ.



- ▶ Zatwierdzono:
  - koszty zakupu zestawów komputerowych, programów i licencji do biura OIPiP, zgodnie z zatwierdzonym budżetem na rok 2014.
  - wyrażono zgodę na udział 3 pielęgniarek i 3 położnych w 2 kursach kwalifikacyjnych i 2 kursach specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi, pod warunkiem wolnych miejsc na danej edycji kursu.
  - powołanie komisji do wydawania opinii w sprawie planowanych do wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przesyłanych przez podmioty lecznicze.
  - plany pracy na 2014 rok 2 komisji problemowych OIPiP.
  - umowy najmu budynku i dzierżawy gruntu na nową siedzibę OIPiP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34.

- dofinansowanie do kosztów organizowanych 2 konferencji w czerwcu 2014 r. przez OIPiP oraz komisje problemowe OIPiP (komunikaty w Biuletynie Nr 4 i Nr 5).
- powołano skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa onkologicznego, program dla pielęgniarek, organizowanego w Radomsku a finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi.
- kadrę dydaktyczną dla 4 edycji kursów specjalistycznych organizowanych w zakładach pracy i OIPiP w Łodzi a finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli do 17 komisji, w tym 2 komisji kwalifikacyjnej i 15 komisji egzaminacyjnych odbywających się u 3 organizatorów kształcenia podyplomowego.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – Sekretarz

## Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie obowiązku zgłaszania przypadków przemocy w rodzinie przez personel medyczny oraz podejrzeń o popełnieniu przestępstwa do organów ścigania

W wyniku nowelizacji Kodeksu Karnego (k.k.) dokonanej ustawą z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz ustawy – Kodeks postępowania karnego, uchylony został art. 205 k.k. przewidujący wnioskowy tryb ścigania przestępstw Przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Powyższa zmiana prawna spowodowała, iż stosowanie przemocy seksualnej oraz gwałt jest przestępstwem ściganym z urzędu.

Wobec powyższego, gdy personel medyczny (w szczególności lekarze, pielęgniarki, położne) udzielając świadczeń medycznych stwierdza, że zachodzi podejrzenie, iż ma do czynienia z ofiarą przemocy seksualnej, powinien przekazać powiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do prokuratury lub powiadomić policję.

W sytuacji badania ofiary gwałtu w podmiocie leczniczym, personel medyczny powinien podjąć współpracę z Policją w procedurze zabezpieczenia śladów, przy użyciu zestawu kryminalistycznego. Postępowanie z użyciem dostarczonego przez policję zestawu kryminalistycznego umożliwi zabezpieczenie dowodów przestępstwa przed ich utratą. Procedura zabezpieczenia dowodów ma na celu identyfikację sprawcy oraz dochodzenie sprawiedliwości na drodze sądowej.

Przypomnienia wymaga również stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie obowiązku zgłaszania przypadków przemocy w rodzinie przez personel medyczny. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. 2005, Nr 180, poz. 1493) stanowi, iż osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora.

Ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie określa procedura pod nazwą „Niebieskie Karty”. Została ona ustanowiona rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz. U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1245). Uzupełnianie „Niebieskich Kart” jest elementem udzielanego świadczenia, w trakcie którego lekarz bądź inny pracownik medyczny może dostrzec objawy świadczące o stosowaniu przemocy. Brak podejmowania przez Państwa działań w ramach procedury „Niebieskie Karty” oznacza utrzymanie się zagrożenia dla zdrowia bądź życia pokrzywdzonych.

Dlatego zwracam się do wszystkich pracowników ochrony zdrowia o postępowanie zgodnie określonymi procedurami zarówno w przypadku udzielania pomocy medycznej ofiarom przemocy seksualnej jak i ofiarom doświadczającym przemocy w rodzinie.

Do Państwa należy udzielanie niezbędnych świadczeń medycznych ofiarom przestępstwa oraz zgłoszenie podejrzenia o popełnieniu przestępstwa do organów ścigania.

Formularz niebieskiej karty dostępny jest stronie Rządowego Centrum Legislacji pod adresem: [dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2011/wydanie/209/pozycja/1245](http://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2011/wydanie/209/pozycja/1245)

Dodatkowych informacji w sprawie niniejszego komunikatu udziela Departament Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia – tel. 22 530 03 21 22 530 03 83, e-mail [dep-md@mz.gov.pl](mailto:dep-md@mz.gov.pl) lub [j.kujawa@mz.gov.pl](mailto:j.kujawa@mz.gov.pl)

## Spotkanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa

Dnia 3 kwietnia odbyło się spotkanie konsultantów wojewódzkich pielęgniarstwa. Spotkania odbywają się cyklicznie raz na kwartał na zaproszenie Przewodniczącej ORPiP Agnieszki Kałużnej. Na bieżącym zebraniu obecni byli m.in. nowo mianowani konsultanci w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego mgr Halina Gmaj-Budziarek i mgr Bogusława Dolecka w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego. Dnia 1 marca obie Panie otrzymały akty powołania na stanowisko konsultanta wojewódzkiego od Pani Wojewody Łódzkiego Jolanty Chełmińskiej.

Pani Bogusława Dolecka Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego jest pielęgniarką oddziałową na Oddziale Urologii i Transplantacji Nerek Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi. Magister pielęgniarstwa oraz specjalistka z pielęgniarstwa chirurgicznego.

Pani Halina Gmaj-Budziarek Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego zajmuje stanowisko pielęgniarki naczelnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki

Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 im. M. Konopnickiej w Łodzi. Magister pielęgniarstwa oraz specjalistka z pielęgniarstwa pediatrycznego.

mgr Halina Gmaj-Budziarek  
SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny  
Nr 4 im. M. Konopnickiej UM w Łodzi  
91-738 Łódź, ul. Sporna 36/50

mgr Bogusława Dolecka  
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital  
im. M. Pirogowa w Łodzi  
Oddział Urologii i Transplantacji Nerek  
90-531 Łódź, ul. Wólczajska 195



Na zdjęciu od lewej: mgr Halina Gmaj-Budziarek, mgr Bogusława Dolecka, mgr Barbara Mucha, dr n. o zdr. Maria Cianciara, dr n. med. Bogusława Rudnicka, mgr Agnieszka Kałużna (przewodnicząca ORPiP), dr n. o zdr. Anna Skura-Madziala, mgr Grażyna Kowalska, mgr Ewa Kozłowska-Sychniak



# Ocena ryzyka zawodowego na stanowisku pielęgniarki na oddziale intensywnej terapii i bloku operacyjnym cz. 2

mgr JOANNA GAŚSIOROWSKA

W poprzednim numerze Biuletynu przedstawione zostały treści ogólne dotyczące oceny ryzyka zawodowego, jakie należy określić u pracownika na stanowisku pracy. Dla przykładu poniżej przeprowadzona ocena ryzyka na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej pracującej na oddziale intensywnej terapii i bloku operacyjnym. Przed przystąpieniem do oszacowania ryzyka zawodowego należy:

## 1. Zidentyfikować zagrożenia na stanowisku pracy

### 1.1. Czynniki niebezpieczne

- zagrożenia elementami ruchomymi i luźnymi;
- zagrożenia elementami ostrymi i wystającymi (ostre elementy narzędzi, zły stan narzędzi medycznych, wystające elementy regałów, mebli itp.);
- zagrożenia spowodowane właściwościami fizycznymi materiału (śliskie powierzchnie, ciężar, ostre krawędzie);
- zagrożenia związane z przemieszczaniem się ludzi (zastawione drogi komunikacyjne, szerokość dróg niedostosowana do środków transportu pacjentów i sprzętu);
- zagrożenie porażenia prądem (nieodpowiednia lub niesprawna instalacja elektryczna, stosowanie niesprawnych i nieskutecznych ochron przeciwporażeniowych, stosowanie uszkodzonych narzędzi i urządzeń o napędzie elektrycznym);
- zagrożenie poparzeniem na skutek zbyt wysokiej temperatury lub zbyt niskiej temperatury (gorące urządzenia sterylizacyjne, łatwopalne środki anestetyczne – gazy, ciepłarki, podgrzewacze przepływowe do krwi, płynów infuzyjnych i fizjologicznych);
- źle umocowany sprzęt lub aparatura medyczna daje możliwość urazów: głowy, nóg, stóp poprzez spadające przedmioty;
- zagrożenie pożarem lub wybuchem (butle z gazami anestetycznymi, tlenem);
- podnoszenie ciężarów: pacjenci, sprzęt medyczny, leki (płyny infuzyjne) – możliwość wystąpienia nagłego zespołu bólowego pleców, wypadnięcie lub przemieszczenie krążka międzykręgowego itp.

### 1.2 Czynniki uciążliwe i szkodliwe

#### 1.2.1 Czynniki fizyczne:

- mikroklimat
- nieprawidłowe oświetlenie
- ultrafioletowe, laserowe

- pole elektromagnetyczne
- pole elektrostatyczne
- pyły, gazy anestetyczne

#### 1.2.2. Czynniki chemiczne

- kontakt bezpośredni z niezidentyfikowanymi, rozlanymi, rozsypanymi, wyciekającymi substancjami chemicznymi
- opary i gazy uwalniane w procesie mieszania nieznanymi substancjami
- mydła detergenty, środki do dezynfekcji
- aerozole płynów myjących i czyszczących
- lateks, nityl, silikon (rękawiczki, dreny, cewniki itp.)

#### 1.2.3. Czynniki biologiczne

- Możliwość zakażenia w wyniku kontaktu bezpośredniego z:
- krwią, płynami ustrojowymi i tkankami zakażonych pacjentów;
  - mikroorganizmy chorobotwórcze – możliwość zakażenia w wyniku kontaktu bezpośredniego z hospitalizowanym pacjentem;
  - mikroorganizmy chorobotwórcze przenoszone drogą naruszenia ciągłości tkanek: wirusy HBV, HCV wirus HIV i inne.

#### 1.2.4. Czynniki psychofizyczne

- Obciążenie fizyczne:
- statyczne (długotrwałe napięcie mięśni spowodowane długim utrzymaniem przedmiotów w tej samej, wymuszonej pozycji);
  - dynamiczne (podnoszenie i przemieszczanie pacjentów sprzętu, aparatury itp.);
  - obciążenie psychiczne – stres, praca zmianowa, ciągły kontakt z cierpieniem i śmiercią, praca pod presją czasu (stany zagrożenia życia).

## 2. Opisać stanowiska pracy

**2.1. Obszar stanowiska pracy:** sale chorych, sala operacyjna, pracownia diagnostyczna (rentgenowska, tomograf komputerowy, endoskopia, rezonans magnetyczny), gabinety zabiegowe, sanitariaty. Wymogi pomieszczeń:

- powierzchnia pokoi łóżkowych powinna wynosić: pokoju 1-łóżkowego minimum 20 m<sup>2</sup>, sali wielołożkowej minimum 18 m<sup>2</sup> na 1 łóżko;

- przejście między stanowiskami: 0,75 m dla ruchu jednokierunkowego, 1 m dla dwukierunkowego;
  - drogi transportowe niemniej niż 1,2 m;
  - wentylacja mechaniczna ogólna, miejscowa w zależności od potrzeb;
  - podłoga równa, nieśliska, bez progów między pomieszczeniami;
  - wysokość minimum 3 m, jeśli występują w pomieszczeniu środki szkodliwe;
  - ściany pomieszczeń łatwo zmywalne i umożliwiające dezynfekcję;
  - oświetlenie naturalne boczne 1 m<sup>2</sup> okna na 8 m<sup>2</sup> podłogi;
  - oświetlenie sztuczne 300 lx, miejscowo przy badaniach 500 lx;
  - temperatura minimum 18 stopni;
  - pomiary czynników szkodliwych wykonywane zgodnie z zakresem ustalonym przez inspekcje sanitarną;
  - powierzchnia pracy dla 1 pracownika minimum 2 m<sup>2</sup> wolnej powierzchni niezajętej przez urządzenia;
  - łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.
- Izolotka składa się z:
- pomieszczenia pobytu pacjenta;
  - pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta, wyposażonego w: umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią i dodatkowo w dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
  - płuczkę – dezynfektor basenów i kaczek, lub macerator;
  - urządzenie do dekontaminacji;
  - służby umywalkowo-fartuchowe pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną.

## 2.2. Wyposażenie – stanowisko pracy pielęgniarki anestezjologicznej

### 2.2.1. Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii:

- elektryczne urządzenie do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż 2 w oddziale;
- sprzęt do pomiaru rzutu serca – co najmniej 1 na cztery stanowiska intensywnej terapii;
- aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego – co najmniej 1 na osiem stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ;
- bronchofiberoskop – co najmniej 1 na oddział;
- sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego – co najmniej 1 na oddział;
- przyłóżkowy aparat rentgenowski – co najmniej 1 na oddział;
- defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca – co najmniej 1 na oddział;
- respirator transportowy – co najmniej 1 na 5 stanowisk.

### 2.2.2. Wyposażenie stanowiska intensywnej terapii:

- łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwoleżnowym;

- respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21–100 proc.;
- źródła elektryczności, tlenu, powietrza i próżni;
- zestaw do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym;
- sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym co najmniej 6 pomp infuzyjnych;
- kardiomonитор;
- pulsoksymetr;
- kapnograf;
- aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
- sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi;
- materac lub inne urządzenie od aktywnej regulacji temperatury pacjenta;
- fonendoskop.

### 2.2.3. Wyposażenie stanowiska znieczulenia:

- aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym; aparaturę anestezjologiczną stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc wyposaża się także w: alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym, alarm rozłączenia w układzie oddechowym, urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania, urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych;
- worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe;
- źródło tlenu, powietrza i próżni;
- urządzenie do ssania;
- zestaw do intubacji dotchawiczej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami;
- defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji – co najmniej 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną;
- wyciąg gazów anestetycznych;
- zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym;
- znormalizowany stolik (wózek) anestezjologiczny;
- źródło światła;
- sprzęt do dożylnego podawania leków;
- fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy;
- aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
- termometr;
- pulsoksymetr;
- monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych;
- kardiomonитор;
- kapnometr;
- monitor zwiotczenia mięśniowego – 1 na stanowisko znieczulenia;
- monitor gazów anestetycznych – 1 na stanowisko znieczulenia;
- sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi;
- urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych;
- urządzenie do ogrzewania pacjenta – co najmniej 1 na 3 stanowiska znieczulenia;
- sprzęt do szybkich przetoczeń płynów;
- sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów;
- co najmniej 3 pompy infuzyjne.

### 2.2.4. Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego:

- wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii;
- defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji;
- respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21–100 proc. – co najmniej 1 na salę nadzoru poznieczuleniowego;
- stanowiska nadzoru poznieczuleniowego:
- źródło tlenu, powietrza i próżni,
- aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
- monitor EKG,
- pulsoksymetr,
- termometr;
- elektryczne urządzenia do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska nadzoru poznieczuleniowego;
- zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

### 2.2.5. Pozostałe wymagania

Na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapewnia się dodatkowo przyłóżkowy aparat usg, aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych oraz zestaw do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia, jakim są „trudne drogi oddechowe”. W skład zestawu wchodzi co najmniej:

- laryngoskop z łopatką z łamanym zakończeniem;
- rękojeść krótka;
- maski krtaniowe w różnych rozmiarach;
- przewodnica długa i sprężysta (typ bougie);
- przewodnica światłowodowa lub wideolaryngoskop;
- rurki ustno-gardłowe;
- rurka krtaniowa;
- zestaw do konikopunkcji;
- zestaw do tracheotomii.

Aparatura anestezjologiczna stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc powinna być wyposażona ponadto w: alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym; alarm rozłączenia w układzie oddechowym; urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania; urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych.

Centralne stanowisko pielęgniarskie powinno spełniać zadania rejestracyjne i administracyjne, i być wyposażone w terminale łączności wewnętrznej i alarmowej, terminal komputerowy, centralne stanowisko monitorowania pacjentów.

### 2.3. Czynności wykonywane przez pielęgniarkę na stanowisku pracy

Pielęgniarka jest pracownikiem systemu ochrony zdrowia, posiadającym wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, której praca polega na wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz edukacji zdrowotnej w wymienionych, realizowanych zakresach świadczeń, jest to osoba wyspecjalizowana w pracy na sali hemodynamiki i elektrofizjologii

### 3. Metoda oceny ryzyka zawodowego na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej

Ocenę ryzyka na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej przeprowadzono matrycową metodą jakościową szacowania ryzyka według polskiej normy PN-N 18002. Szacowanie następstw i prawdopodobieństwa ryzyka odbyło się w skali trójstopniowej dla każdego zagrożenia.

Zależności od wartości prawdopodobieństwa i stopnia utraty zdrowia przez osobę poszkodowaną (ciężkości następstw) ryzyko może być: małe lub średnie – takie ryzyko można uznać za dopuszczalne, natomiast ryzyko niedopuszczalne to ryzyko – duże.

Przy szacowaniu ryzyka przyjmuje się również podane poniżej kryteria, prawdopodobieństwa zaistnienia zdarzenia:

- mało prawdopodobne to następstwa zagrożeń, które nie powinny wystąpić podczas całej aktywności zawodowej pracownika
- prawdopodobne to te następstwa zagrożeń, które mogą wystąpić nie więcej niż kilkakrotnie podczas aktywności zawodowej pracownika
- wysoce prawdopodobne to te następstwa zagrożeń, które mogą wystąpić wielokrotnie podczas aktywności zawodowej pracownika

Ważne jest również określenie ciężkości występujących następstw: mała – urazy i choroby, które nie powodują długotrwałych dolegliwości i absencji w pracy, średnia – urazy i choroby, które powodują niewielkie, ale długotrwałe lub nawracające się dolegliwości i są związane z krótkimi okresami absencji, i duża – urazy i choroby, które powodują ciężkie i stałe dolegliwości lub śmierć.

### 4. Określić wymagania ogólne (patrz tab. 1)

### 5. Karta oceny ryzyka zawodowego na stanowisku pielęgniarki w oddziale szpitalnym wg PN-N 18002:2000. (patrz tab. 2)

mgr Joanna Gąsiorowska  
Auditor Systemu Zarządzania BHP PN-N 18001

#### Legenda:

**C – ciężkość następstw**  
M – mała, S – średnia, D – duża

**P – prawdopodobieństwo**  
MP – mało prawdopodobne,  
P – prawdopodobne  
WPR – wysoce prawdopodobne

**R – ryzyko**  
D – duże, Ś – średnie, M – małe,  
D – ryzyko dopuszczalne  
ND – ryzyko niedopuszczalne

WZW – wirusowe zapalenie wątroby

Tabela 1. Określić wymagania ogólne

	Przed dopuszczeniem do pracy	Tak
Szkolenie w zakresie BHP	Instruktaż ogólny	Tak
Badanie lekarskie profilaktyczne	Instruktaż stanowiskowy	Tak
	Szkolenie okresowe	Tak
	Wstępne	Tak
	Okresowe	Tak
Uprawnienia	Wiek i wykształcenie	Tak
	Instrukcje stanowiskowe,	Tak
	Procedury i standardy medyczne określające zasady bezpiecznej pracy w środowisku skażonym czynnikami biologicznymi ( WZW, HIV)	Tak
Organizacja pracy	Szczepienia ochronne	Tak
	Oznakowanie stref niebezpiecznych	Tak
	Podczas wykonywania prac związanych z narażeniem na działanie czynników biologicznych a w szczególności WZW, HIV.	Tak
	Przeciwno WZW B	Tak
	Wtedy gdy będą przekroczone stężenia lub natężenia czynników biologicznych	Tak

Tabela 2. Karta oceny ryzyka zawodowego na stanowisku pielęgniarki w oddziale szpitalnym wg PN-N 18002:2000.

Źródło zagrożenia	Zagrożenie	Możliwe skutki	C	P	R	D	Profilaktyka
Stanowisko pracy (dużo sprzętu, przewody luźno leżące na podłodze, wysokie regały, wąskie przejścia)	Uderzenie, upadek	Potłuczenia złamania, urazy wewnętrzne, zranienia	Ś	WPR	Ś	D	Ład i porządek na stanowisku pracy, zgodnie z zasadami ergonomii Stosowanie odpowiedniego obuwia, Zakryte kable zasilające i uporządkowane Właściwe umieszczenie sprzętu na stanowisku pracy, ciężkie przedmioty nisko.
Narzędzia z napędem elektrycznym (przebiecia, zwarcia)	Porażenie prądem elektrycznym	Porażenie	Ś	P	Ś	D	Stosowanie sprawnych ochron p/porażeńiowych Stosowanie sprawnych narzędzi, urządzeń, przedłużaczy Kontrola stanu izolacji przewodów Przestrzeganie instrukcji obsługi sprzętu
Drogi komunikacyjne i ewakuacyjne (zatarasowane przejścia, progi w drzwiach, przemieszczanie się po schodach)	Upadek, uderzenie	Potłuczenia, złamanie, urazy głowy					Drogi komunikacyjne bez progów Utrzymanie porządku na drogach komunikacji wewnętrznej Stosowanie mat przeciwślizgowych na schodach
Ręczne urządzenia transportowe (wozki do przemieszczania pacjentów, materiałów)	Upadek składowanego materiału, przygnięcie, uderzenie, oblanie	Potłuczenia, zranienia, poparzenie	M	P	M	D	Stosowanie sprawnego sprzętu do transportu ręcznego Korzystanie z pomocy współpracowników.
Narzędzia i sprzęt medyczny (igły, ostra, ampułki itp.)	Zakłucie się ostrym przedmiotem, narażeniem	Uklucia Skaleczenia	M	PR	M	D	Zachowanie ostrożności Stosowanie się do procedur medycznych Ograniczenie poślęchu



Źródło zagrożenia	Zagrożenie	Mozliwe skutki	C	P	R	D	ND	Profilaktyka
Środowisko zakażone czynnikami biologicznymi Gr. 2 i 3 (pacjent, pościel, łóżko)	Schorzenia organizmu spowodowane czynnikami biologicznymi, w tym wirusami HBV, HCV, HIV	Wirusy: HAV, HBV, HCV, Wirus HIV Choroby skóry, Gruźlica itp.	Ś	P	Ś	D		Ścisłe przestrzeganie procedur medycznych Stosowanie odzieży ochronnej i ochron osobistych w tym odzieży jednorazowego użytku Wyposażenie pomieszczeń w środki i sprzęt umożliwiające dezynfekcję sprzętu, narzędzi itp. Stosowanie przez pracowników środków czystości Stosowanie sprzętu jednorazowego użytku.
Środowisko chemiczne (w tym leki, cytotatyki anestetyczne), środki dezynfekcyjne	Schorzenia organizmu, reakcja alergiczna	Uzulenienia, podrażnienia w tym oczu, skóry, dróg oddechowych zatrucia ostre i przewlekłe, oparzenia chemiczne, rozwój komórek rakowych, bóle głowy, wpływ środków na układ rozrodczy.	Ś	PR	Ś	D		Stosowanie środków ochrony osobistej i odzieży ochronnej stosowanie do wymaganych przepisów Przechowywanie środków chemicznych w oryginalnych opakowaniach Stosowanie wymaganych zabezpieczeń w miejscach szczególnego narażenia (wyciągi) Stosowanie przez pracowników właściwie dobranych środków dezynfekcyjnych.
Urządzenia i aparatura medyczna	Uszkodzenia ciała spowodowane działaniem ultradźwięków i wibracji	Niedokrwienie ograniczonej części ciała z powodu uszkodzenia drobnych naczyń krwionośnych, zmiany zwyrodnieniowe dotyczące stawów nadgarstkowych i łokciowych, zaburzenia czucia, bóle kończyn rąk i nóg, osłabienie, zawroty głowy, bezsenność.	M	P	M	D		Stosowanie środków ochrony osobistej Zastosowanie środków zmniejszających wielkość drgań poniżej NDN Rotacja pracowników na stanowisku z tymi urządzeniami Zastosowanie elementów i układów izolujących i eliminujących drgania.
Urządzenia do sterylizacji i dezynfekcji	Mikroklimat gorący	Omdlenia, wyczerpanie, udar, odwodnienie organizmu	M	M	M	D		Używanie odzieży o małej termoizolacyjności (bawełniana) Zapewnienie napoi pod względem zawartości soli mineralnych Zastosowanie odpowiedniej wentylacji.
Środki chemiczne szczególnie łatwopalne stosowane do znieczulenia, gazy medyczne w butlach	Oparzenia	Poparzenie termiczne ciała	M	P	M	D		Zachowanie ostrożności Utrzymanie autoklawu w dobrym stanie technicznym zgodnie z DTR (przeeglądy, konserwacja)
Podnoszenie i przemieszczanie pacjentów	Urazy ciała śmierć nawet kilku osób.	Pożar, poparzenia, zatrucia, śmierć zniszczenia mienia spowodowane wybuchem np. butli z gazem	D	P	Ś	D		Stosowanie się ściśle do procedur medycznych o ppoż Wentylacja miejscowa usuwająca opary oraz wentylacja ogólna pomieszczenia Stosowanie środków ochrony osobistej (maski, odzież) Pomiary środowiska pracy Przechowywanie środków łatwopalnych w miejscach wyznaczonych.
Kontakt z podopiecznymi, współpracownikami, przełożonymi, praca zmianowa, ciągły kontakt z cierpieniem i śmiercią, praca pod presją czasu.	Przeciążenie narządu ruchu	Urazy kręgosłupa, mięśni, ścięgien, bóle mięśniowe, zwyrodnienia kręgosłupa.	Ś	PR	Ś	D		Ergonomiczne wyposażenie stanowisk pracy Pomocniczy sprzęt do pracy przy pacjencie (łatwoślizgi, rolki do przesuwania pacjentów, podnośniki) Korzystanie z pomocy współpracowników Szkolenia pracowników w zakresie sposobów prawidłowego podnoszenia, przemieszczania pacjentów.
	Obciążenia emocjonalne stres, wypalenie zawodowe.	Bezsenność, nerwice, psychozy. Choroby układu krążenia (zawał, nadciśnienie tętnicze, arytmia) Choroby układu pokarmowego (ból żołądka, biegunki) Zaburzenia miesiączkowania. Zmiany w zachowaniu (nadużywanie używek, objadanie się, unikanie kontaktów z ludźmi)	Ś	P	Ś	D		Właściwe określenie zakresu obowiązków, regulaminu pracy. Zapewnienie przez kierownictwo odpowiedniej atmosfery pracy.

## Czy znamy i rozumiemy istotę pielęgniarstwa?

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

Mniej lub bardziej hucznie 12 maja każdego roku obchodzimy Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki pamiętając, że tego dnia urodziła się prekursorka naszego zawodu – Florencja Nightingale.



**K**im była „lady z lampą”, żyjąca w latach 1820–1919? Dlaczego do dziś jej porady, kierowane do opiekunów pacjentów, nie straciły na znaczeniu, pozostając ponadczasowe? Spróbujmy odpowiedzieć sobie na te pytania poznając wybrane poglądy samej Florencji Nightingale. Ta „panienka z dobrego domu” bardzo wiele w życiu widziała (liczne podróże) oraz przeżyła (zwiedzanie i praca w szpitalach). Do końca swojego długiego życia pozostała świetną obserwatorką i przewodniczką dla tych, którzy chcą zapewnić choremu człowiekowi profesjonalną opiekę. Jak prawie nikt z jej ówczesnych – Florencja Nightingale potrafiła prawdziwie po ludzku interesować się i wczuwać w sytuację podopiecznych i zdroworozsądkowo dostrzegać ścisły związek między samopoczuciem, zdrowiem i chorobą pacjenta a otoczeniem i postawą jego opiekunów.

Mimo trudnych do wyobrażenia warunków panujących w ówczesnych szpitalach, zawsze pamiętała o podstawowych zasadach postępowania – niekrzywdzenia i czynienia dobra przez w pełni zaangażowanych opiekunów – oraz o tym, że każdy chory cierpi zarówno fizycznie, jak i psychicznie. I to przekonanie było podstawą jej troski wspartej wielką wrażliwością na potrzeby chorego.

Samodzielnie i jakże trafnie określała warunki zdrowego otoczenia. Doceniała to, o czym zapominamy niekiedy i dzisiaj – rolę czystości, w tym powietrza (twierdząc, że w domu, w którym panuje zaduch pojawią się choroby), światła (niezdrowym domem jest dom ciemny, pozbawiony słońca). Ba, podkreślała nawet znaczenie widoku z okna dla stanu chorego. Spoglądanie przez niego w okno, choćby na skrawek słonecznego nieba, ma duży wpływ na proces zdrowienia. Podobnie nawet takie „drobiazgi”, jak otaczająca pacjenta zieleń/rośliny, kolory czy obrazy (co jakiś czas zmieniane) urozmaicają monotonię codziennego i całonocnego pobytu w łóżku.

Florencja Nightingale zwracała uwagę na wszystko, choćby na to, że należy dbać o odpowiednie ułożenie poduszek, by ciężko chory leżał na poduszce a nie ona na nim. Celem jest bowiem podparcie poduszkami dolnych części pleców, aby umożliwić barkom swobodne odchylenie do tyłu i zapobiec opadaniu głowy do przodu. Dla pielęgniarki, zwłaszcza nie-dbałej i obojętnej, to może drobiazg, ale nie dla nieopuszczającego łóżka chorego, który również musi mieć zapewnioną czystość całego ciała, zmienianą pozycję, świeże powietrze, światło, ciepło i ciszę. Dbająca o wszystkie aspekty pielęgnowania Florencja Nightingale pisała:

Pacjent pozostawiony sam sobie, nawet w czystym, higienicznym pałacu, może wykrwawić się na śmierć. Inny, który nie może samodzielnie się poruszać, może umrzeć z powodu odleżyn, mimo że ma zapewnione wszystko, co niezbędne – świeże powietrze, światło i ciszę, ponieważ pielęgniarka nie umie zapewnić mu czystości czy zmiany pozycji ciała. (...) I naprawdę, można zachować większą czystość mając szklankę gorącej wody i szorstki ręcznik niż całe wyposażenie do kąpieli z mydłem i gąbką, ale bez ścierania w czasie mycia naskórka.

Florencja Nightingale podkreślała szkodliwość wszelkiego hałasu. Przestrzegła, by nigdy nie budzić pacjenta z jego pierwszego snu, bezpośrednio po zaśnięciu. Sen jest niezwykle ważny i należy ograniczać wszelką zbędną krzątaninę wokół pacjenta przygotowanego już do snu. Często pielęgniarki są źródłem hałasu, którym może być nie tylko rozmowa pod drzwiami pokoju pacjenta (a nawet niepokojący go szepot w jego obecności), ale i ciężki krok (w dodatku w drewniakach! – E.M.P.), szuranie stopami, meblami, sprzętem, trzaskanie drzwiami (w tym skrzypiącymi), potrząsanie, a nawet samo dotykanie łóżka, na którym leży pacjent – zawsze bardzo źle



to znoszący. By to zrozumieć, trzeba wczuć się w położenie pacjenta w dodatku zdanego na źle zorganizowaną, zapomniana, nerwowo kręcącą się wokół pielęgniarkę.

Na czym, według Florencji Nightingale, polegała odpowiedzialność opiekuna? Na jego dobrej organizacji pracy, tak aby pacjent ani przez chwilę nie pozostał/nie odczuwał braku niezbędnej opieki pielęgniarki. To wyobrażenie sobie przez nią, co się dzieje z chorym w czasie jej nieobecności i zadbanie o uspokojenie go, pełnego obaw o to, że pielęgniarka jest nieobecna, zapomniała o czymś, choćby o poinformowaniu/uprzedzeniu go, że gdy jej zabraknie – będzie ktoś inny, kto zawsze służy informacją, znajdzie chwilę na rozmowę, by rozproszyć obawy (pozostawionego sobie) pacjenta. Odpowiedzialność to nie tylko jak najlepsze wykonywanie swoich zadań, ale to także zadbanie o to, by nawet w razie nieobecności danej pielęgniarki wszystko zostało realizowane równie dobrze przez równie spokojną, niespieszącą się, zdecydowaną i uprzejmą inną pielęgniarkę. Pielęgniarkę odpowiedzialną, która zawsze – choćby to było bardzo trudne – znajdzie czas na to, by usiąść i skoncentrować się na rozmowie/wysłuchaniu pacjenta, nad którym nie powinna stać (zwłaszcza poza polem jego widzenia), na którego nie powinna patrzeć z góry (dosłownie i w przenośni – przyp. E.M.P.) czy zmuszać go do długiego stania, stałego podnoszenia oczu i do którego nie może mówić (a tym bardziej krzyczeć i nie tylko pielęgniarka! – E.M.P.) nagle, zza pleców, z tyłu, stojąc przy drzwiach, z pewnej odległości czy kiedy jest on czymkolwiek zajęty. Odpowiedzialna pielęgniarka nigdy nie pozwoli na to, by pacjent musiał powtarzać informacje o sobie i swoje prośby.

Co to znaczy być dobrą obserwatorką, którą to cechę bardzo ceniła u pielęgniarki Florencja Nightingale? To na przykład nieufanie ocenie stanu chorego w trakcie ożywionej z nim rozmowy/wizyty odwiedzających, a sprawdzenie jego sytuacji w jakiś czas po tej rozmowie czy wysiłku. Dobra pielęgniarka nie pyta chorego o samopoczucie; ona sama widzi fakty a nie opinie. Należy pamiętać, że pytania ogólne, naprowadzające i sugerujące („czy miał pan dobrą noc?”) zawsze dostarczają ogólnych i niedokładnych odpowiedzi („dobrą/złą, bo spałem kilka godzin”). Bez nawyku rzetelnej obserwacji pielęgniarka będzie bezużyteczna, mimo całego poświęcenia, troskliwości, dobroci i oddania pracy. Florencja Nightingale mówiła: „Jeśli nie możesz wyrobić w sobie nawyku dokładnej obserwacji, to lepiej zrezygnuj z pielęgniarstwa”. Pielęgniarka musi odróżniać indywidualne zachowanie pacjentów. Jeden znosi swoje cierpienie samotnie, jak najmniej zajmując swoją osobą innych. Drugi nieustannie się użala i skarży, żądając zawsze czyjegoś współczucia i obecności przy sobie. Pielęgniarka musi ze zwiększoną uwagą obserwować osłabionego pacjenta, gdyż on jej nic nie powie... „Co to za pielęgniarka, która sama nie może zaobserwować zmian u ciężko chorego?” – pytała Florencja Nightingale. „Celem skutecznej obserwacji nie jest gromadzenie różnych informacji o dziwnych osobliwych faktach, ale dobro ratowanego życia i poprawa zdrowia oraz wygody/komfortu pacjenta... Jak wielu ludzi praktycznie zachowuje się jak naukowcy, którzy traktują pacjenta, jakby jego chore ciało było zbiornikiem do umieszczania leków, a chirurgicz-

na choroba tylko ciekawym przypadkiem”. Pielęgniarka nie powinna sama, a także nie pozwolić innym na lekkie traktowanie, bagatelizowanie zagrożeń i „pocieszanie” chorego. Dawanie nadziei, których spełnienia chorzy nie mogą już oczekiwać, męczy ich i niepokoi, dowodzi braku zrozumienia i współczucia nawet u pielęgniarki, nie wspominając o jego gościach. Cierpienia chorych są spowodowane m.in. brakiem uprzejmości, życzliwości, dobroci, współczucia, zrozumienia itd. i znikną wraz ze wzmożonym zainteresowaniem. Radość, przyjemność może sprawić choremu opowiadanie treści pogodnej lektury, miła wiadomość/historia z życia (ale nie plotki). Najlepszym towarzyszem dla siebie są dzieci i chorzy ludzie. „Pacjenci nie chcą, żebyś płakała i użalała się nad nimi, lecz nie mogą znieść roztargnienia, nieuwagi, obojętności i są już bardzo zmęczeni radami, moralizowaniem, prawieniem im kazań” – zapewniała Florencja Nightingale.

Jaka powinna być pielęgniarka? Między innymi zwięzła i stanowcza w wypowiedziach, zdecydowana, nieokazująca wątpliwości (pozostaw je sobie), ograniczająca czas oczekiwania pacjenta na informację, zabieg, nieokazująca pośpiechu ani powolności. Ponadto punktualna, opanowana, ćwicząca samokontrolę i wyobraźnię – choćby przez porównanie stanu psychicznego chorego z własnym po nieprzespanej nocy i bez możliwości wypicia filiżanki herbaty. Ostrożna, np. karmiąc ciężko chorego delikatnie dotyka jego ust łyżką, by go nie udusić podając mu pokarm nagle, bez uprzedzenia. Przestrzegająca stałych, punktualnych pór posiłków, nigdy nie pozostawiająca napoczętego posiłku przy pacjencie, nierozmawiająca z nim podczas karmienia. Florencja Nightingale pisała:

...„codzienne zarządzanie dużym oddziałem szpitalnym przy znajomości ludzkich praw życia i śmierci oraz zasad dotyczących zachowania zdrowia na oddziałach (a oddziały są zdrowe i niezdrowe w zależności przede wszystkim od wiedzy i nieuctwa pielęgniarki)... czyż takie problemy pielęgniarstwa nie są wystarczająco ważne i trudne, aby wymagały nauki przez praktyczne doświadczenie i staranne badanie dokładnie tak samo jak każda inna sztuka? Czy jest nam potrzebne aż przyrzeczenie/powołanie, by utwierdzić nas w przekonaniu, że nasze skłonności, prawdziwa potrzeba na/uczenia się, opanowania jakiejś sztuki, zwłaszcza sztuki miłosierdzia, miłości bliźniego, współczucia, czynienia dobra jest jedyną, najbardziej słuszną, właściwą, przemyślaną i nic ani nikt nie wzbudzi w nas odrazy, wstrętu, obrzydzenia... Każda pielęgniarka powinna być osobą godną zaufania, na której można polegać, dyskretna, poważna, zrównoważona, trzeźwa i uczciwa, powinna być kobietą współczującą, oddaną, zdolną do poświęceń, musi szanować swoje powołanie, zawód, bo życie ludzkie jest bardzo często dosłownie w jej rękach... Musi być zdrowa, rozsądna, ponadto – dokładną obserwatorką, a jednocześnie kobietą delikatną i wrażliwą, przestrzegającą zasad etyki... A także poszukiwać sposobów radzenia sobie z własnym zmęczeniem i wyczerpaniem”.

Opracowano na podstawie tłumaczenia książki Florencji Nightingale „Uwagi o pielęgniarstwie” (pierwotnie opublikowanej w 1859 r.), wydanej w Polsce przez „Elsevier” w 2011 r.



## Tradycje i symbolika w zawodach pielęgniarki i położnej

mgr ELŻBIETA JAROS

*Przeszłość zachowana w pamięci jest częścią teraźniejszości*  
Tadeusz Kotarbiński

**M**aj czas zieleni, słońca, śpiewu ptaków i nasze święto – Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki – chyba nie bez znaczenia obchodzony w tym pełnym uroku miesiącu (12 maja urodziła się Florencja Nightingale).

Wydaje mi się, że wiele koleżanek w dniu 12 maja wraca myślami do wspomnień, jak to było, jak jest i pewnie jak będzie... Ja w tym roku wróciłam pamięcią do tradycji i symboliki naszego zawodu, która była dla mnie zawsze bardzo cenna i ważna. Dziś mówię ciagle głośno swoje zdanie, że czepek był pięknym prestiżem zawodowym. Do tych refleksji i przemyśleń przyczyniła się również uroczystość czepkowania pielęgniarki i położnej, która odbyła się w dniu 23 listopada 2013 roku w Uniwersytecie Medycznym. Informacja o tym wydarzeniu dała mi wspomnieniowy obraz, jak bardzo dla mnie i moich bliskich był to ważny moment... i jak mało pamiętam o historii symboli i znaczeniu tradycji w naszym zawodzie. Dlatego pozwolę sobie podzielić się zdobytymi informacjami w powyższym temacie.

### Mundur pielęgniarski

W ujęciu historyczno-symbolicznym to zestaw odzieży zawierający czepek, fartuch, najczęściej fartuch biały krzyżowy, trzewiki profilaktyczne, pelerynę sukieną. Jest ściśle powiązany ze strojem kobiecym obowiązującym w danym okresie historycznym lub z habitem zakonnym. W dostępnych pozycjach literatury znajduje się wzmianka z okresu wczesnego chrześcijaństwa: np diakonisy, sprawujące funkcje opiekuńczo-pielęgnacyjne zaczęły nosić jednakową odzież i jednakowe nakrycia głowy. Wzory mundurów zmieniały się na przestrzeni czasu i były zawsze odzwierciedleniem zmieniających się trendów mody w tym zakresie. Dokładny opis stroju pielęgniarskiego pochodzi z początku XVII wieku. Siostry szarytki ze świeckiego Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia założonego przez Wincentego Paulo w 1633 roku nosiły suknie koloru szarego z szerokimi rękawami,

głowę okrywały białymi chustkami. W Ameryce mundur pielęgniarski obowiązywał w ostatnim ćwierćwieczu XIX stulecia, został zaprojektowany w 1876 roku w szpitalu w Bellevue.

W Polsce strój pielęgniarski pojawił się na początku XX wieku i był wzorowany na mundurach pielęgniarek amerykańskich. Składał się z bawełnianej sukienki z długimi rękawami (krótki rękaw to lata późniejsze) z uszywnionym kołnierzykiem, mankietami. Do pracy zakładano fartuch z bawełny bez rękawów, typu krzyżak, czepek, obuwie na płaskim obcasie, pończochy w kolorze obuwia. Uzupelnieniem stroju była peleryna sięgająca do połowy uda. Niektóre szkoły wprowadzały stroje według własnych projektów, czego przykładem była Szkoła Pielęgniarek PCK w Poznaniu, Szkoła Pielęgniarek przy Szpitalu Starozakonnym w Warszawie (1923 r.), Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie (1925 r.).

Pojawiły się również zapisy dotyczące wzoru munduru dla pielęgniarki:

- 21.02.1935 r. – zapis w Ustawie o pielęgniarstwie „Minister ustala w drodze Rozporządzenia wzory mundurów pielęgniarskich”.
- 1961 r. – MZIOS wydało regulamin szpitalny, w którym znajduje się zapis dotyczący umundurowania pielęgniarek i położnych.
- 1971 r. – zarządzenie MZIOS w sprawie munduru pielęgniarskiego.
- 1977 r. – zarządzenie MZIOS wymienia skład umundurowania pielęgniarek: czepek, sukienka, ubranie dwuczściowe, fartuch krzyżakowy, fartuch biały, trzewiki.
- 1990–1995 – zastępowanie munduru pielęgniarskiego odzieżą ochronną zgodną z obowiązującymi przepisami.

Rewolucyjne zmiany nastąpiły w końcu XX wieku. Dopuszczono noszenie przez pielęgniarki w czasie pracy garsonki i garniturów. Na zmiany w stroju pielęgniarki miały wpływ: doświadczenia zawodowe, potrzeba poprawy funkcjonalności, wiedza o zakażeniach, tendencje w modzie kobiecej. Zmodyfikowano kołnierz, długość munduru i rękawów w celu zmniejszenia zabrudzeń, ułatwiając mycie rąk. Obowiązującym elementem wyposażenia do munduru stał się zegarek z sekundnikiem, nożyczki z zaokrąglonymi końcówkami noszone w kieszeni.



Stefania Wołynka autorka „Pielęgniarstwa ogólnego” zwracała uwagę na potrzebę noszenia obuwia profilaktycznego i zegarka, ale przypiętego do mundurka oraz zwracała uwagę na nie noszenie biżuterii w czasie pracy.

Wzór munduru galowego wg Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego pielęgniarki/pielęgniarskiego zaprezentowany został po raz pierwszy podczas X Kongresu Pielęgniarek Polskich w dniu 13 maja 2010 r. w Ciechanowie (Stanowisko XV Krajowego Zjazdu PTP z dnia 28 listopada 2009 r.).

Mundur galowy pielęgniarki i położnej

1. Czepek biały z czarnym (dla pielęgniarek) lub czerwonym (dla położnych), poziomym paskiem o szerokości 2,5 cm.
  2. Garsonka w kolorze popielatym, spódnica prosta o długości 2 cm poniżej zgięcia kolanowego, żakiet lekko dopasowany, zapinany na guziki, rękaw długi, prosty, 3 kieszenie wszywane, kołnierz i mankiety proste, nakładane szerokość 10 cm z usztywnionego materiału w kolorze białym.
  3. Rajstopy beżowe.
  4. Obuwie czarne, stabilne, kryte, eleganckie, obcas do 5 cm wysokości.
  5. Peleryna granatowa, dłuższa od spódnicy o 2 cm.
  6. Rękawiczki białe.
- Mundur galowy męski:
1. Garnitur w kolorze popielatym.
  2. Koszula biała.
  3. Krawat granatowy.
  4. Obuwie – półbuty, czarne, eleganckie.
  5. Peleryna granatowa, długości do połowy łydki.
  6. Rękawiczki białe.

### Czepek pielęgniarki

Biały jak skrzydła anioła,  
To wasza nagroda za służbę,  
Rzecz w znaczeniu duża,  
Jak dla króla korona.  
„Dlaczego na głowie czepek masz?”  
Wy odpowiec: „To symbol nasz”.

Aleksandra Jędras  
Absolwentka msz w Lublinie, ul. Słowicza 5

Czepek pielęgniarki i położnej jest nakryciem głowy barwy białej owalnego kształtu z poziomym paskiem 2,5 cm, czarnym dla pielęgniarek, czerwonym położnych. Dawniej pełnił funkcje ochronne (zabezpieczał włosy), ale stanowił także element stroju wielu żeńskich zgromadzeń zakonnych. Współcześnie ma znaczenie symboliczno-informacyjne. Pierwsze czepki okalały całą głowę, chroniły przed kurzem, ich kształt często ulegał zmianom, natomiast kolor zawsze był biały. Po raz pierwszy czepki pojawiły się w 1876 roku w szpitalu w Bellevue (USA), w Polsce nieco później wraz z powstaniem Szkoły zawodowych pielęgniarek Stowarzyszenia Panien Ekonomek św. Wincentego Paulo w Krakowie w 1911 roku. Był to okrągły czepek z niewielkim wyłogiem, który w celach reprezen-

tacyjnych okrywany był granatowym welonikiem. Czepki późniejszych szkół różniły się detalami: wysokością wyłogów, ich zakończeniem np. zaostrome, zaokrąglone, wywinęte, zwężone. Kiedyś komunikowały o przynależności do danej szkoły i były przedmiotem dumy.

Z czepkiem wiązały się kolejne wydarzenia, jak uroczystość czepkowania i paskowania, ale o tym w kolejnej części artykułu. Teraz natomiast kilka informacji dotyczącej znaczenia aksamitki na czepku i jej historia.

Absolwentki miały prawo do noszenia na czepkach aksamitnego szerokiego paska, pielęgniarki czarnego, natomiast położne – czerwonego, dietetyczki niebieskiego. Aksamitka podobnie jak w wojsku, symbolizowała rangę osoby w zawodzie – określała uczennicę, pielęgniarkę dyplomowaną. Pochodzenie czarnego paska – aksamitki było utożsamiane ze zdarzeniem, które miało miejsce we Francji, kiedy to Katarzyna Medycejska, królowa Francji, w dowód wdzięczności przyznała prawo noszenia aksamitnego kapturka położnej Lurysie Bourgeois Dousier. Noszenie aksamitki na białym czepku związane jest z przywilejem noszenia aksamitnego kapturka.

Pismo okólne MZ z dnia 8 lutego 1950 roku zawierało zapis: pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarek lub złożyły państwowy egzamin, mogą nosić na czepku pasek szerokości 2 cm w kolorze czarnym (położne – czerwonym, dietetyczki – niebieskim). Dnia 12 grudnia 1990 r. stanowiskiem I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych uchylono konieczności noszenia czepka jako identyfikatora zawodu, a zgodnie ze stanowiskiem XV Krajowego Zjazdu PTP czepek pielęgniarski stanowi element stroju galowego pielęgniarki.

W znaczeniu symbolicznym czepek pielęgniarki i położnej oznaczał pokorę, chęć służenia innym. Ostatecznie przyznano mu rolę symbolu i zastąpiono znaczkiem miniaturowym czepkiem noszonym w kłapie munduru. Ma znaczenie refleksyjne – wyzwala myślenie oparte na idei humanizmu.

### Lampka Nightingale



Jest międzynarodowym symbolem pielęgniarek, towarzyszącym największym uroczystościom. Jest kopią zapalanej lampki oliwnej, która towarzyszyła jej pielęgowaniu rannych żołnierzy w czasie wojny krymskiej. Jej stylizowany wizerunek jest symbolem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Symbol lampki oznacza opiekę pielęgniarską jako źródło niezawodności, życzliwości, ciepła niezależnie od pory dnia. Nawiązuje do osoby twórczyni współczesnego pielęgniarstwa.

W białej szacie powołania na cienkiej linie między dwoma światami kaganek niesie w dłoniach kiedy rodzi się życie gdy ból i cierpienie nieznanne wyroi niebo tak bliskie strudzona rozświetla twarz płomieniem nadziei gasi smutki.

Bronisław Skiba, Tychy

### Ceremonie w zawodzie

#### Czepkowanie

Uroczystość zawodowa organizowana jako oznaka pierwszego stopnia wtajemniczenia zawodowego, na której uczennice szkół pielęgniarskich otrzymywały białe czepki pielęgniarskie bez paska. od kiedy się odbywały:

- 1911 – pierwsze czepkowania w szkole w Krakowie
- 1961 – inny model uroczystości czepkowania połączony z reformą szkolnictwa i utworzeniem liceów medycznych
- 2000 – zastąpienie czepka metalową przypinką do munduru.

#### Paskowanie

Uroczystość w czasie której zakładano aksamitkę o szerokości 1 cm poprzecznie wzdłuż wyłogu czepka pielęgniarskiego, było to nawiązanie do historii paska jako oznaki wysokiej jakości opieki.

Czepek jak i założony na nim pasek była informacją o stopniu wtajemniczenia zawodowego, wyzwalały pozytywne emocje, poczucie własnej wartości wynikające z kolejnych etapów kształcenia.

#### Ślubowanie

Była to uroczysta przysięga absolwentek szkół pielęgniarskich dotycząca przestrzegania norm kodeksu etyki pielęgniarskiej, miała też swoją historyczną ewaluację:

- 1893 – została opracowana pierwsza przysięga im. F. Fightingale
- 1938 – pierwsze ślubowanie w szkole Pielęgniarstwa PCK w Warszawie, tekst ten był zatwierdzony przez MZios.
- 1973, 2003 – przyjęcie kolejnych wersji Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarek i położnych i w raz z nim tekstu przyrzeczenia w ramach uchwał Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Ślubowanie obligowało do wdrażania w praktyce pielęgniarskiej zasad etyki, odnoszenia się pielęgniarek do zasad zawartych w kodeksie i wyciąganie konsekwencji w sytuacji nieprzestrzegania ich.

Ceremoniom zawodowym pielęgniarek i położnych towarzyszył Hymn pielęgniarski. To uroczysta pieśń pochwalna opiewająca wzniosłe idee i zacie czyny pielęgniarek. Najczęściej utwór czterowrotkowy. Był on wielokrotnie modyfikowany w zakresie słów jak i melodii.

- 1935 – napisane zostały słowa i melodia przez Jana Kiełarskiego
- 1948 – hymn został odtworzony przez D. Zachaczewską-Sobolewską
- 1962–1971 – słowa i muzyka hymnu zostały zaadoptowane przez Okrąglak-Lisowską oraz Chamerskiego.

Hymn Danuty Sobolewskiej zyskał uznanie środowiska i wszedł na stałe do jego tradycji, jako ważny element pielęgniarskiego zawodowego ceremoniału. Z czasem zaczęły pojawiać się jego nieco różniące się lokalne odmiany, a w ślad za nimi twierdzenia o wielokrotnych zmianach tekstu, a nawet o jego wielu autorach.

Ostatni autoryzowany tekst hymnu ukazał się w 1999 r. w wydanych we Wrocławiu wspomnieniach Danuty Sobolewskiej.

W środowisku pielęgniarskim od 1966 r. szerzej znana jest inna wersja tekstu, z nieznacznymi zmianami wprowadzonymi najpewniej przez warszawską pielęgniarkę Małgorzatę Lisowską (Okrąglak-Lisowską).

Natomiast w 1989 r. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego zatwierdził „Hymn pielęgniarek”, którego treść obowiązując aktualnie.

Wykonywanie hymnu miało znaczenie integracyjne z zawodem, tworzyło więzi z zawodem poprzez jednoczenie się przez wspólne śpiewanie lub słuchanie jego muzyki.

Wizerunek pielęgniarki, rola symboli i tradycji zawodowych poddawane są ciągłej weryfikacji pokoleniowej ale cytatem którym zakończę artykuł wnoszę nie zmienne tradycje i symbolikę zawodu:

Nie ma jutra bez dzisiaj. Dzisiejszy dzień jutro będzie dniem wczorajszym. A ten to już historia. Znajomość własnych korzeni daje poczucie przynależności więzi, dumy, poczucie tożsamości zawodowej. Inspiruje i dodaje sił do pracy na rzecz rozwoju profesji.

Krystyna Wolska-Lipiec

#### Literatura:

1. Łukasz K. *Materiały pomocnicze do organizowania tradycyjnych uroczystości zawodowych w szkołach pielęgniarskich i położnych*. CKMŚKM. Warszawa 1983 r.
2. Maksymowicz A. *Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1977 r.
3. Bernat K., Charzyńska M. *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2010 r.
4. Żukowska T. *Zarys historii średniego szkolnictwa medycznego na Lubelszczyźnie*. PTP. Lublin 1999 r.
5. Florkowska M. *Radość dawania. Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach*. Wydawnictwo Świętego Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej.
6. www.wmpp.org.pl/
7. www.nursinghistory.org
8. www.mirekw.com/zdrowie/pielęgniarki/wiersze

Źródła opisu munduru galowego stanowią następujące opracowania:

1. Pierwsza wersja wnioskowego projektu: D. Zarzycka i B. Ślusarska. AM Lublin.
2. Uzupełnienia i uwagi: K. Łukasz-Paluch. Członek Komisji Historycznej przy Zarządzie Oddziału PTP w Katowicach.
3. Wolska-Lipiec K. Przewodnicząca Głównej Komisji Historycznej przy ZG PTP, Iwona Kowalkowska Członek Komisji Historycznej przy ZG PTP, Wanda Marszał Członek Koła Liderów.
3. Kaniewska-Iżycka J. *Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950*. cz. II. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Warszawa 1989, s. 9–10.
4. Łukasz-Paluch K. *Biuletyn ZG PTP 5/IX/89*. Warszawa 1989, s.14–15.



# Zagrożenia psychospołeczne na stanowisku pracy pielęgniarki a wsparcie psychologiczne

mgr DOROTA BORKIEWICZ

*Nic lepszego dla człowieka, niż żeby jadł i pił,  
i duszy swej pozwałat zażywać szczęścia przy swojej pracy*

Król Salomon

Zagrożenia psychospołeczne definiuje się jako każdy rodzaj bodźca/sytuacji, który oddziałuje na człowieka na drodze mechanizmów psychologicznych, powodując szkodę w postaci zakłóceń w dobrym funkcjonowaniu i zaburzeń zdrowia. Ryzyko związane z czynnikami psychospołecznymi to prawdopodobieństwo, że ujawni się potencjał szkodliwości i możliwy zakres szkód wywołanych przez te czynniki.

W jednej z pierwszych publikacji poświęconych psychospołecznym aspektom środowiska pracy zaproponowano podział czynników psychospołecznych obecnych w pracy na trzy kategorie:

- czynniki związane z organizacją pracy,
- warunki pracy,
- rodzaj pracy.

Każdy z tych czynników w mniejszym lub w większym stopniu może spowodować u człowieka obciążenie psychoenergetyczne. Zgodnie z literaturą obciążenie psychoenergetyczne jest charakterystyczne dla pracy umysłowej. Jego nasilenie zależy przede wszystkim od złożoności, zmienności, powtarzalności, ważności i dokładności wykonywanych czynności.

W procesie wykonywania pracy ludzkiej możemy wyróżnić następujące 3 fazy:

- faza uzyskania informacji,
- faza podejmowania decyzji,
- faza wykonywania czynności.

Każda faza jest związana z ryzykiem wystąpienia obciążenia psychicznego.

Pierwsza z nich dotyczy bezpośredniej obserwacji procesu produkcyjnego, różnego rodzaju przyrządów i maszyn, a także zachowania się innych pracowników. Wymaga zrozumienia różnorodnych informacji wzrokowych, słuchowych oraz dotykowych i odpowiedniej na nie reakcji. Powoduje to zaabsorbowanie określonych zasobów umysłowych, a w szczególności pamięci i uwagi. Im bardziej złożona jest maszyna, tym większa ilość informacji i wiedzy jest potrzebna, aby ją prawidłowo obsługiwać. Ponieważ pamięć ludzka ma ograniczoną pojemność, sytuacja taka może prowadzić do poważnego przeciążenia psychicznego i stać się źródłem zagrożeń dla zdrowia

i życia człowieka. Dlatego ważne jest, aby dbać o prawidłowe rozmieszczenie i czytelność znaków, sygnałów i tablic.

Druga faza dotyczy sytuacji, gdy pracownik musi podjąć działanie z uwzględnieniem więcej niż jednej informacji. W przypadku decyzji powtarzalnych, które na ogół podejmowane są szybko, a nawet odruchowo, wysiłek psychiczny z nimi związany jest niewielki. Natomiast jeśli podejmowana decyzja jest bardziej złożona, wymaga wykorzystania dużej ilości informacji, często niepełnych i wiąże się z dużą odpowiedzialnością, to w takim przypadku obciążenie psychiczne jest większe. Przy dużej ilości takich decyzji człowiek zaczyna odczuwać stałą presję stresową, co w konsekwencji może prowadzić do zakłóceń w działaniu jego układu nerwowego.

Stres towarzyszy nam na każdym etapie naszego życia. Jednak największym rezerwuarem stresu jest praca zawodowa.

Pojawiło się pojęcie stresu zawodowego. Według R. Karaska model stresu zawodowego to: „ludzie przeżywają silny stres w momencie, kiedy psychospołeczne warunki pracy charakteryzują się wysokimi wymaganiami, brakiem możliwości wpływania na swoją pracę przez jednostkę (brak kontroli) oraz brakiem wsparcia społecznego”.

Według dr Melissy C. Stoppler nie zawsze stres jest szkodliwy: „niewielki stres może wywierać korzystny wpływ. Jeżeli wykonując jakieś zadanie, odczuwamy umiarkowane napięcie, często dopinguje nas to do wydajnej i wytężonej pracy” (eustres). Zjawiskiem negatywnym jest: „dopiero wtedy, gdy jest przytłaczający albo, gdy ktoś nie potrafi sobie z nim poradzić” (dystres).

Badacze Cooper i Marshall wyróżnili pięć grup czynników bezpośrednio związanych z pracą wywołujących stres:

- Treść pracy – przeciążenie pracą ilościowe i jakościowe, również niedociążenie pracą, poczucie zagrożenia zdrowia a nawet życia z powodu występujących szkodliwych i uciążliwych warunków pracy, presja czasu, nieprzekraczalne terminy.
- Rola w organizacji – wieloznaczność roli, konflikt ról, odpowiedzialność za ludzi.
- Rozwój kariery – brak poczucia pewności, czyli obawa przed zwolnieniem, niewielka możliwość awansu, rozwoju zawodowego i ambicji zawodowych.
- Klimat organizacyjny.
- Stosunki wewnątrz organizacji.

Pielęgniarki w pracy przeżywają różne napięcia emocjonalne, które wywołują zwiększoną niechęć do jej wykonywania,

jak również spadek zainteresowania jej procesem i rezultatami. Te różne napięcia pozytywnie i negatywnie wywołują w pracy pielęgniarek sytuacje trudne i stresujące. Można je podzielić na:

- Sytuacje zagrożenia – związane z przeżywanym przez pielęgniarkę lękiem, spowodowanym np. możliwością zakażenia wirusem HIV;
- Sytuacje deprywacji – związane z niezaspokajaniem potrzeb psychicznych samej pielęgniarki;
- Sytuacje przeciążenia – związane z poczuciem nie radzenia sobie z zadaniami; stres współczucia – doprowadza do dystresu, dysfunkcji i zmęczenia;
- Sytuacje utrudnienia – związane z odbiorem informacji koniecznych do wykonania zadania;
- Sytuacje konfliktowe – związane z występującymi konfliktami interpersonalnymi – osobistymi, wewnątrz psychicznymi.

Do krótkotrwałych skutków stresu należy zaliczyć: objawy mięśniowe (postawa spięta), objawy oddechowe (hiperwentylacja), reakcje bólowe (ból głowy, pleców, szyi, żołądka, klatki piersiowej), reakcje układu pokarmowego (biegunka, zaparcia, niestrawność, brak apetytu lub nadmierny apetyt), inne objawy (nerwowe ruchy, zaczerwienie skóry, pocenie się, suchość w ustach, zgrzytanie zębami).

Do długotrwałych skutków stresu zawodowego należy zaliczyć: depresję, zaburzenia lękowe, zaburzenia stanu zdrowia somatycznego (choroby układu krążenia, dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, nasilone objawy alergiczne), wypalenie zawodowe.

Pierwszym kluczowym zadaniem pracodawcy jest określenie polityki firmy w zakresie przeciwdziałania stresowi zawodowemu. Polityka ta powinna integrować działania różnych podmiotów, funkcjonujących na terenie firmy i z nią związanych (BHP, dział HR, przedstawiciele kierownictwa i pracowników, służba medycyny pracy).

Według Wikipedii: „Wypalenie zawodowe, syndrom wypalenia zawodowego, syndrom Burnout – występuje, gdy praca przestaje dawać satysfakcję, pracownik przestaje się rozwijać zawodowo, czuje się przepracowany i niezadowolony z wykonywanego zajęcia, które niegdyś sprawiało mu przyjemność”.

Wypalenie zawodowe powoduje marnotrawstwo talentu, wiedzy pracownika i jego zasobów energetycznych.

Jak przebiega wypalenie zawodowe:

1. Pojawia się uczucie stopniowego wyczerpania i narastające zmęczenie organizmu. Weekendy nie wystarczają, aby zregenerować siły.
2. Redukcja aktywności – pojawia się apatia i wycofanie. Pracownik staje się trudny do współpracy. Pojawiają się wahania nastrojów.
3. Organizm zaczyna reagować psychosomatycznie, czyli pojawiają się problemy zdrowotne: problemy ze snem, częste przeziębienia, spadek sprawności seksualnej, choroby serca, choroby układu trawiennego.
4. Faza desperacji, która może doprowadzić do rozwinięcia się depresji reaktywnej, uzależnień, a nawet samobójstwa.

Działania profilaktyczne z zakresu zapobiegania wypaleniu zawodowemu powinny być podejmowane przez pracodawców, ponieważ leży to w ich interesie ze względu na ponoszone przez nich straty związane z syndromem.

Działania te to m.in.:

- Przykładanie dużej wagi do powierzania pracownikom zadań adekwatnych do ich możliwości i kompetencji;
- Udzielanie obiektywnej i konstruktywnej oceny odnośnie pracy zatrudnionych osób;
- Stwarzanie możliwości uczenia się i rozwoju;
- Adekwatne wynagradzanie pracowników;
- Kultura organizacyjna, w której cenione są pozytywne relacje interpersonalne;
- Treningi z zakresu umiejętności interpersonalnych, komunikacji, rozwiązywania konfliktów oraz skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Trudno jest oczekiwać od źle czującego się pracownika inwencji, dobrych efektów wykonywania obowiązków. Najlepszą formą zapobiegania występowaniu skutków działania stresorów w miejscu pracy jest ich wyeliminowanie. Działania te mają na celu:

1. Rozpoznanie, czyli wczesne wykrywanie stresorów zawodowych i reakcji stresowych. Przeprowadzenie autogenezy, której celem jest zidentyfikowanie rodzaju i przyczyn zmian w sobie i sytuacji zewnętrznej, które stają się źródłem stresu, np.: przeanalizować swoje kompetencje i kwalifikacje oraz porównać je z zakresem wykonywanych zadań, zbadać, czy działalność zawodowa nie staje się terenem wszelkich oczekiwań życiowych.

2. Prewencja pierwotna, czyli osłabienie stresorów zawodowych. Działania interwencyjne przebiegają na trzech poziomach:

Na poziomie organizacji np.: usuwanie źródeł problemu, przeprojektowanie stanowiska, rotacje stanowisk, ulepszanie fizycznego środowiska pracy, odpowiednie planowanie czasu, zarządzanie karierami, firmowe programy prozdrowotne, programy pomocowe dla pracowników

Na poziomie jednostka-organizacja np.: zwiększenie odporności na określone stresory, szkolenia z zarządzania czasem, z umiejętności interpersonalnych, mentoring, koleżeńsko-zawodowe grupy wsparcia.

Należy przeanalizować funkcjonowanie zespołu, biorąc pod uwagę np. przepływ informacji merytorycznych, komunikację interpersonalną, zobowiązania wynikające z zakresu obowiązków.

Na poziomie jednostki np.: samoświadomość reakcji stresowych i nauka sposobów zmagania się ze stresem, promowanie zdrowego stylu życia, relaksacja.

3. Prewencja wtórna, czyli zmienianie sposobów, w jaki pracownicy reagują na stresory zawodowe.

4. Leczenie i rehabilitacja. Pierwszym krokiem jest zapewnienie solidnego wypoczynku według własnego uznania. Ważne jest, aby decyzję o konieczności odpoczynku podjąć z pełną świadomością, że chodzi o lecznicze zmierzenie się ze stresem.

Można by powiedzieć to zrobimy to, ale niestety realizacja działań profilaktycznych jest naszą bolączką, wolimy leczyć niż zapobiegać. Jeszcze wielu pracodawców podmiotów leczniczych nie zdaje sobie sprawy z problemu jakim jest stres zawodowy. Świadczy o tym brak wpisu o występujących zagrożeniach psychospołecznych na stanowisku pielęgniarki w kartach oceny ryzyka zawodowego, a co za tym idzie w skierowaniach na badania profilaktyczne. Gdyby to było uwzględniane wówczas zgodnie ze „Wskazówkami metodycznymi w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników”, wskazane jest podczas badań profilaktycznych zwrócenie uwagi na stan psychiczny osób zatrudnionych na stanowiskach, na których one występują. W szczególnych wypadkach pracownicy ci mogą być kierowani przez lekarza na konsultacje psychologiczne. Niestety, nasi pracodawcy uważają, że my pielęgniarki powinniśmy sobie dać radę ze wszystkimi problemami natury psychicznej. Zapominają, że jesteśmy ludźmi z krwi i kości, posiadające serce, które nie jest w stanie wszystkiego znieść. Ktoś musi nam pomóc uporać się z problemami. A pomoc ma być specjalistyczna. Są psycholodzy w naszych placówkach

dla pacjentów, dla nas nie. My musimy szukać pomocy poza miejscem pracy, a rozwiązanie problemu musi nastąpić tu i teraz, nie jutro, nie za tydzień, bo będzie za późno. Czy nasi pracodawcy chcą mieć pielęgniarki w pracy odurzone lekami uspokajającymi? Jak będzie wyglądała opieka nad pacjentem, jego bezpieczeństwo? Takich pytań można zadać więcej, ale one nie mogą zostać bez odpowiedzi.

Ale pamiętajcie koleżanki, że siła jest w Nas. To my posiadamy w sobie potencjał przeciwdziałania syndromowi wypalenia zawodowego. Jest to nasz styl życia, szacunek i miłość do własnej osoby.

Jan Paweł II, który dobitnie akcentował właściwości pracy człowieka mówił:

„Praca jest dobrem człowieka – dobrem jego społeczeństwa – przez pracę, bowiem człowiek nie tylko przekształca przyrodę, dostosowuje ją do swoich potrzeb, ale także urzeczywistnia siebie, jako człowieka, a także poniekąd bardziej staje się człowiekiem”.

Literatura u autorki



**Dnia 30 maja 2014 r. (piątek), o godz. 15.30**  
w siedzibie Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
przy **ul. Narutowicza 58, w sali nr 8 (parter)**

odbędzie się otwarte zebranie Oddziału Wojewódzkiego  
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi,  
poświęcone omówieniu przez dr Zbigniewa Józwiaka  
z Zakładu Fizjologii Pracy i Ergonomii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi:

**Czynników ergonomicznych występujących w pracy  
pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem  
ochrony narządów układu ruchu/kręgosłupa**

Serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych  
Zarząd OW PTP w Łodzi

## SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI „Narzędzia i techniki pracy nad chorym niepełnosprawnym ruchowo”



**W** dniu 28 marca 2014 roku w Warszawie odbyła się zorganizowana przez PZWL pod patronatem PTP konferencja pod hasłem „Narzędzia i techniki pracy nad chorym niepełnosprawnym ruchowo”.

Wykład inauguracyjny wygłosiła dr Mariola Rybka Przewodnicząca Komitetu Naukowego Konferencji, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych. W swoim wystąpieniu podkreśliła, że w wyniku zmian demograficznych obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństwa, a wraz z nim ciągły przyrost osób przewlekłe chorych i niepełnosprawnych. Zapewnienie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych coraz większej grupie potrzebujących, przy niewystarczających środkach finansowych państwa, jest ogromnym wyzwaniem dla decydentów. Wymagane jest wypracowanie wspólnej koncepcji Ministerstwa Zdrowia i Polityki Społecznej w celu stworzenia realnego i adekwatnego do potrzeb programu na rzecz poprawy sytuacji osób chorych i niesamodzielnych. Konieczne jest rozwijanie domowej opieki długoterminowej jak i rozbudowa sektora insyтуcjonalnej pomocy.

Prelekcja dr Marii Posłusznej-Owczarz „Wybrane czynniki warunkujące efektywną komunikację z pacjentem i jego rodziną” ukazała jak ważne w pracy pielęgniarki są umiejętności interpersonalne do których zaliczamy: umiejętności komunikacyjne, twórcze rozwiązywanie problemów, nawiązywanie konstruktywnej współpracy pomiędzy personelem a pacjentem i jego rodziną. Najważniejszymi elementami kontaktu z pacjentem są między innymi: partnerski styl komunikowania się, indywidualne podejście, aktywne słuchanie, zgodność komunikatu werbalnego z niewerbalnym, dostrzeżenie psychologicznych problemów pacjenta, posługiwanie się komunikatem „Ja”, stosowanie zasad komunikacji asertywnej, oraz umiejętne korzystanie z milczenia. Wynikiem dobrego porozumienia jest podporządkowanie się pacjenta wymogom leczenia, pojawienie się pozytywnych emocji wspomagających proces leczenia, w miejsce poczucia bezradności pojawienie się współodpowiedzialności. Z dobrego porozumienia płyną również korzyści dla personelu ułatwiają postawienie trafnej diagnozy, zwiększając efektywność podjętego leczenia, zmniejszają występowanie syndromu wypalenia zawodowego.

Również w wykładzie dr Renaty Jabłońskiej „Planowanie opieki nad osobami niepełnosprawnymi ruchowo z zaburzeniami neurologicznymi – aspekt bólowy” widać wyraźnie znaczenie dobrej komunikacji z pacjentem. Działania pielęgniarki powinny koncentrować się na ocenie i kontroli bólu,

uczestniczeniu w farmakoterapii oraz zapewnieniu jej ciągłości. Pielęgniarka ma pełnić funkcję opiekuńczą (kontaktowanie chorego z lekarzem, pomaganie w radzeniu sobie z bólem), profilaktyczną (rozpoznawanie nasilenia bólu, zapobieganie napadom bólu), wychowawczą (tłumaczenie choremu zasadności stosowania się do zaleceń lekarza). Niezwykle istotne w leczeniu bólu w zaburzeniach motorycznych, deformacjach narządu ruchu jest zachowanie przez chorego jak największej aktywności, oraz wsparcie rodziny.

Proces starzenia się nieuchronnie prowadzi do stopniowego narastania deficytów w sferze sprawności funkcjonalnej, co w efekcie doprowadza do utraty samodzielności człowieka w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Nadzędnym celem opieki nad osobami starszymi jest utrzymanie i wzmacnianie ich sprawności, czyli optymalizacja jakości życia seniorów. Dzięki wykorzystaniu prostych skal istnieje możliwość systematycznej oceny deficytów osoby starszej, a to pozwala na ustalanie planów pielęgnacji, terapii i usprawniania, dostosowanych do aktualnego stanu pacjenta i jego możliwości. Planowanie opieki powinno się opierać na Międzynarodowej Klasyfikacji Opieki Pielęgniarskiej. Elektroniczne konstruowanie planów podkreśla wkład pielęgniarek w standaryzację świadczeń w ochronie zdrowia a zarazem stanowi narzędzie oceny jakości opieki. Tak można streścić wykład dr Beaty Hoor „Planowanie opieki nad osobami starszymi niepełnosprawnymi ruchowo-pielęgnacja i higiena”.

Również mgr Teresa Miłkowska w prelekcji „Opieka nad niepełnosprawnymi ruchowo – jak prawidłowo planować, organizować i wykonywać czynności higieniczne, pielęgnacyjne i opiekuńcze” podkreśliła, że prawidłowo zaplanowane i wykonane przez zespół terapeutyczny czynności w opiece nad chorym niepełnosprawnym ruchowo mają na celu podtrzymanie istniejącej sprawności i kompensowanie utraconych, a działania te powinny być poprzedzone prawidłową oceną zapotrzebowania na wsparcie. Ma tu zastosowanie teoria samoopieki Dorothy Orem.

W kolejnym wykładzie „Prawne aspekty opieki pielęgniarskiej a znaczenie kompetencji etycznych w pielęgnowaniu osób niesamodzielnych” dr Mariola Głowacka przypomniała, że zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym, regulowanym poprzez liczne ustawy, które określają sposób kształcenia, wykonywania zawodu, samodzielności i odpowiedzialności zawodowej. Konieczność zapewnienia pacjentowi kompleksowej opieki i pielęgnacji, przy zmniejszających się obsadach pielęgniarskich, wymusiła przeniesienie pewnych



kompetencji pielęgniarskich na personel pomocniczy. Dla jasnego sprecyzowania możliwości współpracy pielęgniarka – opiekun medyczny Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych określiła wykaz czynności realizowanych przez opiekunów na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki.

Lidia Kimber-Dziwisz w prelekcji „Żywność dojelitowa jako element poprawy jakości życia osób długotrwale unieruchomionych” przedstawiła zalety żywienia dojelitowego u pacjentów w zakładach opieki długoterminowej. Według Pani L. Komber-Dziwisz żywność dojelitowa jest jednym z elementów kompleksowej, holistycznej opieki i nieodłącznym elementem nowoczesnej terapii chorych powinno być

rutynowym postępowaniem i metodą z wyboru u osób które nie mogą pokryć zapotrzebowania diety naturalną.

Tematy podjęte na konferencji „Narzędzia i techniki pracy nad chorym niepełnosprawnym ruchowo” obejmowały szerokie spektrum problemów związanych z obszarem opieki długoterminowej. W sposób wartościowy i holistyczny prelegenci mierzyli się z tak istotnymi zagadnieniami jak wypracowanie wspólnej koncepcji programu na rzecz chorych, budowania kontaktów z pacjentem, planowania opieki w aspekcie bólowym, czy też higieniczno-pielęgnacyjnym.

Elżbieta Rak, Ewa Kempieńska



Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Komisja Pielęgniarek Rodzinnych  
we współpracy z Komisją Położnych  
zaprasza na konferencję naukowo-szkoleniową pt.

### Współczesne aspekty pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej

która odbędzie się **12 czerwca 2014 r.** w Dużej Sali Obrad Urzędu Miasta ul. Piotrkowska 104 od godz. 9.00–16.00.

W programie m.in.:

- omówienie aktualnych uwarunkowań pielęgniarstwa POZ oraz prawnych zagadnień funkcjonowania pielęgniarki w POZ,
- przedstawienie oczekiwań pacjentów i ich rodzin wobec pielęgniarki POZ na podstawie badań własnych (ankiet przeprowadzonych na terenie woj. łódzkiego),
- omówienie przez pracownika NFZ zasad kontraktowania świadczeń w POZ oraz współpracy z innymi świadczeniodawcami i jej zakres,
- najważniejsze problemy pielęgniarek pracujących w POZ,
- przemoc w rodzinie a rola pielęgniarki,
- stan odżywiania osób w podeszłym wieku.

Konferencja jest bezpłatna. Liczba miejsc ograniczona, decydować będzie kolejność zgłoszeń. Kartę zgłoszeniową (4 strona okładki, strona internetowa [www.oipp.wlodzi/komunikaty](http://www.oipp.wlodzi/komunikaty) oraz w biurze OIPIP) należy złożyć w pokoju nr 16 (obok biblioteki) **do dnia 30 maja 2014 r.** Zapraszamy.

## Informacja z realizacji zadań projektu Telenrscare

W dniu 7 kwietnia 2014 r. odbyła się konferencja dotycząca projektu TELENRS CARE, realizowanego w Zakładzie Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie. Udział w niej wzięli uczestnicy projektu oraz zaproszeni goście, w tym przedstawiciele Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) oraz Ministerstwa Zdrowia, NFZ Oddział w Łodzi. Swoją obecnością konferencję zaszczylił prof. dr hab. Tomasz Kostka, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu. Uczestnicy spotkania mieli okazję wysłuchać prelekcji ekspertów w zakresie elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej, rozwijania usług telepielęgniarstwa oraz planowania opieki w oparciu o badania naukowe EBN. Wykładowcami byli: Ásta Thoroddsen, RN, PHD, FAAN, Professor, Faculty of Nursing, University of Iceland and Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland, która zapoznała uczestników spotkania z tematem wykorzystania dokumentacji pielęgniarskiej dla potrzeb statystycznych, w tym monitorowania zdarzeń medycznych, planów opieki oraz efektów pracy pielęgniarskiej, a także oceniania zapotrzebowania na opiekę. Hanna Kristín Guðjónsdóttir, RN, RNM, MS, Project Manager, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland omówiła realizowany w Szpitalu Landspítali projekt wdrażania elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej i możliwość wymiany danych dla kontynuowania opieki, w tym wykorzystania międzynarodowych badań naukowych w pielęgniarstwie dla diagnozowania i planowania opieki w praktyce. Herdís Gunnarsdóttir, RN, MS, MBA, Project Manager, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland przedstawiła ogólny obraz sytuacji ochrony zdrowia w Islandii. Uczestnicy spotkania poznali stan wdrożenia elektronicznych usług zdrowotnych, w tym, tj. jak: Centralna baza danych o szczepieniach, Centralna baza danych leków, Centralny system laboratoryjny w Landspítali, Rejestracja zdarzeń niepożądanych, Nadzór nad chorobami zakaźnymi w czasie rzeczywistym, System Inter-RAI dla wszyst-

kich domów opieki (oceniający zapotrzebowanie na opiekę) oraz system Hekla – HealthNetwork, który umożliwia wysyłanie: e-recept, wniosków, zgłoszeń urodzenia dziecka, niektórych zaleceń i wyników. D. Kilańska RN PHD – Koordynator projektu – przedstawiła opis projektu.

W drugiej części dnia odbyły się warsztaty, podczas których 15 uczestników projektu, wyłonionych w drodze postępowania kwalifikacyjnego skorzystało z możliwości zapoznania się z budową Klasyfikacji ICNP(R), która jest wprowadzana na świat dla zobrazowania opieki pielęgniarskiej oraz zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i ciągłości opieki. W kolejnych dniach (8–11 kwietnia 2014 r.) pracowaliśmy nad ustaleniem wspólnych wytycznych co do prowadzenia procesu pielęgnowania, budowania planów opieki z wykorzystaniem badań naukowych, przewodników dotyczących zasad prowadzenia opieki w określonych problemach zdrowotnych. Dużym zainteresowaniem cieszyła się dyskusja kliniczna dotycząca opisów przypadków z wykorzystaniem Klasyfikacji ICNP(R). Uczestnicy mieli także możliwość zweryfikowania swojego spojrzenia na przygotowane przez ekspertów „case study”.

Uczestnicy projektu brali także czynny udział w tłumaczeniu katalogu planów opieki „Community Nursing” Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) oraz tłumaczeniu słownika ICNP(R) wersji 2013, za tłumaczenie której odpowiada Akredytowane przez ICN Centrum Badań i Rozwoju Klasyfikacji 1 przy UM w Łodzi. W kolejnych miesiącach będą odbywały się konsultacje tłumaczenia oraz współpraca z tłumaczem, realizującym tłumaczenie słownika dla potrzeb projektu. Celem jest wypracowanie jak najlepszego tłumaczenia dla podmiotów leczniczych, które realizują pilotaż wdrożenia elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej.

oprac. D. Kilańska – Koordynator projektu





# Pielgrzymka zawierzenia

BARBARA JAGAS

„Wielka Boga – Człowieka Matko, Najświętsza Dziewico i Pani Jasnogórska... Tymi słowami wielokrotnie biskupi polscy na Jasnej Górze przemawiali do Ciebie, przynosząc w sercach doświadczenia i troski, radości i bóle, a nade wszystko wiarę, nadzieję i miłość swych rodaków. Niech mi wolno będzie dzisiaj od tych samych słów rozpocząć nowy jasnogórski Akt Oddania, który rodzi się z tej samej wiary, nadziei i miłości, z tradycji ojczyzny, w której przez tyle lat uczestniczyłem, a równocześnie z nowych zadań, które za Twoją sprawą, o Maryjo, zostały powierzone mnie, niegodnemu człowiekowi, a równocześnie Twemu przybranemu synowi. Zawsze tak wiele mówiły mi te słowa, które Twój jedyny, rodzony Syn, Jezus Chrystus, Odkupiciel człowieka, wypowiedział z wysokości krzyża do Jana – apostoła i ewangelisty: „Oto Matka twoja”. Zawsze w słowach tych znajdowałem miejsce każdego człowieka – i moje własne miejsce.” Jan Paweł II, Częstochowa, 04.06.1979 r.

\*\*\*

Zachęteni słowami aktu oddania Matce Bożej przez Jana Pawła II – papieża, obecnie świętego – pielgrzymujemy na Jasną Górę by tam u stóp Matki znaleźć swoje miejsce i powierzyć swoje troski, zmartwienia i niespełnione nadzieje. By Ta, której oddał się sam Święty Jan Paweł II, zaradziła naszemu brakowi wiary, nadziei i miłości, uleczyła zranienia serca, byśmy z nowymi siłami podejmowali krzyż codzienności, pracy zawodowej i życia rodzinnego. Niech z uleczonoego serca wypływa zawołanie: Matko ufam Tobie!

W sobotę 24 maja o godz. 12.00 z Placu Wolności odjedzie autokar z pracownikami służby zdrowia na coroczną pielgrzymkę do Częstochowy. Zgłoszenia należy kierować do asystenta kościelnego, ks. Pawła Sudowskiego pod nr tel. 607 221 466. Na pielgrzymkę zaprasza Duszpasterstwo Służby Zdrowia.

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

**OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI**

90-406 ŁÓDŹ  
UL. PIOTRKOWSKA 17  
NIP: 725-10-54-451  
Konto: BANK ZACHODNI WBK S.A.  
2 ODDZIAŁ W ŁODZI  
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

SEKRETARIAT: 42 633 69 63  
42 633 91 06  
FAX: 42 633 68 74  
REJESTR: 42 633 32 13  
e-mail: biuro@oipp.lodz.pl  
www.oipp.lodz.pl

OIPIP- 435 / 2014 Łódź, dnia 17 marca 2014 r.

Pan  
Wiesław Chudzik  
Dyrektor  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny  
im. Wojskowej Akademii Medycznej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Centralny Szpital Weteranów  
ul. Zeromskiego 113  
90-549 Łódź

Szanowny Panie Dyrektorze,  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jako organizator kształcenia pielęgniarek i położnych pragnie przekazać Panu podziękowanie za umożliwienie prowadzenia zajęć stażowych w Państwa placówce jak również pogratulować pracownika który pełnił obowiązki opiekuna tychże zajęć.  
Uprzejmie informujemy, że Pani Teresa Romanowska jako osoba prowadząca zajęcia stażowe na kursie specjalistycznym w zakresie Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07) program dla pielęgniarek i położnych została oceniona bardzo wysoko przez uczestników kursu.  
Jest nam niezmiernie miło powiadomić Pana o tym fakcie i pogratulować pracownika, który zdobył zaufanie oraz wielkie uznanie za swój profesjonalizm, zaangażowanie i kulturę osobistą, Pani Teresa Romanowska wyznaczone zadania wykonuje z wielkim zaangażowaniem, wykazując dużo inicjatywy oraz traktuje je z ogromną odpowiedzialnością i starannością i może być wzorem dla innych osób prowadzących zajęcia na kursach organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.  
Dziękujemy jeszcze raz za umożliwienie prowadzenia staży w Państwa placówce, mamy nadzieję, że w przyszłości nasza współpraca będzie nadal kontynuowana.

Z poważaniem  
PRZEWODNICZĄCA  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
Agnieszka Kałużna

Do wiadomości:  
-Pani Agnieszka Topolska – Przewodząca Pielęgniarek

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny  
im. Wojskowej Akademii Medycznej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Centralny Szpital Weteranów

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny  
im. Wojskowej Akademii Medycznej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Centralny Szpital Weteranów  
ul. Zeromskiego 113  
Nr 400 Data 2014.03.14

Łódź, dn. 28.03.2014

Szanowna Pani  
Agnieszka Kałużna  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

Wielce Szanowna Pani Przewodnicząca,  
W imieniu Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM - CSW, pragnę wyrazić głęboką radość za Pani list z podziękowaniami. Jest nam niezmiernie miło, że praca i wysiłek Pani Teresy Romanowskiej zostały przez Państwo docenione oraz dziękujemy za tak wysoką ocenę przeprowadzonych zajęć stażowych na kursie specjalistycznym w zakresie „Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”.  
Jednocześnie chcielibyśmy poinformować, że współpraca będzie w dalszym ciągu kontynuowana.

Z poważaniem  
dr n. med. Wiesław Chudzik

Podziękowania dla mgr **Ewy Maciejewskiej** – członka Komisji Opieki Paliatywno-Hospicyjnej przy OIPIP w Łodzi, mgr **Dariusza Jędrzejczyka** – fizjoterapeuty oraz **Justyny Bogusiak** – mgr sztuki specjalność muzykoterapia w rehabilitacji – w związku z przeprowadzonym kursem kształcącym w okresie od 28.03–30.03.2014 roku „Obrzęk limfatyczny w chorobie nowotworowej” program dla pielęgniarek i położnych, obejmującym część teoretyczną i zajęcia ćwiczeniowe w zakresie kształtowania umiejętności wykonywania masażu limfatycznego i bandażowania wielowarstwowego w kompleksowej terapii przeciwobrzękowej, pragniemy złożyć podziękowania za zaangażowanie w dzieleniu się wiedzą i doświadczeniem, życzliwość oraz rzetelność i profesjonalizm w trakcie realizacji zajęć.

Pielęgniarki i Położne  
Uczestnicy kursu „Obrzęk limfatyczny w chorobie nowotworowej”

Pragnę serdecznie podziękować pani Sekretarz ORPiP w Łodzi – mgr **Marii Kowalczyk** – za okazaną pomoc oraz zaufanie. Dziękuję.

Beata Nowak

Serdeczne podziękowania koleżance **Ewie Maciejewskiej**, pani **Dariuszowi Jędrzejczykowi**, pani **Justynie Bogusiak**, Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, pani Sekretarz **Marii Kowalczyk**, paniom z Łódzkiego Stowarzyszenia Amazonek oraz wszystkim koleżankom biorącym udział w szkoleniu „Obrzęk limfatyczny w chorobie nowotworowej” za możliwość uczestniczenia w tym kursie oraz prezent w postaci zestawu do bandażowania kończyny górnej

składa  
Danuta Fijałkowska





W dniu 18 marca 2014 roku, w wieku 59 lat odeszła od nas

***śp. Grażyna Gunert***

cudowny człowiek, ceniony pracownik

Zawsze życzliwa, wesoła, nigdy nie odmówiła nikomu pomocy.  
Trudno żegnać przyjaciela i koleżankę, który tak szybko od nas odszedł.

Grażynko, na zawsze pozostaniesz w naszych sercach.  
Twoje nagłe odejście pozostawiło pustkę trudną do wypełnienia.

Pielęgniarki i Położne z Wojewódzkiego Szpitala w Bełchatowie



*Prawdziwą wartość drugiego człowieka odkrywamy dopiero wtedy, kiedy już go nie ma*

Z ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

***śp. Grażyny Gunert***

pielęgniarki, członka ORPiP w Łodzi w okresie czterech kadencji, reprezentującej powiat bełchatowski.

Godnie, odpowiedzialnie i z zaangażowaniem reprezentowała zawód pielęgniarki  
mając zawsze na uwadze szacunek dla drugiego człowieka.

Zawsze pełna radości, dobroci, koleżeńska, niosąca pomoc nie tylko potrzebującym,  
ale i członkom naszego samorządu.

Byłaś z nami i wśród nas. Pozostaniesz w naszych sercach i wspomnieniach.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych



*Aniu, odeszłaś tak szybko, a miałaś być i zawsze wypełniać swój los miłością do ludzi.*

*Twój zawód, Twój czas dotykaniem mierzony w przestrzeni wieczności.*

*Wiem to, nieskończony.*

*Bo tutaj na ziemi potrzebna byś była, oddaniem i sercem tworzenie czyniła.*

*Lecz boskie ścieżynki po łanach szemrają – dobrocią, miłością hołd Tobie oddają.*

Z głębokim żalem i wielkim smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 13 lutego 2013 r. odeszła od nas

***śp. Anna Nowak, lat 49***

Żegnamy osobę skromną, osobę przyjazną nam a przede wszystkim wspianiałą pielęgniarkę życzliwą dla pacjentów.

Niosąc pomoc innym zapominałaś, Aniu, o sobie, o swoich problemach, których życie Ci nie szczędziło.

Aniu, odeszłaś za wcześnie, swoim odejściem bardzo nas zasmuciłaś i zaskoczyłaś.

Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach i wspomnieniach.

Pracownicy, Koleżanki i Koledzy Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi