



**08 maja Dzień Położnej  
12 maja Dzień Pielęgniarki**

*Czyja obecność łagodzi cierpienia?  
Czyj dotyk ból usmierza?  
Czyje słowa są otuchą?  
Czyje serce serce widzi?  
Kto cierpienia łagodzi?  
Kto pomaga, kto też wspiera?  
Kto wlewa wiarę w sens życia?  
Kto oczy innym otwiera?  
Że żyć warto zawsze, wszędzie  
Że przecież lepiej będzie  
Że pomagać zawsze warto  
Że nadzieję mieć należy  
To siostra, siostrzyczka, pielęgniarka  
Różnie pacjenci się zwracają  
Jakiego by jednak słowa nie użyli  
To do niej mówią, do niej żale  
wylewają  
Jej się zwierzają, ją o pomoc proszą  
Na nią często niemość przenoszą  
Bo wiedzą, że ona wystucha, pomoże  
w potrzebie  
Zawsze jest blisko, zawsze jest obok  
Zawsze da wszystko z siebie  
To ona pielęgniarka – czarodziejka  
To ona serc ludzkich uzdrowicielka.*

*Mira*



**Wszystkim Członkom Samorządu  
Zawodowego Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
z okazji Międzynarodowego Dnia  
Pielęgniarki i Położnej życzymy  
satisfakcji z wykonywanej pracy,  
nieskończenie dużo siły fizycznej  
i odporności psychicznej w pełnieniu  
wielu ról zawodowych oraz dużo  
miłości i życzliwości ludzkiej....  
**Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych,  
Redakcja Biuletynu oraz  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie****

**Biuletyn 5/2008**

**1 maja 2008 roku**

**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

- 2 Słowo Przewodniczącej
- 3 Serwis informacyjny
- 4 Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą szkolną - standardy postępowania, przepisy prawne  
mgr Zaneta Karczewska
- 6 Radca prawny radzi
- 8 Międzynarodowe organizacje pielęgniarskie
- 12 Struktura organizacyjna samorządu pielęgniarek i położnych
- 13 Co wiemy o samorządzie?  
M. Cianciara
- 17 Co z tą diagnozą?  
M. Kowalska, J. Lewandowska
- 21 Nurse znaczy pielęgniarka  
A. Wojcierowska
- 22 WSH-E Naukowe Koło Studenckie:  
Opieka paliatywna jako alternatywa eutanazji  
W. Doroząła
- 25 Pielęgniarka, położna, lekarz - razem czy osobno?  
Sonia Grychtoł
- 27 Kącik biblioteczny

**Wydawca:** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
**Adres redakcji:** 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oiipp.lodz.pl

**Redaktor Naczelna:** mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

**Skład:** OIPIP – Agnieszka Krzysztofik

**Druk:** BiK – M. Bernaciak

91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

## słowo przewodniczącej



***„Spokoju ducha, wiary w ludzi,  
umiejętności dostrzegania piękna tego świata  
i wiary w siebie i swoje możliwości!”***

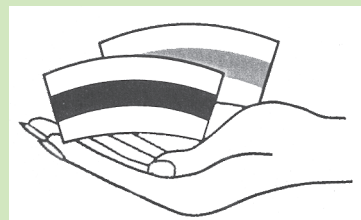
**Drogie Koleżanki Pielęgniarki i Położne**

Zależy od nas bardzo wiele, chociaż tak często nikt tego nie chce dostrzec i pozostajemy w cieniu. Warunki pracy nie sprzyjają pielęgniarkom i położnym. Jednak to właśnie one realizują podstawowe cele opieki nad chorym, pełniąc różnorodne funkcje zawodowe, jednocześnie ponosząc pełną odpowiedzialność za ich realizację. Wiele z nas podnosi swoje kwalifikacje zawodowe zdając sobie sprawę, jak ważne jest wykształcenie i odpowiedzialność za własny rozwój. Pielęgniarki i położne współpracują w różnych zespołach ludzkich i rozumieją, że podstawą dobrej współpracy jest uczciwość i wzajemny szacunek - szacunek dla innych i dla samego siebie. Rozumieją również jak ważne jest to, co się mówi do pacjenta i współpraca z nim. Potrafią okazać pacjentowi, że jest dla nich najważniejszy. Wykonywanie naszego zawodu uzmysławia nam na każdym kroku, że warto dalej wierzyć w siebie i swoje możliwości oraz uczyć umiejętności dostrzegania piękna tego świata. Dlatego też dalej z pasją życzymy sobie wzajemnie, aby każda z nas mogła dojrzeć światełko w tunelu, które ukaże nam perspektywy na lepsze jutro. Obyśmy potrafiły wzajemnie darzyć się życzliwością i oby nam się chciało nieść innym radość i serdeczność.

**Z okazji Międzynarodowego Dnia  
Pielęgniarki i Położnej,  
wszystkim pielęgniarkom i położnym  
składam serdeczne podziękowania oraz życzenia:  
*optymizmu,  
zdrowia i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym  
oraz wytrwałości i samych sukcesów  
w pracy zawodowej***

***Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych***

***Krystyna Walewska***





### Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 10 marca 2008 roku

- ➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu na listę członków i do rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy – 7 osób.
- ➔ Wpisano na listę członków oraz do rejestru pielęgniarek OIPiP – 3 osoby.
- ➔ Wymieniono zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 3 osoby.
- ➔ Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 1 praktyka.
- ➔ Dokonano zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 1 praktykę.
- ➔ Przyznano 2 nagrody finansowe po ukończeniu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo z oceną bardzo dobry.
- ➔ W celu usprawnienia realizacji zadań ustawowych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi powołała składy osobowe 11 komisji problemowych.
- ➔ Powołano Radę Naukową Redakcji Biuletynu OIPiP.
- ➔ Powołano skład osobowy zespołu konkursowego.
- ➔ Zatwierdzono:
  - koszty zakupu sprzętu biurowego,
  - pełnomocników i ich zastępców w rejonach wyborczych/zakładach na V kadencję.
- ➔ Podjęto uchwałę w sprawie Biuletynu OIPiP w Łodzi.
- ➔ Odwołano Radę Redakcji Biuletynu.

Zarząd Województwa Łódzkiego powołał do pracy „Zespół Roboczy ds. Ośrodka Pediatricznego im. J. Korczaka”

Prezydium ORPiP wytypowało do prac w ww. Zespole jako swojego przedstawiciela Panią Marię Kowalską.

oprac. **Anna Manes** – sekretarz ORPiP w Łodzi

### Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 26 marca 2008 roku

- ➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych 4 pielęgniarki i 1 położną.
- ➔ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 1 położna.
- ➔ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu – 2 osobom.
- ➔ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 2 osoby.
- ➔ Wpisano do rejestru praktyk indywidualnych pielęgniarek – 2 praktyki.
- ➔ Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych - 2 praktyki zgodnie z wnioskami zainteresowanych.
- ➔ Rozpatrzone wnioski w sprawie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu:
  - skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu 1 pielęgniarkę.
- ➔ Dokonano wpisu 2 podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:
  1. ERUDIO – kurs specjalistyczny w zakresie *Szczepienia ochronne* - program dla pielęgniarek.
  2. Akademia Zdrowia – kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwo operacyjne* – program dla pielęgniarek i położnych.
- ➔ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
  - kursie kwalifikacyjnym - 10 osobom,
  - kursie dokształcającym – 5 osobom.
- ➔ Przyznano zapomogi bezwrotne po:
  - 1500 zł. - 2 osoby,
  - 1000 zł. - 2 osoby,
  - 700 zł. - 1 osoba.
- ➔ Zatwierdzono:
  - zakup nowości książkowych dla potrzeb Biblioteki – 2 pozycje,
  - sfinansowanie zakupu nagród dla uczestniczek Konkursu „Pielęgniarka Roku 2007” organizowanego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
    - honoraria dla 6 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie.
- ➔ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do pracy w:
  - „Zespole Roboczym d/s Ośrodka Pediatricznego im J.Korczaka”,
  - komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego,
  - 2 komisji konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej.

# KOMUNIKATY

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych wraz z mgr Anną Rogulską i firmą Nestle Polska uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne rodzinne, pediatryczne oraz wszystkie zainteresowane niniejszą tematyką na szkolenie:  
**„Nowy schemat żywienia niemowląt”**

Wykład wygłosi:

- mgr Anna Rogulska, dietetyk dyplomowany, specjalista ds. żywienia, członek Oddziału Polskiego Towarzystwa Dietetyki w Łodzi,
- przedstawiciel firmy Nestle Polska i firmy HIPPI.

Szkolenie odbędzie się w dniu 05 czerwca 2008 r. w godzinach 10,00 – 13,00 na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 - II piętro, sala wykładowa.

Zgłoszenia na szkolenie przyjmuje mgr Anna Rogulska, pod numerem tel. 0 507 554 382

i adresem e-mail: [ania.rogulska@interia.eu](mailto:ania.rogulska@interia.eu)

Uczestnicy otrzymają certyfikaty.

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc decyduje kolejność zgłoszeń.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne na kolejne warsztaty edukacyjne.

W programie temat warsztatów m.in:

- 1) „Rola probiotyków w profilaktyce i leczeniu infekcji układu moczowo - płciowego. Nowe trendy w ginekologii – probiotyki podawane doustnie”.**
- 2) „Orsalit – standard nawadniania w biegunkach i wymiotach u kobiet ciężarnych”.**
- 3) „Homotoksykologia w służbie maluszka i jego mamy”.**

Warsztaty odbędą się w dniu 30 maja 2008r. na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 11.00-13.30 (II piętro – sala wykładowa).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę poprzedzonych informacją telefoniczną) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy Biura. Decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne oraz interesujące materiały promocyjne.

Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej przy OIPIP w Łodzi uprzejmie zaprasza pielęgniarki pracujące w środowisku nauczania i wychowania oraz pielęgniarki rodzinne na spotkanie szkoleniowe nt. **„Edukacja prozdrowotna”**

W programie spotkania m. in:

- Wprowadzenie do tematyki promocji zdrowia
- Metodologia programu promocji zdrowia
- Koncepcja szkoły promującej zdrowie
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015
- Zajęcia warsztatowe w grupach

Szkolenie odbędzie się na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 i będzie przeprowadzone w II edycjach w następujących terminach:

I - 20 czerwca 2008r. (20 osób)

II - 10 września 2008r. (20 osób)

w godzinach 09.00 - 15.30 (II piętro – sala wykładowa).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę poprzedzonych informacją telefoniczną) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy Biura. Decyduje kolejność zgłoszeń.



## PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ SZKOLNĄ STANDARY POSTĘPOWANIA, PRZEPISY PRAWNE

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą szkolną jest jednym z ważniejszych działań profilaktyki zdrowotnej państwa. Wojewoda Łódzki realizując zadania administracji rządowej w województwie przekazuje Wojewódzkiemu Centrum Zdrowia Publicznego zadania dotyczące przeprowadzania kontroli zakładów opieki zdrowotnej, monitorowania sytuacji w służbie zdrowia oraz sporządzania okresowych sprawozdań.

Nadzór merytoryczny w Opiece Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem usytuowany w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi od lat prowadzi diagnozę stanu organizacyjnego, kadrowego, poziomu realizacji świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami. Prowadzone w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej kontrole wskazują na konieczność aktualizacji informacji w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Przestrzeganie procedur dotyczących prawidłowego i terminowego wykonywania badań przesiewowych oraz świadczeń profilaktycznych przez lekarzy, pielęgniarki i położne wpłynie korzystnie na poprawę jakości opieki zdrowotnej.

Obowiązujący stan prawny w odniesieniu do tej grupy populacji w sposób jednoznaczny porządkuje i umożliwia prawidłową realizację świadczeń profilaktycznych.

### REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM

1. *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (j.t.Dz.U.07.014.89)*
2. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.04.210.2135)*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.06.247.1819).*
4. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane – dotyczy kobiet w ciąży oraz dzieci do ukończenia 6-go roku życia (Dz.U. 04.276.2740).*
5. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. 04.282.2814).*

6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. 07.56.379).*

### OPRACOWANIA I MATERIAŁY INSTRUKTAŻOWE

1. *„Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej”.* Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2002
2. *„Testy przesiewowe u młodzieży w wieku szkolnym”* Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2002
3. *„Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”.* Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2003
4. *„Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej”.* Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2003
5. *„Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością”.* Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2006
6. *„Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym”.* Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2007
7. *„Zdrowie naszych dzieci” – seria publikacji składająca się z pięciu tomów.* Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2000-2001

Opracowania dotyczące organizacji opieki zdrowotnej na terenie województwa łódzkiego, świadczeń profilaktycznych udzielanych w zakładach opieki zdrowotnej oraz tematyka i terminy prowadzonych szkoleń zamieszczane są na stronie internetowej Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego: [www.wczp-lodz.pl](http://www.wczp-lodz.pl)  
Materiały instruktażowe dla pielęgniarek, higienistek szkolnych znajdują się na stronie internetowej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie: [www.imid.med.pl](http://www.imid.med.pl)

W kolejnych wydaniach Biuletynu przedstawione zostaną szczegółowe informacje dotyczące terminów oraz zakresu profilaktycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom i młodzieży szkolnej.



## Pełnienie dyżurów telefonicznych w zakładach opieki zdrowotnej

Wobec pojawiających się licznych sygnałów o możliwości dokonania zmian w zakresie formy organizacji czasu pracy, jaka obowiązuje dotychczas w zakładach opieki zdrowotnej na system dyżurów zwany potocznie „**pod telefonem**” niniejszy artykuł zostanie poświęcony właśnie tej kwestii. Pozostawanie w gotowości do pracy poza zakładem opieki zdrowotnej regulowane jest przez *Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej* w zakresie czasu pracy w **art. 32k**. Dyżur pełniony poza zakładem pracy, na ogół w domu („pod telefonem”) dla powszechnego stosunku pracy jest regulowany, w obecnym stanie prawnym, w art. 151<sup>5</sup> kodeksu pracy. Zgodnie z Kodeksem Pracy dyżur to pozostawanie pracownika w dyspozycji pracodawcy, poza normalnymi godzinami pracy, w wyznaczonym miejscu i czasie, w stałej gotowości do świadczenia pracy. Podstawową cechą dyżuru jest fakt, iż odbywa się on poza normalnymi godzinami pracy, zatem należy go umiejscowić pomiędzy czasem pracy a czasem wolnym. Podobieństwo do czasu pracy wyraża się w obowiązku pozostawania pracownika do dyspozycji pracodawcy.

Lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w ZOZ-ie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą zostać zobowiązani przez kierownika ZOZ-u lub osobę upoważnioną przez niego (np. ordynatora oddziału) do pozostawania poza ZOZ-em w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Pojęcie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych oznacza pozostawanie w dyspozycji pracodawcy nie w samym ZOZ-ie, lecz w innym wybranym przez pracownika miejscu. Miejsce to w ogóle nie musi być wskazane pracodawcy - istotne jest jedynie, aby była zapewniona możliwość nieskrępowanego kontaktu z pracownikiem (np. za pośrednictwem telefonu komórkowego) i jego niezwłoczne stawiennictwo w ZOZ-ie w razie wezwania. Ze względu na to, że okres

gotowości, o którym mowa, w niewielkim tylko stopniu ogranicza pracownika w dysponowaniu swoim czasem, przysługuje mu z tego tytułu wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego. Wysokość tego wynagrodzenia oblicza się zgodnie z art. 32j ust. 6 u.z.o.z.

Jeżeli jednak pracownik w czasie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie wezwany do ZOZ-u w celu ich podjęcia, wówczas rozpoczyna świadczenie pracy, przysługuje mu zatem wynagrodzenie jak za czas dyżuru medycznego, a więc co najmniej 130% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy (z tym że w porze nocnej - co najmniej 165%, a w niedzielę i święta - co najmniej 200% tej stawki). Należy jednakże podkreślić, iż czas udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach określonych w art. 32k ust. 3 nie jest czasem dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 32j u.z.o.z. Dlatego też czas udzielania świadczeń zdrowotnych nie wpływa w szczególności na miesięczny limit dyżurów medycznych określony w art. 32j ust. 3 u.z.o.z. Praca o której mowa, może być zatem uznana za formę pracy w godzinach nadliczbowych, jednakże wynagradzana odmiennie niż wskazuje na to art. 134 k.p.

Jak już wcześniej wskazano pracodawca może zobowiązać pracownika do pełnienia takiego dyżuru. Z treści pisma można wnioskować, iż pracownicy mają wątpliwości czy pracodawca nie zmierza do zmiany formy organizacji czasu pracy i wprowadzenia dyżurów telefonicznych jako formy podstawowej, za którą będzie wypłacał obniżone wynagrodzenie. Nie ma prawnej możliwości do takiej zmiany formy organizacji czasu pracy. Dyżur pod telefonem należy traktować jako nadgodziny, choć wynagrodzenie płatne jest na innych zasadach. Co więcej, wezwanie do zakładu opieki zdrowotnej w ramach pozostawania w gotowości nie wlicza się do czasu pracy, zatem obowiązuje limit wynikający z *Ustawy o zoz-ach* w ramach umowy o pracę.

Edyta Knap – radca prawny

# Uwaga! Konkurs!



Serdecznie zapraszamy wszystkie pielęgniarki, pielęgniarzy  
oraz położne do udziału w konkursie

## „Codzienność zawodowa – blaski i cienie”

który ogłasza

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Chcesz podzielić się z nami swoimi refleksjami zawodowymi, troskami i radościami, dylematami etycznymi, absurdami organizacyjnymi oraz tym wszystkim, co ułatwia lub utrudnia Ci codzienną pracę w opiece nad człowiekiem potrzebującym – napisz do nas!

Swoje problemy zawodowe, porażki i sukcesy, opisz w formie artykułu i prześlij do naszej Redakcji pod adres Biura OIPIP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź) lub e-mail: [biuletyn@oipp.lodz.pl](mailto:biuletyn@oipp.lodz.pl)

Kontakt – Agnieszka Wypych – tel. 042 633 22 48

### Regulamin konkursu:

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPIP w Łodzi.
2. Członkowie ORPiP nie mogą uczestniczyć w konkursie.
3. Prace należy przysyłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków na stronie, w tym spacje i znaki interpunkcyjne, w układzie: 60 przeciętnie znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
4. Autorzy swoje prace mogą popisać pseudonimem, a dane przedstawić do wiadomości redakcji, która zobowiązana jest do zachowania tajemnicy.
5. Artykuły należy przesać do 30 czerwca 2008 roku.
6. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone przez zespół jury.
7. Wyłonienie zwycięzców konkursu nastąpi do dnia 31 sierpnia 2008 roku.
8. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone:
  - a) pierwsze miejsce – 750 zł
  - b) drugie miejsce – 500 zł
  - c) trzecie miejsce – 300 zł
9. Dziesięć najlepszych prac zostanie zaprezentowanych na łamach naszego Biuletynu, w tym dla jednej z nich od 4 do 10 miejsca losowo przyznana będzie nagroda niespodzianka.
10. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.



# Międzynarodowe organizacje pielęgniarskie



## Międzynarodowa Rada Pielęgniarek International Council of Nurses

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (International Council of Nurses ICN)- jedna z najstarszych organizacji profesjonalnych związanych ze zdrowiem.

Pielęgniarki zrozumiały, że problemy zdrowotne i zawodowe mogą być skuteczniej rozwiązywane/powstrzymywane dzięki połączonym wysiłkom w ramach międzynarodowej federacji.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek reprezentuje pielęgniarstwo na arenie międzynarodowej, wszędzie tam, gdzie poruszana tematyka dotyczy ochrony zdrowia i pracowników służby zdrowia.

Według konstytucji, MRP jest środkiem, dzięki któremu towarzystwa pielęgniarek dzielą zainteresowania, razem pracują dla zwiększenia swego wkładu w promowanie zdrowia i zapewnienia opieki ludziom.

Główne cele Międzynarodowej Rady Pielęgniarek to:

- wspieranie towarzystw pielęgniarek podnoszeniu poziomu pielęgniarstwa,
- przyczynianie się do rozwoju silnych towarzystw pielęgniarek,
- służenie jako miarodajny, autorytatywny głos w sprawach pielęgniarstwa,
- pomaganie towarzystwom pielęgniarek w podnoszeniu profesjonal-

nej, społecznej, ekonomicznej pozycji pielęgniarek.

Rada Narodowych Reprezentantów:

- ustala priorytety i strategię osiągania statutowych celów MRP,
- przyjmuje, zawiesza, skreśla towarzystwa jako członków MRP,
- wybiera w głosowaniu tajnym ciało wykonawcze,
- ustala wysokość opłat członkowskich,
- wprowadza sprawozdania z realizacji budżetu,
- wprowadza poprawki do konstytucji MRP,
- ustala miejsce międzykongresowych i kongresowych obrad.

Rada Narodowych Reprezentantów na posiedzeniach połączonych z kongresem, czyli co 4 lata wybiera w głosowaniu tajnym Prezydenta i 3 wiceprezydentów. Organ wykonawczy Bard of Directors to 11-osobowy zespół w składzie, którego musi znaleźć się po jednym z każdego siedmiu regionów MRP.

Podstawowe formy działania MRP zmierzają do:

- zapewnienia warunków do partnerskich kontaktów pielęgniarek całego świata,
- wymiany doświadczeń oraz projektów, innowacji, upowszechniania informacji,
- uzyskania wsparcia i dobrej rady.

Drugi rodzaj działalności prowadzonej przez MRP ma charakter edukacyjny. Międzynarodowa Rada organizuje warsztaty szkoleniowe i seminaria, przygotowuje komplety materiałów dotyczących wybranych tematów, sporządza zestawy bibliograficzne, przygotowuje wydawnictwa z zakresu pielęgniarstwa, etyki, wydaje dwumiesięcznik „International Nursing Review” (dostępne na stronie

[www.icn.ch](http://www.icn.ch)) W ostatnim okresie bardzo zwiększyła też ofertę własnych publikacji z zakresu pielęgniarstwa.

Inną formą wspierania rozwoju pielęgniarstwa był prowadzony do końca lat osiemdziesiątych XX wieku program stypendialny 3M. Stypendystki wyłaniane były w drodze konkursu. Wsparcie finansowe uzyskiwała sama stypendystka oraz towarzystwo, z którego pochodziła. Pielęgniarki z Polski uzyskiwały takie stypendia 20 razy, jedną z nich była Urszula Krzyżanowska-Łagowska, która uzyskała stypendium w 1985 roku na studia doktorskie.

Na Kongresie 1965 roku we Frankfurcie nad Menem, jako przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego zostały wybrane do Rady MRP: Jadwiga Giżycka – członek Zarządu MRP w okresie 1969-1973 i Rachela Hutner – członek w Komisji Przyjęć do MRP (1965-1968), która brała również udział w posiedzeniach Rady.

Od 2006 roku przedstawicielem do MRP jest przewodnicząca PTP mgr Dorota Kilańska (Łódź).

Medal Florencji Nightingale nadawany jest zasłużonym w okresie wojny lub pokoju pielęgniarkom, bohaterom sanitariuszkom i wolontariuszkom w czasie wojny. Medal został ustanowiony przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża i jest przyznawany co dwa lata w dniu urodzin Florencji Nightingale.

Wnioski o nadanie medalu składane są do Stowarzyszenia przez Narodowe Stowarzyszenie Czerwonych Krzyży, Lwa, Półksiężycza.

Wniosek o przyznanie medalu powinien być uzasadniony oraz uzgodniony z krajowymi organizacjami pielęgniarskimi (PTP).

Medal może otrzymać:

- dyplomowana pielęgniarka, która w wyjątkowy sposób wyróżniła się w niesieniu pomocy rannym i chorym w czasie wojny i w czasie pokoju,
- pielęgniarka na stanowisku kierowniczym lub pielęgniarka organizatorka wyjątkowych akcji w dziedzinie opieki nad chorymi i rannymi w czasie wojny i pokoju,
- pielęgniarka i ochotnicze pielęgniarki należące do jednej z ww. grup, które wyróżniły się szczególnym







poświęceniem niosąc pomoc rannym i chorym w czasie wojny lub klęsk społecznych,

- pielęgniarka i ochotnicza pielęgniarka należąca do jednej z ww. grup, która poległa na polu chwały.

Odnaczenie jest nagrodą za czyny wymagające wyjątkowego poświęcenia, wysokich kwalifikacji zawodowych i moralnych, a nie nagrodą za sumienne wykonaną pracę.



### Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek (European Federation of Nurses)

Federacja jest autonomiczną niezależną od innych, międzynarodową organizacją i będzie kontynuować bliską współpracę z MRP.

Zadaniem Federacji jest zwiększać znaczenie pielęgniarstwa w Unii Europejskiej. Uznana przez Komisję Unii Europejskiej za oficjalne przedstawicielstwo pielęgniarek, ma swoją stałą siedzibę w Brukseli. Przedstawiciel Federacji jest stałym konsultantem w Radzie Europy. Jest kontynuatorką Stałego Komitetu Pielęgniarek Unii Europejskiej (Standing Committee of Nurses of the European Union PCN), który powstał w 1971 roku.

Zgodnie z nową konstytucją uchwaloną w 2002 roku cele Europejskiej Federacji przedstawiają się następująco:

- studiować i podejmować działania na rzecz zdrowia populacji państw Unii Europejskiej i całej Europy oraz pielęgniarstwa jako zawodu,

- dostarczać uaktualnianych informacji o pielęgniarstwie jako profesji członków Unii Europejskiej i całej Europy oraz powiadamiać europejskie instytucje i krajowe stowarzyszenia o takiej informacji,

- prezentować opinie i rekomendować wszystkie sprawy poprzez swoje kompetencje w instytucjach Unii Europejskiej i całej Europy, podejmować i rozważać wszelkie działania

uznawane za właściwe dla zapewnienia ich realizacji zgodnie z planem,

- kontaktować się i współpracować z innymi organizacjami reprezentującymi pracowników opieki zdrowotnej w Europie,

- zapewnić, że pielęgniarki i pielęgniarstwo są w centrum formułowania polityki społecznej i zdrowotnej, co będzie miało swoje odniesienie w Unii Europejskiej i Europie,

- wspierać i ułatwiać równy dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej i Europie,

- zwiększać swoją reprezentację w Unii Europejskiej i Europie, rozwijać swoją rolę bycia organizacją „pomostem” między stowarzyszeniami pielęgniarek a podejmującymi decyzje w Europie.

Za punkt wyjścia wszystkich swoich działań Federacja przyjmuje uniwersalne wartości pielęgniarstwa. Obszary zainteresowań, oprócz zadań merytorycznych, to łączenie celów naukowych i edukacyjnych, które obejmują: kształcenie, zdrowie publiczne, warunki pracy oraz liczba pielęgniarek, standardy kształcenia i opieki pielęgniarskiej, zdrowie psychiczne (Europa bez hałasu), uznawanie dyplomów w zjednoczonej Europie.

Z chwilą przyjęcia nowych członków do Unii Europejskiej doszły takie zagadnienia jak: możliwości zatrudniania pielęgniarek w krajach UE, trudności przy rekrutacji kandydatów do zawodu pielęgniarstwa.

Z badań wynika, iż radykalnie zmniejsza się liczba kandydatek do zawodu pielęgniarstwa, co grozi w krótkim czasie kryzysem w opiece zdrowotnej, dyskutowano nad kształceniem pielęgniarek oraz co zrobić dla zwiększenia liczby pielęgniarek w Europie.

W przygotowaniu jest raport, który uwzględni zasady współpracy z krajowymi stowarzyszeniami pielęgniarek w zakresie przemieszczania się pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej oraz działania zmierzające do większego zainteresowania się wyborem zawodu pielęgniarki i położnej.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie reprezentowane było w pracach tego gremium, początkowo w roli obserwa-

tora, później członka (jeszcze przed przystąpieniem Polski do UE). Obserwowane jest duże zainteresowanie sytuacją i stanem pielęgniarstwa w Polsce, jak również działalnością PTP, tak wśród członków EFN (PCN) jak i uczestników spotkań.

PTP w pracach EFN (PCN) reprezentowały: Irena Wrońska, Barbara Janusz, Jolanta Górajek-Jóźwik, Grażyna Nowak-Starz, Kazimiera Zahradniczek, Elżbieta Chrościcka, od 2006 roku Lucyna Płaszczewska-Żywko (Kraków).

### Europejskie Forum Narodowych Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych/WHO

European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and the World Health Organization (EFNNMA/WHO)

[www.euro.who.int/efnma](http://www.euro.who.int/efnma)

Punktem wyjścia do powołania Europejskiego Forum były wcześniejsze dyskusje i spotkania prowadzone przez Europejską Grupę Pielęgniarek (działającą od 1946 roku do 1996 roku). PCN (obecnie EFN) oraz WHO. Na spotkaniach w Essen (1994) i Nidernhausen (1995) stwierdzono, że w regionie europejskim pielęgniarstwo reprezentowane jest fragmentarycznie przez wiele organizacji i grup specjalistycznych.

Podjęto zatem działania na rzecz utworzenia silnego pielęgniarstwa w Europie, poprzez powołanie jednej wspólnej organizacji pod prowizoryczną nazwą „Europejska Rada Pielęgniarek”. Rada – jako organizacja, mogłaby wpłynąć na wzmocnienie misji i roli pielęgniarstwa w różnych krajach poprzez m. in. respektowanie funkcjonowania organizacji pielęgniarek. Forum zawiązało się na spotkaniu w listopadzie 1996 roku w Madrycie, w czasie którego Światowa Organizacja Zdrowia i towarzystwa pielęgniarskie podpisały deklarację przystąpienia do tej nowej inicjatywy.

„Forum zapewnia możliwość podjęcia przez reprezentantów pielęgniarstwa dyskusji z WHO nad kluczowymi problemami zdrowotnymi, pod-



bnie do narodowych towarzystw medycznych i farmaceutycznych, które mają takie przedstawicielstwa już od lat” – powiedziała Christine Hancock, przewodnicząca temu spotkaniu i dodała, że „ten nowy rodzaj współpracy z WHO daje możliwość większego wpływania na programy działań rządowych w ich krajach”.

Spotkania Europejskiego Forum odbywają się co roku. Uczestniczą w nich przedstawiciele stowarzyszeń pielęgniarek i położnych oraz obserwatorzy reprezentujący specjalistyczne grupy pielęgniarskie w Europie.

Cele, działania i tematyka spotkań dostosowana jest do zmieniających się warunków politycznych, społecznych i ekonomicznych w regionie europejskim, a także uwzględnia aktualne trendy i priorytety wysuwane przez WHO. Każde spotkanie kończy się opracowaniem postania do pielęgniarek i położnych.

W wyniku prac zespołów powołanych przez Forum zostały opracowane i wydane różne materiały pomocnicze dotyczące m. in. takich zagadnień jak: kobiety i dzieci, opieka nad ludźmi starszymi, choroby przewlekłe, pielęgniarstwo zdrowia rodzinnego, promowanie równości w zdrowiu.

Dużym wydarzeniem było przygotowanie wspólnie z WHO drugiej Międzynarodowej konferencji Pielęgniarstwa i Położnictwa w Europie. Spotkanie odbyło się w Monachium 15-17 czerwca 2000 roku.

W konferencji uczestniczyli Ministrowie Zdrowia, Naczelne Pielęgniarki Kraju, przewodniczące towarzystw pielęgniarskich i położnych działające w danym państwie (z Polski uczestniczyła mgr Grażyna Wójcik z Ministerstwa Zdrowia i doc. Irena Wrońska, która reprezentowała Ministerstwo Zdrowia i PTP oraz dr B. Janus w roli obserwatora).

Na zakończenie konferencji została przyjęta i podpisana przez Ministrów Zdrowia Deklaracja Monachijska – Pielęgniarki i Położne na rzecz zdrowia.

Przedstawicielem PTP od 2006 roku jest dr Aleksandra Gaworska-Krzemińska (Gdańsk).

## Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy

Workgroup of European Nurse Researchers (WENR/WHO)

[www.wenr.org](http://www.wenr.org)

Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy – Workgroup of European Nurse Researchers (WENR/WHO) powstała w roku 1978.

Zadaniem organizacji jest rozwój badań pielęgniarskich mających zapewnić wysoki standard opieki pielęgniarskiej. Grupa skupia po jednym przedstawicielu z każdej narodowej organizacji będącej członkiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Obecnie zrzesza 23 członków. Polska reprezentowana jest od 1978 roku.

Misją WENR/WHO jest promocja i wspieranie współpracy na rzecz badań naukowych w Europie z efektywną korzyścią dla ludzi danego kraju. Intencją WENR/WHO jest podtrzymywanie i solidarność w grupie pielęgniarek badaczy w Europie.

Założenia te realizowane są przez:

- wpływanie na politykę w zakresie zdrowia na poziomie Europy i kraju,
- rozwijanie infrastruktury na rzecz badań naukowych w pielęgniarstwie przez tworzenie sieci na rzecz badań i ich wyników,
- rozszerzanie łączności między członkami WENR/WHO z innymi organizacjami,
- promowanie wizerunku WENR/WHO na poziomie europejskim i danego kraju,
- ustalanie i wspieranie zakresu działalności naukowej,
- zabezpieczanie finansów,
- ustalanie zasad współpracy z EFN, jako gremium reprezentującego pielęgniarstwo w Radzie Europy (Unii).

Spotkania Grupy Roboczej WENR/WHO odbywają się raz w roku. Reprezentanci z każdego kraju członkowskiego są zobowiązani do przygotowania raportu o aktualnie prowadzonych pracach badawczych z pielęgniarstwa, rozwoju naukowego pielęgniarek (stopni naukowych), możliwości wykorzystania wyników badań w praktyce i udziału w tym zakresie narodowego towarzystwa pielęgniarek. Drugą formą działalności grupy są otwarte konferencje naukowe.

W 1996 roku została wydana przez Council of Europe Strasburg „Nursing Research – Raport and Recommendations” strategia rozwoju badań pielęgniarskich, z zaleceniem rozpowszechniania go w poszczególnych krajach.

Najważniejszym osiągnięciem WENR/WHO jest stworzenie europejskiej sieci naukowców reprezentujących pielęgniarstwo (w kierownictwie projektu – Irena Wrońska).

Towarzystwa Pielęgniarek powinny inspirować badania naukowe przez wydawanie biuletynów, zeszytów naukowych i spotkań, celem prezentacji wyników badań, włączyć się w prowadzenie badań międzynarodowych.

W Lizbonie w 2000 roku przyjęto strukturę badań strukturę badań (The seventh Research Framework), której celem jest współpraca, idee, ludzie i kompetencje. Zakres badawczej aktywności w Europie obejmuje 9 kierunków (filarów).

Dla pielęgniarek i położnych istnieje możliwość brania udziału w badaniach wielodyscyplinarnych w filarze zdrowie w ramach tematów: badania dotyczące opieki nad ludźmi starszymi, jakość życia – jakość opieki, tele-zdrowie, edukacja-nauczanie, system informacyjny dla pacjenta i o pacjencie, bezpieczeństwo, a w tym czynniki ryzyka, etyka w opiece zdrowotnej.

Reprezentantem PTP jest dr Barbara Janus (Poznań), a od 2006 roku dr Maria Cisiek (Kraków).



**Światowa  
Organizacja Zdrowia**  
World Health Organization  
[www.who.ch](http://www.who.ch)

Światowa Organizacja Zdrowia została utworzona na podstawie konwencji podpisanej 22 lipca 1946 roku w miejsce Międzynarodowego Biura Higieny Ligi Narodów. Konwencja ta weszła w życie 07 kwietnia 1948 roku, po ratyfikowaniu jej przez 26 państw, stąd 07 kwietnia obchodzony jest jako Światowy Dzień Zdrowia. Polska została przyjęta do ŚÓZ w dniu 06 maja 1948 roku, a wystąpiła z niej w 1950 roku (podobnie jak inne państwa socjalistyczne), a przyjęta ponownie w styczniu 1957 roku. Głównym celem ŚÓZ jest osiągnięcie przez wszystkie narody możliwie najlepszego stanu zdrowia.

W wykonywaniu złożonych i wielokierunkowych zadań ŚÓZ jest osiągnięcie biorą udział państwa członkowskie, kierując do pracy swoich specjalistów.

Z tytułu członkostwa, Polska korzystała i korzysta ze stypendiów przydzielanych przez ŚÓZ. Do 1980 roku z tej możliwości skorzystało między innymi 8 polskich pielęgniarek – mgr Teresa Chetnik, dr Barbara Dobrowolska, mgr Janina Kwiatek, mgr Halina Olszewska-Kulczycka, Maria Rozwadowska, mgr Maria Rybkowska-Lipińska, mgr Maria Rychterska, mgr Halina Stecka-Fejfer.

Kontakty pielęgniarek polskich ze ŚÓZ miały bardzo różnorodny charakter (np. seminaria) i były korzystne dla obu stron.

Udział Polek w pracy na rzecz ŚÓZ zawdzięczać należy dwóm polskim pielęgniarkom: Halinie Stefańskiej, przewodniczącej Pilskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Jadwidze Łzyckiej, Naczelnikowi Wydziału Programowego, a następnie wicedyrektorowi Departamentu Średnich Szkół

Medycznych. Wymiana doświadczeń z ww. organizacjami, jak i wizyty ich przedstawicieli w Polsce ukazały im obraz pielęgniarstwa polskiego, które w tym czasie stało na średnim poziomie europejskim.

Duże znaczenie miała przynależność PTP do MRP ponieważ jednym z warunków członkostwa w MRP był określony przez radę standard pielęgniarstwa w kraju członkowskim.

Polskie pielęgniarki pełniły w Światowej Organizacji Zdrowia trzy rodzaje funkcji:

- ekspertów w różnych krajach, pielęgniarki pracowały jako szefowie projektów lub członkowie ekip w projektach obejmujących więcej zagadnień, z większą ilością specjalistów. Praca ta miała dwa kierunki: kształcenie, doksztalcanie, doskonalenie personelu pielęgniarstwa i położniczego, pielęgniarstwo społeczne, które obejmowało profilaktykę chorób występujących w danym kraju, opiekę nad matką i dzieckiem, oświatę zdrowotną, higienę środowiska oświatę z zakresu żywienia. Z ramienia Polski funkcje ekspertów sprawowały: Halina Stefańska, Jadwiga Pajchel-Szyc, Maria B. Jezierska, Stanisława Stachura, Stanisława Kierzkowska, Maria Sikora, Anna Ginalska.

- konsultantów w różnych krajach – na okres 1-3 miesięcy. Na konsultantów powoływano osoby, które pracowały wcześniej w ŚÓZ lub współpracowały z nią. Tym samym znały metody pracy i wymagania tej organizacji, jak również posiadały doświadczenie w pracy z zespołem międzynarodowym. Funkcje konsultantów sprawowały: Maria Barbara Jezierska, Irena Szarkowska, Marianna Wiśniewska i Anna Ginalska.

- doradców Biura Głównego w Genewie (praca w kraju): Rachel Hutner, Jadwiga Łzycka i Halina Stefańska zatrudnione zostały w ŚÓZ na podstawie porozumienia z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej. Formy współpracy to: udział w zebraniach, konferencjach, panelach itp.; opiniowanie projektów, zamierzeń i przedsięwzięć ŚÓZ, publikacje dotyczące problematyki pielęgniarstwa jak m. in.: wytyczne do

planowania programów kształcenia pielęgniarek, materiały do studiów określenia roli pielęgniarki w akcji dotyczącej zdrowia psychicznego, kwestionariusz w sprawie podyplomowego kształcenia pielęgniarek w Polsce, kwestionariusz dotyczący szkoleni i roli położnych w ochronie zdrowia.

Wyżej wymienione prace wykonywane były w kraju i przekazywane na piśmie do Światowej Organizacji Zdrowia.

Źródło: strona internetowa PTP [www.ptp.pl](http://www.ptp.pl)

## Podziękowania

Na ręcę Pana Marka Kmiecika - Ordynatora Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej WSSz. im. M. Kopernika w Łodzi i Pani Wioletty Krasoń - Pielęgniarki Oddziałowej chcę złożyć serdeczne podziękowania dla całego zespołu pielęgniarstwa i lekarskiego Bloku Operacyjnego Oddziału Rehabilitacyjnego a także paniom salowym za profesjonalną, bezinteresowną opiekę, zaangażowanie, życzliwość i wsparcie w czasie mojego nagłego - kilkudniowego pobytu w szpitalu w tak miłym otoczeniu. Wasz zespół to wzór do naśladowania dla innych. Z wyrazami szacunku wdzięczna pacjentka Halina Guzek „tyżwiarka”

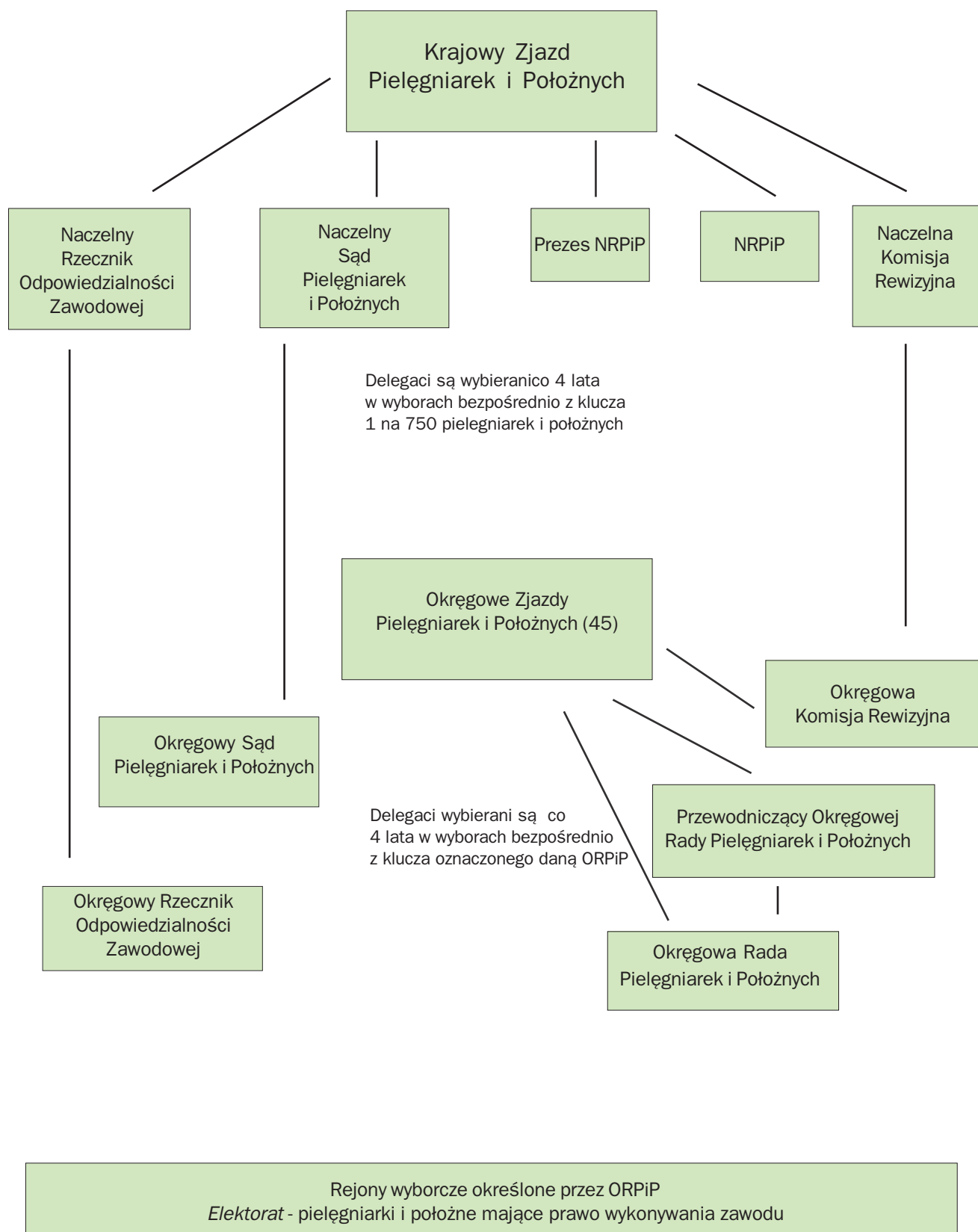
## Komunikat

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi informuje osoby zainteresowane o składanie czytelnie wypełnionych wniosków na **specjalizacje w dziedzinie:**

- **pielęgniarstwa pediatrycznego**
- **pielęgniarstwa psychiatrycznego**

Wnioski należy składać do dnia 10 czerwca 2008 r. w godzinach pracy Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,

# STRUKTURA ORGANIZACYJNA SAMORZĄDU PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH





# Co wiemy o samorządzie??

mgr Maria Cianciara

Mija kolejny rok naszej działalności. Z dużą satysfakcją i zadowoleniem przyjęliśmy fakt ukazania się 19 kwietnia 1991 roku *Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych*. Pełna zapału i chęci grupa aktywnych pielęgniarek i położnych przystąpiła do wdrażania w życie zapisów zawartych w Ustawie. Odbyły się spotkania w zakładach opieki zdrowotnej, wybrano delegatów na I Okręgowy Zjazd.

Zgodnie z cytowaną ustawą i jej art. 4 zadania, jakie przed sobą postawiliśmy to w szczególności:

1) sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej,

2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem,

3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych na poszczególnych stanowiskach pracy, zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej,

4) opiniowanie programu kształcenia zawodowego,

5) współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa,

6) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych,

7) obrona godności zawodowej pielęgniarek i położnych,

8) reprezentowanie i ochrona zawodu pielęgniarki i położnej,

8a) udzielanie pielęgniarkom i położnym będącym obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzającym wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej informacji na temat uregulowań prawnych dotyczących ochrony zdrowia oraz ubezpieczeń społecznych w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej,

9) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państw oraz organizacji ochrony środowiska,

10) szerzenie oświaty zdrowotnej,

11) współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą,

12) współpraca z samorządem lekarskim oraz samorządami innych zawodów medycznych w kraju i za granicą,

13) organizowanie i prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla pielęgniarek i położnych i ich rodzin,

14) zarządzanie majątkiem własnym,

15) prowadzenie działalności wydawniczej.

Samorząd wykonuje swoje zadania w szczególności przez:

1) stwierdzanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej oraz

prowadzenie rejestru pielęgniarek i położnych,

2) negocjowanie warunków pracy i płac,

3) opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego a w szczególności specjalizacji zawodowej pielęgniarek i położnych,

4) przewodniczenie komisjom konkursowym na stanowiska pielęgniarek naczelnych, przełożonych i pielęgniarek oddziałowych oraz uczestnicstwo w konkursach na inne kierownicze stanowiska w służbie zdrowia,

5) opiniowanie projektów aktów normatywnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej,

6) orzekanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz sprawowanie sądownictwa polubownego.

A jak dzisiaj postrzegamy samorząd a zwłaszcza jego działalność?

Przedstawione poniżej informacje uzyskano z 40 arkuszy testów egzaminacyjnych na jedną ze specjalizacji. Pytanie, które w nich zadano brzmiało: „*Proszę wymienić zadania samorządu pielęgniarek i położnych?*”

W odpowiedzi otrzymaliśmy następujące informacje usystematyzowane w kolejności od największej liczby udzielonych odpowiedzi.

## Udzielone odpowiedzi:

- **organizowanie kursów i szkoleń** - 28 odp.
- **wydawanie prawa wykonywania zawodu** - 18 odp.
- **wsparcie socjalne dla pielęgniarek i położnych** - 18 odp.
- **prowadzenie rejestru pielęgniarek i położnych** - 13 odp.
- **współpraca z innymi samorządami, organami terenowymi** - 12 odp.
- **ustalanie, wdrażanie i upowszechnianie zasad etyki** - 8 odp.
- **integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych** - 7 odp.
- **wydawanie pozwoleń, przyznawanie prawa na prowadzenie indywidualnej i grupowej praktyki oraz prowadzenie rejestru tych praktyk** - 7 odp.
- **sprawowanie nadzoru nad należyтым wykonywaniem zawodu** - 7 odp.
- **prowadzenie działalności wydawniczej** - 6 odp.





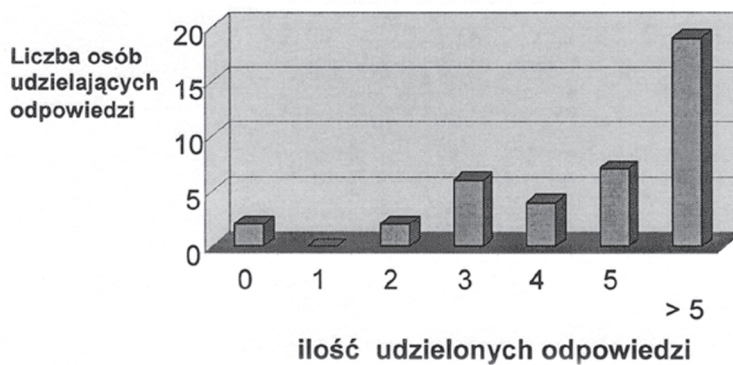
- dbałość o rozwój i prestiż zawodowy pielęgniarek i położnych - 6 odp.
- uczestnictwo w konkursach na stanowiska kierownicze - 5 odp.
- udział w tworzeniu ustaw, aktów prawnych - 5 odp.
- współpraca z towarzystwami, instytucjami naukowymi w kraju i za granicą - 5 odp.
- opracowywanie procedur, standardów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji zawodowych - 5 odp.
- obrona godności pielęgniarek i położnych - 5 odp.
- prowadzenie spraw sądowych - 4 odp.
- dofinansowanie kursów i szkoleń - 4 odp.
- prowadzenie oświaty zdrowotnej - 4 odp.
- udzielanie porad z zakresu prawa pracy - 4 odp.
- negocjowanie płac, wysokości emerytur, korzystnych warunków przechodzenia na emeryturę - 3 odp.
- pomoc z tytułu odpowiedzialności zawodowej - 3 odp.
- ustalanie zasad, wzorów, norm do postępowania pielęgniarek i położnych zgodnie z obowiązującymi standardami - 3 odp.
- prowadzenie finansów, zarządzanie majątkiem OIPIP - 3 odp.
- reprezentacja grupy zawodowej - 3 odp.
- organizowanie szkoleń po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu - 3 odp.
- ochrona, ocena zdrowia ludności - 3 odp.
- dbałość o dobro pielęgniarek i położnych - 2 odp.
- dbałość o rozwój pielęgniarstwa jako nauki - 2 odp.
- nadzór merytoryczny - 2 odp.
- czuwanie nad pracą podległych jednostek - 2 odp.
- prowadzenie działalności gospodarczej - 2 odp.
- tworzenie standardów - 2 odp.
- wydawanie pozwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej - 2 odp.
- odbieranie prawa wykonywania zawodu - 2 odp.
- uchwalanie programu dla pielęgniarek i położnych i nadzór nad nim - 2 odp.
- uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych z innych krajów - 2 odp.
- wykonywanie zadań wynikających z Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej - 1 odp.
- rozstrzyganie spraw i wątpliwości występujących w pracy pielęgniarki i położnej - 1 odp.
- powoływanie samorządów w jednostkach podległych i czuwanie nad ich pracą - 1 odp.
- uczestnictwo w życiu PTP - 1 odp.
- wydawanie opinii w sprawach merytorycznych z ochrony zdrowia, stanu zdrowotnego społeczeństwa i polityki zdrowotnej - 1 odp.
- pomoc w sprawach sądowych o odszkodowania na rzecz pacjentów - 1 odp.
- organizowanie wyborów samorządowych - 1 odp.
- organ opiniodawczy procesów sądowych - 1 odp.
- zrzeszanie środowiska pielęgniarek i położnych - 1 odp.
- planowanie i wspieranie zawodów - 1 odp.
- ustalanie uchwał, postulatów - 1 odp.
- promocja środowiska pielęgniarek i położnych - 1 odp.
- organizacja pracy w placówkach lecznictwa zamkniętego i otwartego pielęgniarki i położnej - 1 odp.
- skreślenie z listy pielęgniarki/położnej, która utraciła prawo wykonywania zawodu - 1 odp.
- organizowanie i delegowanie kandydatów na Zjazdy NRPIP - 1 odp.
- wykonywanie zadań zleconych przez NRPIP - 1 odp.
- składanie rocznych i kadencyjnych sprawozdań z działalności oraz budżetu - 1 odp.
- powoływanie komisji problemowych - 1 odp.
- udział w zjazdach - 1 odp.
- posiadanie swoich przedstawicieli w Sejmie - 1 odp.
- posiadanie Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - 1 odp.
- reprezentowanie interesów społecznych, finansowych, gospodarczych pielęgniarek i położnych - 1 odp.
- uchwalanie regulaminu Okręgowej i Naczelnej Rady - 1 odp.
- orzekanie w sprawach niezgodnych z etyką - 1 odp.
- organizowanie staży dla uzyskania prawa wykonywania zawodu - 1 odp.
- prowadzenie biblioteki - 1 odp.
- pośrednictwo w poszukiwaniu pracy - 1 odp.
- powoływanie organów wykonawczych (Sąd, Rzecznik, Komisja Rewizyjna) - 1 odp.
- określanie kwalifikacji na poszczególne stanowiska - 1 odp.
- czuwanie nad odprowadzaniem składek; zgłaszanie postulatów na Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych - 1 odp.
- informowanie pielęgniarek i położnych w kraju i UE w zakresie organizacji i przepisów prawnych - 1 odp.



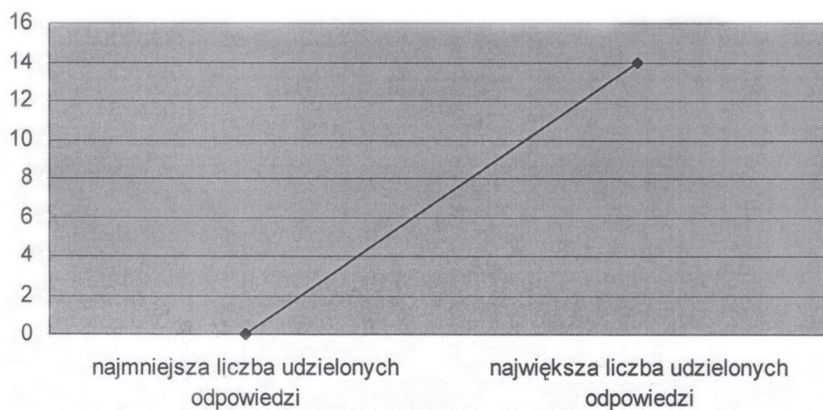


Ilość wymienionych zadań samorządu	Liczba osób, które udzieliły odpowiedzi
0	2
1	0
2	2
3	6
4	4
5	7
>5	19
<b>Razem</b>	<b>40</b>

Ilość udzielonych odpowiedzi przez poszczególnych respondentów



Liczba udzielonych odpowiedzi



Większość udzielonych odpowiedzi odzwierciedla zadania samorządu zawarte w zapisach ustawy, natomiast w dwóch przypadkach koleżanki nie udzieliły żadnej odpowiedzi na to pytanie. Czyżby po tylu latach działalności samorządu nic o nim nie wiedziały?

Czy tylko te koleżanki, nie mają dostatecznej wiedzy na temat Ustawy o samorządzie? Znajomość aktów prawnych jest potrzebna w wykonywaniu codziennej pracy pielęgniarki oraz położnej. A na ile Ty Czytelniku znasz zapisy ustaw, rozporządzeń? Na to pytanie musisz sobie odpowiedzieć sam.

## Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych

W domu Matki najlepiej....

Trwa w przyrodzie wiosna. Śpiew ptaków budzi nas o poranku, kolorowe kwiaty cieszą oczy ale czy w sercu też mamy wiosnę? Zapracowani, zmęczeni nie mamy czasu nad tym się zastanowić. A może jednak warto się zatrzymać, uważnie spojrzeć w swoje wnętrze...usunąć z niego to, co toksyczne a chronić i pielęgnować to, co dobre i bardzo dobre?

Nie samym chlebem człowiek żyje...Potrzeba nam odrodzenia wewnętrznego – wiosny w sercu, która budzi do nowego życia...potrzeba nam wyczulenia na to, co piękne i nieprzemijające....

Pomoże nam w tym pielgrzymka do Częstochowy do domu Matki, by tam patrząc na jej oblicze wołać:

*„Wspaniałą matką swą zwią Cię ludzie  
Biegną po pomoc w trosce i trudzie  
Bo Ty patrzysz na nas czułym  
spojrzeniem*

*Pragniesz pomagać swoim ramieniem  
Bo Tyś nadzieja nam!*

*Tyle lat kochasz, kochasz nas  
nieustannie*

*Serce otwierasz dla bliźniego i dla  
mnie*

*Za wszystkie troski i Twoje starania  
Chcemy Cię obdarzyć pełnią zaufania  
I za wzorem Ojca Świętego Jana  
Pawła II, który bezgranicznie Ci  
zawierzył wołać:*

*Okaż się nam Matką  
Totus Tuus...”*

### Informacje:

Doroczna pielgrzymka pracowników służby zdrowia na Jasną Górę odbędzie się w dniach 24-25 maja 2008 roku. Wyjazd autokarem z asystentem kościelnym ks. P. Sudowskim, który przyjmuje zgłoszenia pod nr telefonu 042 630 15 60

Na pielgrzymkę zaprasza duszpasterstwo Archidiecezji Łódzkiej.



# Konferencja „Bezpieczne podawanie leków”

**Termin - 13 czerwca 2008 roku godz. 8.30-15.00**  
**Aula Palucha, Szpital im. N. Barlickiego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22**

W programie konferencji m.in:

- „Technika podawania leków domięśniowych”
- „Terapia dożylna”
- „Podawanie leków doustnych - zasady, godziny, opakowania”
- „Reakcje alergiczne”
- „Skutki uboczne stosowanych leków”
- „Zestawy przeciwwstrząsowe”

Zgłoszenia przyjmowane są do 30 maja 2008 r. na zamieszczonym poniżej druku.  
Kartę zgłoszenia należy dostarczyć do Biura OIPiP, ul. Piotrkowska 17.  
Liczba miejsc ograniczona.

## ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W KONFERENCJI

TERMIN KONFERENCJI.....

MIEJSCE KONFERENCJI.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

MIEJSCE PRACY.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

STANOWISKO.....

MIEJSCOWIĆĆ, DATA.....





*Mając świadomość istoty pielęgniarstwa, w tym pielęgnowania, roli pielęgniarstwa i jej miejsca w szeroko rozumianej opiece, zdajemy sobie sprawę, jak bardzo ważnym elementem zarówno konkretyzacji zadań pielęgniarstwa, jak i jej profesjonalnego przygotowania jest diagnoza pielęgniarstwa.*

**To właśnie diagnoza pielęgniarstwa daje nam szansę na odrębność i samodzielność zawodową. Dlatego o konieczności stawiania diagnozy pielęgniarstwa i wdrażania jej do praktyki opiekuńczej już nikt nie dyskutuje. Trwają natomiast debaty nad jej kształtem, sposobem formułowania i klasyfikacją.**

Około dwieście lat temu, po wcześniejszym usystematyzowaniu objawów wskazujących na daną chorobę – określeniu jej nazwy jednym słowem, dokonano pierwszej próby spisania diagnoz medycznych.

Ten sposób rozumowania w tworzeniu diagnoz lekarskich zostaje przeniesiony w latach 70-tych ubiegłego stulecia na grunt pielęgniarstwa przez amerykańskie pielęgniarki.

6. Funkcje poznawcze – percepcja.
7. Percepcja siebie.
8. Role – relacje.
9. Seksualność – rozmnażanie.
10. Radzenie sobie – tolerancja stresu.
11. Wartości – wierzenia.” (1 str. 41)

Europa jest miejscem narodzin Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej – ICNP, która ma służyć przede wszystkim pielęgniarstwu europejskiemu. Przy jej tworzeniu wykorzystano również wcześniejsze doświadczenia NANDA. Opracowano taksonomię diagnoz pielęgniarstwa, bardzo rozbudowaną, trudną do interpretacji i bliższą medycynie niż pielęgniarstwu. „Przykładowy zapis rozpoznania pielęgniarstwa oparty na ICNP może przedstawiać się następująco:

1.A.1.1.1.4.2.5.1.

## Co z tą diagnozą?

W 1982 roku powstało Północnoamerykańskie Towarzystwo Diagnoz Pielęgniarskich – NANDA - które stworzyło pierwszą taksonomię diagnoz w liczbie ponad stu, w układzie alfabetycznym z przypisanymi im kodami cyfrowymi np.:

- agresja,
- aspiracje,
- bezsilność,
- biegunka,
- oddychanie nieskuteczne – 1.5.1.3,
- odżywianie, zmieniony sposób, mniej niż organizm wymaga – 1.1.2.2.,
- odżywianie, zmieniony sposób, więcej niż organizm wymaga -1.1.2.1.” (2 str. 164)

Proces rozwijania i modyfikacji tej taksonomii trwa w amerykańskim pielęgniarstwie do dziś i dzięki tym działaniom NANDA wyróżniła obecnie ogólny zarys kategorii diagnostycznych:

1. Percepcja zdrowia – utrzymanie zdrowia.
2. Odżywianie – metabolizm.
3. Wydalanie.
4. Aktywność - ćwiczenia.
5. Sen – odpoczynek.

Po odkodowaniu zapisu cyfrowego dowiadujemy się, że cyfry i litery oznaczają:

1. - zjawisko (fenomen), czyli to, co stanowi przedmiot zainteresowania pielęgniarstwa, zorientowanego na podmiot opieki.

A.- oś w obrębie której rozpoznanie się mieści.

1. człowieka (on jest podmiotem rozpoznania).

1. - jednostkę (pojedynczego człowieka).

1. - funkcję (rozpoznanie dotyczy jednej z funkcji).

4. - odżywianie - (funkcja ta to odżywianie).

2. - stan odżywienia organizmu (dalsze uszczegółowienie funkcji odżywiania).

5. - złe odżywianie (najdalej idące wyjaśnienie dotyczące odżywiania).

O ICNP mówi się i pisze jako o jednym z większych i ważniejszych przedsięwzięć końca XX wieku, ponieważ jest to jedyna klasyfikacja pozwalająca pielęgniarstwu na stosowanie ujednoliconego nazewnictwa i kodów cyfrowych.” (2 str. 165 ).

Amerykański i europejski sposób tworzenia taksonomii diagnoz oraz kategorii diagnostycznych zagościł również w polskim pielęgniarstwie. W marcu bieżącego roku ukazał się nowy podręcznik dla studiów medycznych pod redakcją:





M. Kózki, L. Płaszewskiej – Żywko „Diagnozy i interwencje pielęgniarskie”. Publikacja ta ze względu na zawartą w niej treść jest jedną z niewielu, jak nie pierwszą w języku polskim, która pozwala na wieloaspektowe przeanalizowanie problemu pacjenta, co ułatwia postawienie diagnozy pielęgniarskiej stanowiącej podstawę w podejmowaniu indywidualnych i celowych interwencji. Już we wstępie publikacji napisano „autorki książki są świadome, że podjęły się zadania bardzo trudnego, opisywana bowiem tematyka jest mało znana w środowisku polskich pielęgniarek i nadal niedoceniona.” (1 str.7).

W dalszej części podręcznika można przeczytać: „Sam termin diagnoza pielęgniarska wymagał zdefiniowania i jasnego zróżnicowania z diagnozą medyczną. Obecnie termin ten został zaakceptowany przez większość środowisk pielęgniarskich choć jego rozumienie jest w dalszym ciągu zróżnicowane. Zrodziło to konieczność stworzenia taksonomii diagnoz, będących punktem odniesienia w opisywaniu problemu pacjenta.” (1 str. 39)

W następnych rozdziałach autorki zamieszczają własne opracowanie 53 kategorii diagnoz pielęgniarskich wybranych z taksonomii NANDA. Ale czy taksonomia diagnoz to konieczność? Autorki tego artykułu po przeczytaniu w/w książki zachęczone „do refleksji nad zmianami w praktyce pielęgniarskiej” (1 str. 8) pragną podzielić się swoimi wątpliwościami na temat taksonomii diagnoz pielęgniarskich oraz przedstawić swój sposób rozumowania w ich tworzeniu. Chcą również ustosunkować się do podejmowanych w polskim pielęgniarstwie działań na rzecz uporządkowania i usystematyzowania wiedzy koniecznej do formułowania diagnozy. Klasyfikacja diagnoz pielęgniarskich ma zapewnić m.in. systematyzację języka, jakim powinno posługiwać się pielęgniarstwo, ułatwiać przepływ informacji, przetwarzanie i gromadzenie danych.

Czy jednak klasyfikacja diagnoz, w takim kształcie zapewnia ich jednoznaczność, obiektywizm przedstawia rzeczywisty obraz pacjenta i jego problemy opiekuńcze? Czy nie można zostawić pewnej swobody w formułowaniu diagnozy zachowując zasady poprawności ich zapisu i przestrzegając terminologii? Czy zarzut dowolności, subiektywizmu jest wobec takiej diagnozy słuszny?

Pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu ma pełne kompetencje do podejmowania niezależnych decyzji dotyczących pielęgnowania i organizowania opieki pielęgniarskiej m. in. do stawiania diagnozy pielęgniarskiej. Pielęgniarka formułując diagnozę, decydując o doborze celów działania, sposobów wykonywania zadań, kolejności rozwiązywania problemów, jest w pełni odpowiedzialna za przebieg i rezultat podejmowanych przez siebie działań. Nie musi więc dowodzić słuszności postawionych przez siebie diagnoz, ważne, aby była przekonana co rozpoznaje.

Istotnym problemem, który wiąże się z diagnozą pielęgniarską jest jej formułowanie i jej poprawny zapis. Jak podają autorki podręcznika „Formułując diagnozę pielęgniarską należy:

- rozpoznawać reakcję pacjenta na problem zdrowotny, unikając powielania diagnozy medycznej, także w czynnikach etiologicznych (...)

- dążyć do rozpoznawania takiej etiologii lub czynnika ryzyka wystąpienia problemu, który może zostać zmieniony przez interwencję pielęgniarki (...)

- unikać identyfikowania takich czynników etiologicznych, które wynikają z błędów postępowania osób opiekujących się pacjentem (...)

- rozpoznawać problem (reakcję) pacjenta, a nie problem, który napotyka pielęgniarka (...)

- odróżniać problem pacjenta od interwencji (...)

- odróżniać problem pacjenta od celu opieki (...).”

(1 str. 31-32).

Do powyższych zasad należy dodać, że diagnoza pielęgniarska powinna być zindywidualizowana dla każdego pacjenta i w sposób jasny i zwięzły (jedno zdanie złożone), wiernie odtwarzać jego stan – problem – trudność z przyczyną i skutkiem tego stanu. Ten sam stan - problem może mieć zupełnie inny skutek czy przyczynę w zależności od wieku, płci, wykształcenia miejsca pobytu, sytuacji ekonomicznej, stylu życia, istniejących chorób, niepełnosprawności pacjenta i tym podobnych czynników. Zarówno w literaturze, jak i w dokumentacji pielęgniarskiej często spotyka się wpis rozpoznanego stanu podmiotu opieki jako:

- wymioty,
- nadwaga,
- nadciśnienie,
- ból trzewny,
- brak motywacji do rzucenia palenia itp.

Są to jednak objawy, rozpoznania lekarskie, informacje, stwierdzenia, a takie rozumowanie prowadzi do tworzenia niemal nieskończonej liczby diagnoz.

Czy uda się więc tak naprawdę sklasyfikować i zakodować wszystkie stany – problemy pacjentów pojawiające się przecież u każdego z nich z różnych przyczyn i wywołujące najróżniejsze skutki?

Będzie to bardzo trudne wyzwanie dla polskiego pielęgniarstwa, które obecnie jest na etapie wdrażania nowej metody pracy - procesu pielęgnowania – i tworzenia bardziej lub mniej poprawnych diagnoz pielęgniarskich. Łatwiej jest bowiem w tradycyjnym pielęgnowaniu „doktoryzować” niż postrzegać człowieka holistycznie do diagnozowania jego problemów w całościowej i ciągłej opiece.

Stąd też bardzo często w opracowaniach dotyczących procesu pielęgnowania gromadzone są obszerne informacje o pacjencie z zakresu leczenia a nie pielęgnowania i w diagnozach pielęgniarskich pojawiają się diagnozy lekarskie.





Takie podejście do diagnozy pielęgniarskiej wynika również z braku umiejętności w sprawnym posługiwaniu się poprawną terminologią, nazywania problemów, czynników etiologicznych czy symptomów. Dlatego ważnym jest aby jak najprędzej wypracować wspólny język zawodowy, który jest jednym z kryteriów statusu profesji.

Jeszcze innym problemem, z jakim musi zmierzyć się współczesne polskie pielęgniarstwo jest wyliczenie kosztów procedur pielęgniarskich. Aby tego dokonać należy najpierw stworzyć katalog z klasyfikacją i kodami tychże. Jest to bardzo ważne i trudne zadanie, konieczne do wyznaczenia misji i roli pielęgniarstwa w systemie ochrony zdrowia. Katalog polskich procedur pielęgniarskich z ujednoliconym nazewnictwem, kodami cyfrowymi i wyceną kosztów pozwoli pielęgniarstwu zaistnieć na rynku usług medycznych i umożliwi szybkie ich zapisywanie, przetwarzanie przy wykorzystaniu dostępnych środków elektronicznych.

Wracając jednak do formułowania diagnozy pielęgniarskiej należy pamiętać, że powinna ona być tak sformułowana, aby odzwierciedlała całość sytuacji w jakiej znalazł się pacjent, bo tylko wtedy będzie wstępem do planowania pracy oraz wyznaczy cele i interwencje pielęgniarskie. Na przykład tak zapisana diagnoza pielęgniarska: „**hipertermia spowodowana długotrwałym przebywaniem na słońcu**” nie mówi nam nic o problemach i stanie pacjenta oraz o skutkach jakie to

przeżranie wywołało. Po przeczytaniu tej diagnozy tak naprawdę pielęgniarka nie może poprawnie wyznaczyć celu i planu działań, ponieważ diagnoza zawiera zbyt mało informacji. Brak w treści tej diagnozy najważniejszego – podmiotu opieki.

W/w diagnozę można zastąpić sformułowaniami:

- długotrwałe przebywanie w słońcu na plaży spowodowało przeżranie organizmu na skutek czego chłopiec stracił przytomność,

- słoneczne przeżranie organizmu spowodowało utratę przytomności pacjenta stanowiącą zagrożenie dla jego zdrowia,

- hipertermia słoneczna doprowadziła u pacjenta do utraty przytomności, co stało się zagrożeniem dla jego życia,

- pacjent nie posiadał wiedzy na temat szkodliwości długotrwałego przebywania na słońcu przez co doprowadził do hipertermii w wyniku której stracił przytomność.

Diagnozę: „**zaburzenia obrazu siebie w anoreksji**” można zastąpić sformułowaniami:

- utrata poczucia własnej wartości z powodu nie akceptowania własnego wyglądu, powoduje wycofanie się pacjentki z kontaktów z otoczeniem,

- zagrożenie zdrowia (życia) pacjentki, bo brak akceptacji samej siebie doprowadziło do zachowań autodestrukcyjnych,

- wyniszczenie organizmu spowodowane głodzeniem się doprowadziło do stanu zagrożenia życia,

reklama

centrum edukacji



**Centrum Edukacji ERUDIO**  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)  
 tel. (0-42) 630-95-59  
 0-784 009 277  
**Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)**

**WYBIERZ DODATKOWY KURS GRATIS**

RESUSCYTACJA  
 AKTY PRAWNE W MEDYCYNIE  
 OPIEKA STOMIJNA  
 PRZEMOC W RODZINIE  
 I WIELE INNYCH!



**ZAPRASZAMY NA KURSY**

**KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
 Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne

**KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK**  
 Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej  
 Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe

**SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
 EKG • Resuscytacja krążeniowo-oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran

**SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH**  
 Szczepienia ochronne noworodków

**SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK**  
 Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikutu amputowanej kończyny • Podstawy opieki paliatywnej • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego

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

**PŁATNOŚĆ  
ROZKŁADAMY NA  
DOGODNE RATY**

OIPIP w Łodzi zwraca 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach  
 GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 2 KURSY W JEDNYM!  
 ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)



- pacjentka agresywna bo zaburzony obraz siebie uniemożliwia jej współpracę w terapii,

- pacjentka odmawia przyjmowania posiłków bo nie akceptuje swojego wyglądu a to doprowadza do znaczne go osłabienia jej organizmu.

Diagnoza pielęgniarska nie powinna zawierać w swej treści diagnozy lekarskiej, bo proces leczenia idiagnozowanie lekarskie jest zupełnie różne od procesu pielęgnowania i diagnozowania pielęgniarskiego. W diagnozie pielęgniarskiej jak sama nazwa wskazuje powinno znaleźć się rozpoznanie pielęgniarki, bo tylko takie rozumienie diagnozy czyni proces pielęgnowania specyficznie pielęgniarskim. Na przykład diagnoza pielęgniarska: **„silny, rozlany ból brzucha z powodu podrażnienia otrzewnej w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego”** nic nie mówi nam o tym, co ten ból powoduje, jakie sprawia problemy nieobecnemu w diagnozie podmiotowi opieki. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jest diagnozą lekarską, więc po co wpisywać w diagnozę pielęgniarską skoro tego zjawiska nie rozpoznaje pielęgniarka. Proponujemy w/w diagnozę zastąpić:

- niewyjaśniona przyczyna silnego bólu brzucha powoduje niepokój pacjenta,

- pacjent przerażony, bo silny ból brzucha spowodował jego hospitalizację,

- pacjent wystraszony bo nasilający się ból brzucha jest przyczyną decyzji o zabiegu operacyjnym,

- pacjent boi się o własne życie bo z powodu utrzymujących się silnych dolegliwości bólowych brzucha będzie operowany.

Diagnozę: **„Lęk spowodowany oczekiwaniem na zabieg chirurgiczny z powodu guza mózgu”** można zastąpić zapisem:

- pacjent przerażony decyzją o zabiegu chirurgicznym, bo ta powoduje obawę o utratę życia,

- strach i niepokój wywołany decyzją o zabiegu chirurgicznym utrudnia komunikowanie się z pacjentem,

- wzrost niepokoju pacjenta w przeddzień zabiegu operacyjnego jest powodem trudności w zasypianiu,

- nagła decyzja o operacji wywołała u pacjenta strach przed śmiercią, przez co nie wyraża zgody na zabieg,

- obawa o wygląd po zabiegu chirurgicznym powoduje u pacjenta chwiejność emocjonalną.

Diagnoza pielęgniarska nie może też być tylko krótką informacją czy stwierdzeniem. I tak diagnozę pielęgniarską:

**„wymioty (u 5-letniego dziecka) w przebiegu infekcji wirusowej”** można zastąpić w zależności od sytuacji:

- intensywne wymioty stanowią zagrożenie dla zdrowia dziecka, bo nie radzi sobie z wypluwaniem resztek treści wymiotnej,

- intensywne wymioty powodują krztuszenie się płaczącego dziecka a to stanowi zagrożenie dla jego zdrowia,

- intensywne wymioty spowodowały znaczne osłabienie dziecka a to zagraża jego bezpieczeństwu,

- wymioty i nudności zaburzyły sen i wypoczynek dziecka przez co jest ono niespokojne i rozdrażnione,

- strach przed zabiegami i badaniami powoduje napięcie emocjonalne u dziecka a to nasila wymioty.

Diagnozę: **„Bezsenność psychofizyczna”** można zapisać:

- pacjent rozdrażniony bo utrata pracy spowodowała jego bezsenność,

- zaburzony sen spowodowany niekontrolowanym korzystaniem z internetu doprowadził do bezsenności,

- drzemki w ciągu dnia utrudniają zasypianie przez co pacjent nadużywa środków nasennych,

- przerywany sen związany z koniecznością oddawania moczu powoduje u pacjenta rozdrażnienie i trudności z koncentracją uwagi.

Diagnoza pielęgniarska: **„podbiegnięcie krwawe, ból i obrzęk na prawym przedramieniu na skutek przerwania ciągłości naczynia krwionośnego po nieudanej próbie kaniulacji”** nie powinna być wpisana do indywidualnej karty pielęgnowania pacjenta, bo diagnozuje ona jakość umiejętności pielęgniarki. Podczas każdej kaniulacji mogą wystąpić trudności z różnych przyczyn ale nieudana próba kaniulacji nie jest podstawą do formułowania diagnozy u pacjenta.

Zapis takiej sytuacji można zastąpić:

- zmiany w miejscu wkłucia kaniuli mogą doprowadzić u pacjenta do miejscowego stanu zapalnego,

- zbyt kruche, twarde ściany naczyń krwionośnych pękają podczas kaniulacji co powoduje u pacjenta rozległe krwiaki,

- zmiany w miejscu wkłucia kaniuli ograniczają sprawność ruchową prawej kończyny górnej przez co pacjentka ma trudności z wykonywaniem codziennych czynności,

- pacjentka ma trudności z przyjmowaniem posiłków oraz z utrzymaniem higieny osobistej bo w miejscu wykłucia kaniuli odczuwa silny ból.

Autorki artykułu były członkami zespołu trenerów, powołanego przez ORPiP w Łodzi, którego zadaniem było przeprowadzenie szkoleń warsztatowych na temat procesu pielęgnowania w dokumentacji medycznej, a formułowanie diagnozy pielęgniarskiej było jednym z głównych tematów. Dlatego z wielką uwagą przeczytałyśmy podręcznik „Diagnozy i interwencje pielęgniarskie” pod redakcją M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko i jesteśmy pod wrażeniem treści zawartych w książce i pracy jaka została włożona w jej powstanie.

Choć nasze podejście do diagnozy pielęgniarskiej, sposobu jej formułowania i stosowanej terminologii jest nieco odmienne, to jak słusznie podkreślają autorki we wstępie podręcznika „rozpoczęte zmiany wymuszają konieczność poszukania przez pielęgniarki nowych rozwiązań dla zapewnienia opieki na wysokim poziomie.



Biorąc pod uwagę te uwarunkowania, pielęgniarki powinny mieć świadomość, że trafne postawienie diagnozy jest podstawą podejmowania przez nie indywidualnych, celowych interwencji.” (1 str. 8)

Mamy nadzieję, że artykuł ten pobudzi pielęgniarki do twórczego i krytycznego myślenia, a tym samym wzbudzi dyskusje nad kształtem diagnozy pielęgniarskiej.

mgr Maria Kowalska  
mgr Joanna Lewandowska

#### Literatura:

- 1.M. Kózka, L. Płaszewska – Żywko :  
Diagnozy i interwencje pielęgniarskie.  
PZWL Warszawa 2008,
2. K. Zahradniczek „Pielęgniarstwo”  
PZWL, Warszawa 2004.

### Apel o pomoc

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Rzeszowie zwraca się z prośbą o wsparcie dla naszej koleżanki położnej, Anny Kumor, której spłonął dom i tym samym starciła ona dorobek całego swojego życia.

Anna Kumor  
38-130 Lubla  
woj. podkarpackie  
Nr konta:  
**20 1240 2672 1111 0000 3265 7308**

Zakład Opieki Zdrowotnej „SALVE” Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. A. Struga  
**zatrudni - na cały etat - pielęgniarki/położne (mile widziane kursy anestezjologiczne oraz kursy pielęgniarki instrumentariuszki.**  
**Informacje:**  
**tel. 042 630 - 43 38**

Agata Wojcierowska

***Czasy, w których działania pielęgniarki ograniczały się jedynie do sprawowania opieki nad pacjentem bezpowrotnie odeszły w niepamięć. W obecnej dobie, gdy jest to zawód zdobywany na prężnie działających wydziałach pielęgniarstwa, będących jednostkami uczelni wyższych nikogo już nie dziwi pielęgniarka-naukowiec, pielęgniarka-dyrektor, pielęgniarka-polityk. Pielęgniarki wychodzą poza utarte schematy.***

## Nurse znaczy pielęgniarka

Jestem asystentem w Zakładzie Teorii Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Humanistyczno - Ekonomicznej w Łodzi i współpracownikiem Poradni Zdrowia „Renoma”. Z ramienia tych instytucji biorę udział w przygotowaniu projektu: „PROFESSIONAL NURSE – Developing an English, German, Italian and Spanish Language Course for NURSES”, którego głównym celem jest stworzenie czterech kursów językowych (angielskiego, niemieckiego, hiszpańskiego i włoskiego) dla pielęgniarek dostępnych na płytach CD.

Jest to projekt międzynarodowy, tworzony dzięki współpracy polskich partnerów z organizacjami z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Austrii, Czech, Hiszpanii, Włoch. Realizowany jest przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej

Na podstawie wyników badania potrzeb oraz konsultacji z przedstawicielami środowiska pielęgniarzy i pielęgniarek opracowałam wstępny zakres tematyczny kursów. Przygotowywany kurs dla pielęgniarek będzie składać się z 6 części tematycznych, z których każda ćwiczy określony zasób leksykalny jak i również struktury gramatyczne na poziomie podstawowym (A1, A2) poprzez zastosowanie metody samodzielnego uczenia się, swoim zakresem obejmie ważne zagadnienia praktyczne związane z pracą pielęgniarki.

Materiał tematyczno-leksykalny w poszczególnych modułach będzie wprowadzany za pomocą krótkich ujęć wideo, zdjęć i prezentacji wizualnych, które ułatwią proces uczenia się.

Ponadto słownictwo zostanie przedstawione w konkretnej sytuacji, co pozwoli słuchaczowi na bezpośrednie skojarzenie wykonywanej czynności z jej nazwą w danym języku.

Zapraszam na stronę internetową projektu [www.pronurse.eu](http://www.pronurse.eu). Można na niej znaleźć informacje o projekcie oraz informacje z zakresu systemów zdrowia w poszczególnych krajach partnerskich, wymagań związanych z podjęciem pracy w tych krajach oraz innych kwestii dotyczących pielęgniarstwa. Zapraszam wszystkie osoby zainteresowane projektem o przesyłanie swoich uwag, zapytań i komentarzy na adres: [mbiedrzycki@wshe.lodz.pl](mailto:mbiedrzycki@wshe.lodz.pl)



## „Opieka paliatywna jako alternatywa eutanazji”

W dobie rozwoju cywilizacji i postępu medycyny problematyka eutanazji staje się tematem coraz częściej poruszonym na forum publicznym.

Na świecie obserwuje się tendencję do legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego przez lekarzy. Rozwój opieki paliatywnej w Polsce i innych krajach może stać się barierą dla rozszerzenia prawnej legalizacji eutanazji. Temu celowi służą liczne działania podejmowane w naszym kraju, o czym świadczy m.in. Deklaracja Toruńska (grudzień 2003), w której środowisko związane z opieką paliatywną i hospicyjną w Polsce zdecydowanie sprzeciwia się legalizacji eutanazji. Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej powołało specjalną grupę badawczą, zajmującą się problemami etycznymi w opiece paliatywnej, w szczególności zagadnieniem eutanazji. Przeciw eutanazji wypowiada się Kościół Katolicki, Rada Europy i Europejski Trybunał Praw Człowieka.

Termin „eutanazja” pochodzi od greckich słów: *eu* (dobry) i *tanatos* (śmierć). Dosłownie oznacza dobrą śmierć. W starożytności eutanazja oznaczała łagodną śmierć, bez przykrych cierpień lub też śmierć dobrą i zaszczytną.

Eutanazja we współczesnym ujęciu jest śmiercią narzuconą, która sprze-

ciwia się śmierci naturalnej. Za niedopuszczalne etycznie uważa się postępowanie zmierzające do spowodowania śmierci w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia. Problemem zasadniczym jest więc sposób walki z bólem i cierpieniem.

Jednak ani walka z cierpieniem, ani walka ze śmiercią nie są głównym celem współczesnej medycyny. Celem tym, jest przywrócenie człowiekowi zdrowia, a jeśli to niemożliwe, otoczenie go opieką i pomocą, aby realizował swoje życie mimo niepełnosprawności czy choroby.

Pacjenci cierpiący, z narastającymi objawami terminalnej fazy choroby nowotworowej często pozostają na marginesie działań medycznych. Na skutek doświadczenia intensywnego, trudnego do opanowania bólu i cierpienia związanego także z problemami w sferze psychicznej, społecznej i duchowej narasta w chorym i jego bliskich pokusa przedwczesnego spowodowania śmierci.

Myśli i zamiary samobójcze są częścią obrazu klinicznej depresji, która dotyczy wielu pacjentów nieuleczalnie chorych. Tu upatruje się źródła większości próśb o eutanazję.

Tymczasem depresję można leczyć, a efektem działań farmakologicznych i psychoterapeutycznych jest m. in. porzucenie zamiarów i myśli samobójczych. Najważniejszym czynnikiem w walce z eutanazją jest profesjonalna, holistyczna opieka terminalna.

Polski Kodeks Etyki Lekarskiej nakazując eutanazji, nakazuje lekarzowi dołożenie wszelkich starań, aby

zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną.

Celem zaniechania uporczywej terapii nie jest pozbawienie człowieka życia lecz zapewnienie mu godnych warunków umierania, kiedy śmierć w bliskim czasie jest nieuchronna i nie można jej zapobiec. Jest okazaniem szacunku dla śmierci naturalnej i niezakłócaniem jej działaniami nieuzasadnionymi. Tymczasem eutanazja jest negowaniem szacunku dla śmierci naturalnej i zastąpieniem jej śmiercią sztucznie wywołaną.

Prośba o eutanazję wśród chorych w stanie terminalnym nie zdarza się często. Zazwyczaj chorzy wypowiadają pragnienie śmierci w ściśle określonych warunkach:

- gdy odczuwają silny ból, duszność i inne intensywne dolegliwości fizyczne,
- gdy przeżywają głęboką depresję lub inne przykre stany emocjonalne,
- gdy nie mają oparcia w otoczeniu, czują się odrzuceni, niepotrzebni i samotni,

Współczesna medycyna dysponuje zaawansowanymi metodami zwalczania bólu coraz rzadziej zdarzają się sytuacje, w których lekarzom nie udaje się go opanować. Medycyna w większości wypadków potrafi już zaradzić bólowi fizycznemu. Nie da się jednak wyeliminować cierpienia związanego ze świadomością zbliżającej się śmierci, utratą nadziei i sensu życia.

Przeważnie chęć skrócenia życia u chorych nieuleczalnie słabnie lub ustaje całkowicie z chwilą poprawienia warunków opieki i opanowaniem dokuczliwych dolegliwości.





Dobra opieka paliatywna jest najbardziej skutecznym sposobem zapobiegania eutanazji, która w wielu przypadkach jest wołaniem o pomoc. W chwili uzyskania oczekiwanego wsparcia wola życia staje się często siłą motywującą do walki z chorobą, a życie staje się bardziej wartościowe.

Założenia opieki paliatywnej i hospicyjnej są odpowiedzią na potrzeby chorego i jego bliskich, którzy towarzyszą mu w zmaganiach z chorobą. Opieka paliatywna/hospicyjna przychodzi z pomocą cierpiącym chorym i ich rodzinom, stanowiąc wielkie osiągnięcie medycyny ostatnich 40 lat. Opieka ta integruje wiele dziedzin medycyny.

Cechuje się wszechstronnością aktywnych działań (opieka holistyczna) mających na celu zaspokojenie wielorakich cielesnych, psychicznych, socjalnych i duchowych potrzeb chorego z nie poddającą się leczeniu przyczynowemu, zagrażającą życiu, postępującą chorobą oraz zapewnienie wsparcia ich rodzinom podczas choroby i w okresie osierocenia po śmierci bliskiej osoby.

Opieka paliatywna sprawowana jest przez lekarzy, pielęgniarki, psychologów, pracowników socjalnych, osoby duchowne i wolontariuszy. Do zadań tego wielodyscyplinarnego zespołu należy leczenie bólu, duszności, nudności, wymiotów, i innych dokuczliwych objawów somatycznych, łagodzenie lęku i depresji, przeciwdziałanie osamotnieniu i izolacji oraz wsparcie duchowe. Celem działań jest także dążenie do poprawy jakości szybko uciekającego życia chorego oraz zapewnienie opieki jego rodzinie.

Ze względu na stały wzrost zachorowalności na nowotwory, rośnie również zapotrzebowanie na opiekę paliatywną.

W Polsce rocznie rejestruje się około 120 000 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, a z powodu choroby nowotworowej umiera ponad 80 000 chorych, co stanowi jedynie część wszystkich chorych umierających z powodu przewlekłych, postępujących chorób, których liczba sięga rocznie 350 000.

Opieka paliatywna traktuje życie jako podstawowe dobro człowieka,

stąd też nikt z zewnątrz, nie ma prawa i nie może decydować o cudzym życiu i dysponować nim.

Opieka paliatywna jest przeciwnikiem eutanazji wyznając zasadę, że „posiadaczem” prawa do życia jest jego „nosiciel”, czyli osoba ludzka na każdym etapie rozwoju (od poczęcia do naturalnej śmierci).

Prawo do życia jest więc podstawowym dobrem każdego człowieka. Trąska o życie jest szczególnym rodzajem służby życiu i naczelną dewizą pielęgniarstwa. Owa służba życiu ludzkiemu powinna stanowić główny cel działań pielęgniarstwa, co oznacza asystowanie człowiekowi zarówno w zdrowiu, chorobie jak i w godzinie śmierci. Jednym z priorytetowych zadań pielęgniarstwa w opiece paliatywnej jest otoczenie pacjenta holistyczną opieką, przyczyniając się do zwiększenia jego motywacji do życia i przyjęcia aktywnej postawy wobec choroby.

Praca napisana pod kierunkiem mgr Agnieszki Renn-Żurek

**Wioletta Dorożala - studentka II roku trybu stacjonarnego Kierunku Pielęgniarstwo WSHIE w Łodzi**

## Podziękowania

*Za troskliwą opiekę nad przewlekle chorą mamą Panią Ludwiką Werminowicz oraz wsparcie okazane najbliższej rodzinie....*

*Dziękujemy Pani pielęgniarce Emilii Ciesielskiej oraz Pani dr Annie Domagalskiej z Zakładu Opieki Zdrowotnej „Salve”*

*wdzięczna córka Irena Stępień*

\*\*\*

*Serdecznie dziękuję wszystkim pielęgniarcom i lekarzom z Oddziału Neurologii Szpitala im. Jonschera w Łodzi za profesjonalną opiekę, którą obdarzyli moją matkę Halinę Niewinowską za okazanie serca, życzliwość i serdeczność.*

*Anna Niewinowska-Lassota*

\*\*\*

*Pragnę gorąco podziękować Pani Wandzie Sliferskiej - pielęgniarce Bloku Operacyjnego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi oraz Panu dr Witoldowi Olejniczakowi i Pani dr Grażynie Poznańskiej za okazaną życzliwość i wsparcie podczas zabiegu operacyjnego Pacjenta Grażyna Noskiewicz*



## Opinia w sprawie pobierania przez pielęgniarkę materiału biologicznego z kanału szyjki macicy i ujścia cewki moczowej

Rozważając kwestię uprawnienia pielęgniarki do pobierania materiału biologicznego z kanału szyjki macicy i ujścia cewki moczowej należy rozważyć dwie kwestie: kwalifikacje zawodowe pielęgniarki oraz skład i kwalifikacje personelu medycznego świadczącego usługi w gabinecie ginekologiczno-położniczym, gdzie te materiały mogą być pobierane.

1. Zgodnie ze Standardem kwalifikacji zawodowych dla zawodu pielęgniarka, część - kwalifikacje podstawowe do zawodu - umiejętności, pielęgniarka w wyniku kształcenia do zawodu uzyskuje m.in. umiejętności w zakresie pobierania materiału do badań bakteriologicznych t.j. mocz, kał, płwocina, wymazy z nosa, gardła, narządów moczowo-płciowych i inne wydzieliny, nie ma natomiast konkretnych informacji o nabytych umiejętnościach, które upoważniają do pobierania wydzieliny z dróg rodnych na *Trichomonas vaginalis* (GC), stopień czystości pochwy oraz materiału z tarczy i kanału szyjki macicy do wykonania rozmazów cytologicznych. Pobieranie wyżej wskazanych materiałów wymaga specjalistycznego przygotowania i mieści się w kompetencjach lekarza ginekologa i położnej, co znalazło odzwierciedlenie m. in. w Standardzie kwalifikacji zawodowych dla zawodu położna oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (**Dz.U. Nr 210 poz. 1540**) - załącznik Nr 4 Rodzaje badań diagnostycznych i rodzaje materiałów do tych badań pobieranych przez położną.

2. Uwzględniając obowiązujące Zarządzenie Nr 65/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (załącznik 3a), jednym z warunków umowy na świadczenia w gabinecie ginekologiczno-położniczym jest zatrudnienie personelu z odpowiednimi kwalifikacjami w tym: lekarza (lekarz położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej), oraz położnej (położna albo położna posiadająca certyfikat opisany w zał. nr 6). Zarządzenie nie uwzględnia pielęgniarki.

Mając na uwadze powyższe stwierdzam, że pielęgniarka nie jest upoważniona nawet na zlecenie lekarza do pobierania materiału biologicznego z kanału szyjki macicy i ujścia cewki moczowej.

Z poważaniem  
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego  
Leokadia Jędrzejewska

### Komunikat Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

#### w sprawie pobierania i transportu materiałów do badań laboratoryjnych pobranych w miejscu zamieszkania pacjenta przez pielęgniarki i położne wykonujące świadczenia jako samodzielne podmioty

W związku z licznymi zapytaniami pielęgniarek i położnych wykonujących świadczenia jako samodzielne podmioty dotyczącymi pobierania i transportu materiałów do badań laboratoryjnych pobranych w miejscu zamieszkania pacjenta NRPIP informuje, że:

Pielęgniarka ma prawo na zlecenie lekarza poz pobrać w miejscu zamieszkania pacjenta materiał do badań laboratoryjnych **pod warunkiem zapewnienia przez lekarza poz próbek lub pojemników, opakowania zbiorczego oraz transportu materiału do laboratorium.** W ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia lekarz poz otrzymuje na ten cel środki finansowe. Pielęgniarki i położne takiego finansowania nie otrzymują.

Zgodnie z pkt. 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku w sprawie standardów jakości dla laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. Nr 61, poz. 435) materiał do badań laboratoryjnych jest dostarczany do laboratorium zgodnie z procedurami opracowanymi przez te laboratoria **dla stałego zleceńodawcy - lekarza poz.** Zgodnie z § 9 pkt. 4 zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (zmienionego zarządzeniem nr 105/2007/DSOZ oraz zarządzeniem nr 1/2008/DSOZ) świadczeniodawca (lekarz poz) zapewnia pobranie materiałów do badań zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku. Pobranie materiału do badań w domu chorego świadczeniodawca (lekarz poz) zleca pielęgniarce poz. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz poz, wymienia załącznik nr 2 do zarządzenia. Świadczenia lekarza poz są finansowane na zasadach określonych w § 11 ww. zarządzenia.

**Samodzielny transport przez pielęgniarki i położne materiału do badań laboratoryjnych pobranego w miejscu zamieszkania pacjenta lub pozostawienie tego materiału w domu pacjenta jest niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa i rodzi zagrożenie epidemiologiczne!**

Załącznik nr 14 do zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku (zmienionego zarządzeniem nr 1/2008/DSOZ oraz zarządzeniem nr 1/2008/DSOZ) w katalogu świadczeń pielęgniarstkich w poz, określa w pkt. 6.4, że pobieranie materiału do badań do badań jest świadczeniem realizowanym we współpracy ze świadczeniodawcą (lekarzem poz). Za zapewnienie pojemników do badań oraz warunków i środka transportu odpowiada lekarz poz zgodnie z warunkami umowy z wykonawcą badań (laboratorium).

# Pielęgniarka, położna, lekarz – razem czy osobno?

## Do aktywnego współdziałania zawodowego

Lekarze i pielęgniarki należą do tych zawodów medycznych, którzy z racji swojej pracy spotykają się nieustająco. Ich stosunki zawodowe bywają różne, tak jak różnie mogą zachowywać się ludzie, niezależnie od wykonywanego zawodu. Jednak w przypadku lekarzy i pielęgniarek ich zawodowa symbioza, współpraca i aktywne współdziałanie pożądane jest w sposób szczególny. Wiąże się to przede wszystkim z interesem powierzonego im opiece pacjenta, ale również ich własnym – by pracowało się lepiej, efektywniej i z korzyścią dla wszystkich.

Od jakiegoś czasu dają się słyszeć określenia pielęgniarek i położnych jako profesjonalistów medycznych. Nie zawsze jednak tak było. Do 1996 roku wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej regulowała ustawa z 1935 roku, w której czynności zawodowe pielęgniarki w znaczącej części miały charakter wyłącznie pomocniczy, wykonawczy, nie będzie nadużyciem stwierdzenie, że służebny. Elementy samodzielnego działania w tym zawodzie były znacznie ograniczone: pielęgniarki mogły samodzielnie pielęgnować chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych oraz szerzyć higienę ogólną i osobistą, zwalczać epidemie oraz zapobiegać chorobom.

Wchodząc w życie w 1996 roku ustawa z dnia 5 lipca o zawodach pielęgniarki i położnej (DZ.U. 1996, Nr 91, poz. 410) zmieniła rewolucyj-

nie pozycję pielęgniarek i położnych wśród pracowników służby zdrowia. Najważniejszym zapisem stało się stwierdzenie, że zawody pielęgniarki i położnej są zawodami samodzielnymi (art. 2), wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej (art. 4 i 5) polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych: pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

Zapis o obowiązku wykonywania przez pielęgniarkę i położną realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji jest jedynym wyrazem podległości pielęgniarki lekarzowi. Wypada on jednak błado wobec zapisanego zakresu samodzielności pielęgniarek i położnych, wyrażającej się przez nadanie następujących uprawnień:

- pielęgniarkom – do samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych (art. 4, poz. 2, pkt. 5 Ustawy)

- położnym – do sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, prowadzenia fizjologicznego porodu i położu, sprawowania opieki nad noworodkiem oraz udzielania pomocy położniczej w nagłych przypadkach do czasu przybycia lekarza (art. 5, poz. 2, pkt. 1,2 i 3).

Możliwość samodzielnego wykonywania przez pielęgniarki i położne określonych świadczeń powinna stanowić znaczącą pomoc w sprawowaniu pra-

widłowej opieki nad pacjentami.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej reguluje stosunki między lekarzami a pielęgniarkami i położnymi, ustalając w sposób jednoznaczny zasady partnerstwa (art. 22). Realizacja powyższych zapisów, zmieniających radykalnie relacje pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami i położnymi, wymaga jednak dużej kultury i taktu z obu stron. Lekarze oraz pielęgniarki i położne nie mogą realizować się zawodowo bez stałej codziennej współpracy. Aczkolwiek nowe przepisy zmieniają zasadniczo charakter tej współpracy, to jeśli będą realizowane prawidłowo, przysłużą się pacjentowi.

Wraz ze zmianą trybu kształcenia, coraz lepszym przygotowaniem zawodowym, posiadaniem specjalizacji, rola pielęgniarek i położnych zaczęła się stopniowo zmieniać.

Jak pisze M. Bogusz „pielęgniarka to obecnie osoba dobrze wykształcona (...), potrafiąca podejmować samodzielne i kompetentne decyzje, przyjmująca osobistą i zawodową odpowiedzialność, współpracująca z pacjentem, jego rodziną oraz interdyscyplinarnym zespołem w celu zapewnienia opieki o najwyższej jakości i utrzymania zdrowia pacjenta na jak najwyższym poziomie”.

Pielęgniarkom i położnym zaczęto powierzać coraz więcej kompetencji i bardziej odpowiedzialnych zawodowych zadań, które niejednokrotnie były



zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy. K. Ździebło uważa, że należy rozważyć możliwość dalszego ich zwiększenia i umożliwienia pielęgniarkom samodzielnego wykonywania zadań przynoszących wymierne efekty zdrowotne, widocznych zarówno dla pielęgniarek, jak i dla pacjentów. Zdaniem B. Sztembisz i I. Wrońskiej spostrzega się to jako rozszerzenie zadań i przechodzenie w ich wykonywaniu od podporządkowania lekarzowi do samodzielności.

K. Ździebło uważa również, że w przyszłości „pielęgniarka musi (...) być dobrze wykształconym profesjonalistą, którego unikalny i wyróżniający się wkład w opiekę zdrowotną, (...) jest respektowany przez wszystkich współpracowników w ramach współpracy w dostarczaniu usług zdrowotnych najwyższej jakości”.

W ostatnich cytowanych zdaniach podkreśla się współpracę pielęgniarki z interdyscyplinarnym zespołem, oraz respektowanie wkładu pracy zespołu pielęgniarskiego przez wszystkich pracowników medycznych. Jak jednak owa współpraca pomiędzy pielęgniarką a interdyscyplinarnym zespołem medycznym wygląda? Czy w istocie wkład, jaki wnosi pielęgniarka jest doceniany przez innych pracowników medycznych?

Przeszkodą dla prawidłowej współpracy są nadal często spotykane w środowisku lekarskim stereotypy, ujmujące pielęgniarkę jako osobę całkowicie podporządkowaną lekarzom. W tym skostniałym myśleniu, wśród dużej grupy lekarzy nadal funkcjonuje paternalistyczny model współpracy na płaszczyźnie lekarz-pielęgniarka, gdzie opinia pielęgniarki dotycząca zdrowia pacjenta i opiekowania się nim nie jest brana pod uwagę. C. Davis przyznaje jednak, że ma na to wpływ przeszłość, w której lekarze byli w pełni niezależni i na dzień dzisiejszy nie są gotowi do zmiany swojego podejścia: od pełnej autonomii do pełnej współpracy. W tradycji pielęgniarstwa i położnictwa widać problem hierarchii za-

wodowej. Dawniej pielęgniarkom wpajano, że mają „być posłuszne lekarzom” i karnie wykonywać ich polecenia. Poszczególne pielęgniarki i poszczególni lekarze mogą starać się zmienić zakorzeniony obraz swojego zawodu, ale jak argumentuje C. Davis – nie pozwala na to doniosły wpływ tradycji, w tym tradycyjnego myślenia przez pryzmat płci.

Lekarze przyzwyczajeni do bezwzględnego posłuszeństwa ze strony pielęgniarek są niezadowoleni i rozgoryczeni malejącym wpływem decydowania o realizowaniu niektórych czynności przy chorym człowieku oraz z dyskutowania przez pielęgniarki niektórych decyzji wydanych przez lekarzy. Jak wynika bowiem z niektórych badań, zdenerwowanie i stres u lekarzy może wywoływać m. in. brak ścisłego podporządkowania się ze strony podległych im pracowników, w tym także pielęgniarek.

Problem ten dostrzegła A. Ksykiewicz-Dorota, która pisząc o problemie samodzielności decyzyjnej w pionie pielęgniarskim, wśród dylematów, które utrudniają wykonywanie usług medycznych przez pielęgniarki, do tej pory tradycyjnie zarezerwowanych przez lekarzy, wymieniła:

- obronę interesów przez grupę zawodową lekarzy przyzwyczajonych do hierarchicznego sposobu sprawowania opieki,
- nieograniczonej autonomii klinicznej,
- decydowania o pracy innych członków zespołu medycznego (tutaj: pielęgniarek i położnych),

Opisywanym zjawiskiem zainteresował się również J. Salvage, który napisał, że „występujące różnice, jakie są dostrzegane w możliwościach działania, perspektywach, wykształceniu, zarobkach i stanie społecznym lekarzy i pielęgniarek, a przede wszystkim różnice płci doprowadzają do ciągłego braku zrozumienia i wzajemnej akceptacji”. Stwierdził również rzecz następującą: „Przyzwolenie pielęgniarek na lekceważące traktowanie i niechętna postawa lekarzy wobec kwe-

stionowania ich decyzji stworzyły podłoże napięć”. Można zakładać, że dwie grupy osób, których podobnym celem jest służenie chorym do siebie ze sobą współpracują. Można również byłoby przypuszczać, że obie grupy zawodowe są zainteresowane badaniem wzajemnych stosunków, jeśli te wymagają poprawy. Jednakże, w rzeczywistości, mimo obecnie koniecznej poważnej odbudowy wzajemnych relacji, sensowna dyskusja między lekarzami i pielęgniarkami odbywa się bardzo rzadko – alarmuje J. Salvage.

Napięcia te mogą być maskowane w warunkach praktycznych, przy łóżku chorego, jednak jak wynika z wielu doniesień, na pewno istnieją Przyczyny braku konstruktywnej i szczerzej dyskusji pomiędzy reprezentantami tych dwóch profesji medycznych jest wiele. Przede wszystkim lekarze nie wydają się być zadowoleni z usamodzielnienia się środowiska pielęgniarskiego. L. Wołowicka pisze: „Istnieje duże niezrozumienie problemu i delikatnie mówiąc nietolerancja wynikająca z braku możliwości potrzeb i możliwości integracji wzajemnych, tych samodzielnych zawodów i profesji”.

Prawda jest taka, że żadna grupa zawodowa nie może obecnie pracować samodzielnie, zwłaszcza lekarze i pielęgniarki. Nikt pracujący w izolacji nie może przodować w jakiegokolwiek dziedzinie wiedzy wobec szybkiego tempa zmian organizacyjnych i klinicznych, dowodzi C. Davies. Praca zespołowa, ma duże znaczenie dla odczuwania satysfakcji zawodowej, a dynamika takich zespołów wywiera olbrzymi wpływ na zachowania jej członków.

W związku z powyższym, czas na zmiany! Konieczne jest stworzenie warunków wspólnej pracy i przeobrażenia sposobu myślenia lekarzy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Wyzbycia się przeświadczenia, że traktowanie pielęgniarek i położnych jako partnerów w działaniu naruszy prestiż zawodowy, czy podważy kompetencje



lekarzy. Zarówno pielęgniarki, ale i także obecnie już sami lekarze zaczynają dostrzegać konieczność i zalety aktywnego zawodowego współdziałania.

Jak wynika z badań A. Liszki (2005 r.) obecnie lekarze wysoko cenią przygotowanie zawodowe pielęgniarek, ale jest to tym samym sygnał, że właśnie owe dobre przygotowanie do zawodu pozwala wystawić współczesnym pielęgniarkom i położnym wysoka notę i stanowić o możliwości nawiązania z nimi konstruktywnej współpracy, której podmiotem będzie chory człowiek.

W środowisku medycznym zauważalna jest potrzeba wspólnego dialogu między tymi dwoma najbardziej znaczącymi grupami zawodowymi. Nie powinna już mieć miejsca sytuacja, w której oba najbardziej bliskie pacjentowi zawody medyczne, jakimi są lekarze, pielęgniarki i położne, komunikowały się pośrednio i manipulacyjne, bez ciepła i wzajemnego wsparcia, jak złe małżeństwo, o czym pisze M. Zwarenstein.

Można zatem powiedzieć, że mijają czasy w medycynie, w których nie raz można było dostrzec pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami zawodową niechęć czy atmosferę rywalizacji. Nadchodzą czasy zmiany myślenia i aktywnego współdziałania! Choć z pewnością jeszcze jest wiele na tym polu do zrobienia, aby były one w pełni satysfakcjonujące dla obu zainteresowanych stron.

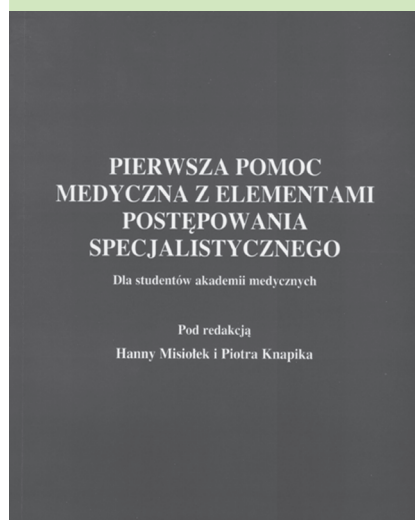
Ale należy robić wszystko, co jest możliwe w tym kierunku, gdyż jak mawiał Marek Aureliusz: „ Nasze życie jest takim, jakim uczyniły go nasze myśli”

Przedruk z Biuletynu Nr 3/2008 Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

# kącik biblioteczny

## PIERWSZA POMOC MEDYCZNA Z ELEMENTAMI POSTĘPOWANIA SPECJALISTYCZNEGO

Hanna Misiołek, Piotr Knapik  
Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2007,  
ISBN 978-83-7509-037-6



Duże zainteresowanie, z jakim spotkało się u odbiorców pierwsze wydanie podręcznika „Pierwsza pomoc medyczna z elementami postępowania specjalistycznego” skłoniło Wydawnictwo do podjęcia starań w celu ponownego wydania tej pozycji.

Z uwagi na szybki rozwój wiedzy, odkrycia naukowe oraz wdrożenie do codziennej praktyki nowych, obowiązujących zasad resuscytacji i postępowanie w stanach nagłych (grudzień 2005 r. - wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji), dokonano zmian w rozdziale dotyczącym resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Oddając do rąk Czytelników nowy uzupełniony podręcznik, mamy nadzieję, że spełni on oczekiwania odbiorców. W spisie treści:

1. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
2. Dostęp do naczyń obwodowych i centralnych
3. Stany zagrożenia życia związane z układem krążenia
4. Stany zagrożenia życia związane z układem oddechowym
5. Stany zagrożenia życia związane z ośrodkowym układem nerwowym
6. Nagłe przypadki medyczne
7. Wstrząs - patomechanizm, objawy, leczenie
8. Stany nagłe związane z urazami
9. Wypadki spowodowane działaniem czynników środowiskowych
10. Zatrucia
11. Ułożenie i transport poszkodowanego w różnych sytuacjach ratowniczych

mgr **Małgorzata Bednarek-Szymańska**  
st. specjalista ds. merytorycznych



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

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

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

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

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

**Konto bieżące OIPIP**

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

**Biblioteka OIPIP**

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

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

e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl

tel. 042 633 92 98

**Prawo wykonywania zawodu**

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

tel. 042 633 32 13

**Pośrednictwo pracy i dział socjalny**

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

tel. 042 633 23 94

**Kasa**

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

tel. 042 639 92 76

**RADCA PRAWNY**

udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem

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

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

**UDZIELAJĄ:**

**mgr MARIA KOWALCZYK**

**AGNIESZKA KAŁUŻNA**

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

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

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

**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**EWA SKIBA**

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

dyżuruje we wtorki w godz. 15.00 – 17.00

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

tel. 042 633 22 48

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

**Przewodnicząca**

**mgr Krystyna Walewska**

**środy w godz. 14.00 – 18.00**

**Wiceprzewodnicząca**

**mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)**

**Wiceprzewodnicząca**

**mgr Elżbieta Krokocka (położna)**

**Sekretarz**

**lic. pielęg. Anna Manes**

**II i IV poniedziałek miesiąca**

**w godz. 15.00 – 17.00**

**tel. 042 633 22 48**

