



## Dzień Pracownika Służby Zdrowia

Dzień Pracownika Służby Zdrowia został zainicjowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która powstała właśnie 7 kwietnia 1948 roku. Dzień ten stanowi najlepszy moment dla ukazania, jakie znaczenie mają działania podejmowane przez pracowników ochrony zdrowia dla członków społeczeństw.

12

## Rola pielęgniarki operacyjnej przy zabiegach alloplastyki stawu kolanowego ...

Zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego należą do jednych z najczęstszych problemów u chorych, zgłaszających się do poradni ortopedycznych.

W Polsce ponad 8 milionów ludzi leczonych jest z powodu zmian zwyrodnieniowych, z czego jedna czwarta to chorzy ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu kolanowego.

17

## Nordic Walking czyli magiczny chód z kijkami



Zaczęła się wiosna, podjęliśmy już decyzję, że przyszła pora na inwestycje we własne zdrowie i poprawę ogólnej kondycji organizmu. Wyruszamy w plener, żeby nacieszyć oko budzącą się do życia przyrodą, chwycić trochę słońca i poodychać świeżym powietrzem.

23

w numerze:

**Biuletyn 4/2008**

1 kwietnia 2008 roku

### Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Serwis informacyjny
- 3 Sprawozdanie z XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych  
A. Manes
- 4 Wnioski, stanowiska, apele przyjęte podczas XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
- 8 Informacja o konferencji pt.  
„Profesor Włodzimierz Fijałkowski i jego dzieło”
- 9 Radca prawny radzi
- 10 Z pamiętnika dziecka alkoholików
- 12 Dzień Pracownika Służby Zdrowia  
J. Rogozińska
- 14 Choroba Parkinsona  
A. Kałużna
- I – VIII **Wkładka: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego**
- 17 Rola pielęgniarki operacyjnej przy zabiegach alloplastyki stawu kolanowego z wykorzystaniem nawigacji komputerowej  
M. Stolarczyk
- 20 WSH-E Naukowe Koło Studenckie:  
Skład i funkcje członków zespołu interdyscyplinarnego sprawującego opiekę nad pacjentem terminalnie chorym  
B. Tomczyńska
- 23 Nordic Walking – czyli magiczny chód z kijkami  
Z. Kornacka
- 25 Kącik emerytek:  
Odkrywamy Łódź na nowo!  
Spotkanie z poetką  
Z. Kulesza
- 26 Kącik społeczników:  
Henryka Wasiela  
B. Dobrowolska
- 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 Wypych

**Druk:** BiK – M. Bernaciak, M. Frydrysiak spółka jawna

94-104 Łódź, ul. Obywatelska 102/104



## Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 12 lutego 2008 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 7 pielęgniarek i 1 położną.
- Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 3 pielęgniarki.
- Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu 5 pielęgniarkom.
- Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 5 pielęgniarek/pielęgniarzy.
- Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 3 pielęgniarki.
- Dokonano zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 1 praktyka.
- Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat 1 pielęgniarki skrócono okres przeszkolenia.
- Przyznano 5 nagród finansowych po ukończeniu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo z oceną bardzo dobry.
- W celu usprawnienia realizacji zadań ustawowych ORPiP w Łodzi powołała składy osobowe 11 komisji problemowych.
- Zatwierdzono:
  - koszty udziału członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej i Skarbnika w szkoleniu,
  - koszty wydania Biuletynu „Proces pielęgnowania w dokumentacji pielęgniarki i położnej” oraz honoraria dla 12 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie,
  - pełnomocników i ich zastępców w rejonach wyborczych/zakładach na V kadencję,
  - koszty szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi,
  - skład komisji konkursowej, nagrody i regulamin konkursu „Codziennosc zawodowa – blaski i cienie”.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu komisji egzaminacyjnej.
- Wytypowano przedstawiciela ORPiP do udziału w spotkaniu podsumowującym projekt „Orientacja na zdrowie i dobrostan społeczny w regionie Morza Bałtyckiego/HEPRO”.
- Wytypowano przedstawiciela ORPiP do współpracy w przygotowaniach Konferencji „Profesor Wł. Fijałkowski i jego dzieło”.
- Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 10 pielęgniarek oddziałowych.

## Najważniejsze Uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 27 lutego 2008 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarsza 4 pielęgniarkom/pielęgniarszom i 1 położnej.
- Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu 2 osobom.
- Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 5 osób.
- 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.
- Rozpatrzono wnioski w sprawie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu :
  - skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu 1 pielęgniarkę,
  - skrócono czas trwania przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu 3 pielęgniarkom.
- Dokonano wpisu 2 podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:
  - ERUDIO: kurs specjalistyczny w zakresie Wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego (program dla pielęgniarek i położnych),
  - Akademia Zdrowia: kurs specjalistyczny w zakresie wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego (program dla pielęgniarek i położnych).
- Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji: 4 osobom, kursie specjalistycznym: 6 osobom, kursie kwalifikacyjnym: 2 osobom, kursie dokształcającym: 5 osobom.
  - 2 osobom odmówiono przyznania finansowania ze względów regulaminowych – zgodnie z regulaminem kursy organizowane przez OIPiP w Łodzi nie podlegają dofinansowaniu.
- Przyznano 4 nagrody finansowe po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry.
- Przyznano zapomogi bezzwrotne, po 1500 zł: 4 osobom, 1000 zł: 1 osobie,
  - Ze względów regulaminowych odmówiono przyznania zapomogi bezzwrotnej 3 osobom – brak sytuacji losowej, brak zaświadczenia lekarskiego.
- Przyznano na wniosek Redaktora Naczelnego Biuletynu Honoraria za opublikowane artykuły 4 osobom.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu komisji: 2 komisji egzaminacyjnych i 2 kwalifikacyjnych.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP do udziału w komisji konkursowej na stanowisko ordynatora.

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



# Sprawozdanie z XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

Anna Manes

29 lutego 2008 roku w Urzędzie Miasta odbył się XXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. W obradach Zjazdu uczestniczyło 177 delegatów spośród 197 uprawnionych. Obradom Zjazdu przewodniczyły panie: Zofia Komorowska, Iwona Spychalska i Anna Manes.

Celem Zjazdu było przyjęcie:

- 1) sprawozdania z wykonania budżetu za rok 2007,
- 2) planu budżetu na rok 2008 i prowizorium na I kwartał 2009 rok,
- 3) sprawozdań z pracy organów Izby za okres listopad – grudzień 2007 roku,
- 4) rezygnacji z funkcji zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Łodzi pani Marii Kowalczyk i przeprowadzenie wyborów uzupełniających.

Pani Maria Kowalczyk została wybrana na V Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w grudniu 2007 roku do pełnienia funkcji Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, dlatego zgodnie z ustawą z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (DzU Nr 41 poz. 178 ze zmianami) nie mogła pełnić funkcji zastępcy ORZOZPIP. W wyborach uzupełniających na stanowisko zastępcy ORZOZPIP wybrano panią Elżbietę Nowak położną ze Szpitala Rejonowego w Piotrkowie Trybunalskim.

Otwarcia XXII Zjazdu dokonała przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi pani Krystyna Walewska. W swoim wystąpieniu przewodnicząca przedstawiła założenia programowe do realizacji w czasie trwania V kadencji. Szczególną uwagę zwróciła na bardzo trudną sytuację w systemie ochrony zdrowia, pogarszające się warunki pracy, zróżnicowania płac w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, na niskie zainteresowanie nauką naszego zawodu w stosunku do potrzeb.

Przewodnicząca podkreśliła również jak ważna jest kontynuacja działalności szkoleniowej, na którą w planach budżetu na rok 2008 zarezerwowano około 31 procent wpływów ze składek członkowskich.

Na zakończenie swojego wystąpienia pani przewodnicząca złożyła serdeczne podziękowania za pomoc i wsparcie wszystkim członkom samorządu, a także pracownikom Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

W obradach Zjazdu uczestniczyli zaproszeni goście m.in.: Wojewoda Łódzki – pani Jolanta Chełmińska, Wiceprezydent Miasta Łodzi – pani Halina Rosiak, Dyrektor

Departamentu Polityki Zdrowotnej – pani Dorota Łuszczynska, Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi – pani Jolanta Pustelnik, Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi – pan Grzegorz Krzyżanowski, Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej – pani Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, przedstawiciele Łódzkiego Wydziału Świadczeń Opieki Zdro-



wotnej NFZ – panie Izabela Dobrzańska i Bożena Nielińska-Kusak, Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi – pani Małgorzata Wojciechowska, Dziekan Wydziału Pielęgniarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – pan Józef Kobos, Przewodniczący Łódzkiego Oddziału PTP – pan Zbigniew Tokarski.

W swoich wystąpieniach goście podkreślali fakt, że jesteśmy najliczniejszą i jednocześnie coraz lepiej wykształconą kadrą medyczną, co znacznie podwyższa prestiż zawodowy.

W wielu wypowiedziach kładziono szczególny nacisk na stojące przed pielęgniarkami i położnymi wymagania jakimi niewątpliwie są opieka i troska o chorego.

Goście dziękowali Nam za trud włożony w opiekę nad drugim człowiekiem i życzyli satysfakcji z pracy, realizacji podjętych zadań i satysfakcjonującego wzrostu wynagrodzeń.

Delegaci w materiałach przesłanych na dwa tygodnie przed Zjazdem otrzymali wszystkie projekty uchwał i sprawozdania.

Teksty przyjętych podczas obrad Zjazdu apeli i wniosków zamieszczamy na stronie 4.



**Anna Manes**  
Sekretarz ORPIP

**Wniosek XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
z dnia 29 lutego 2008 roku**

do  
Ministra Zdrowia  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**w sprawie: nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej**

Delegaci XXII Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się do Ministra Zdrowia oraz do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o podjęcie działań zmierzających do ujednoczenia zasad ustalania tzw. dodatków nocnych i za pracę w dni świąteczne dla wszystkich pracowników medycznych.

**Wniosek XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
z dnia 29 lutego 2008 roku**

do  
Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego  
Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
Ministerstwa Zdrowia  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**w sprawie podjęcia działań zmierzających do zmiany zasad dotyczących ponownego  
zdawania egzaminu praktycznego przez osoby posiadające prawo wykonywania zawodu**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się ponownie o podjęcie działań zmierzających do zmian legislacyjnych, znoszących konieczność ponownego zdawania egzaminu praktycznego z przygotowania zawodowego podczas obrony pracy licencyjnej przez pielęgniarki i położne podnoszące kwalifikacje zawodowe na studiach pomostowych na Wydziale Pielęgniarstwa.

Uzasadnienie:

Pielęgniarki i położne uzupełniające studia pomostowe na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo i posiadają już prawo wykonywania zawodu. Dlatego ponowne zdawanie praktycznego egzaminu zawodowego jest bezzasadne.

**Wniosek XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
z dnia 29 lutego 2008 roku**

do  
Rządu Rzeczypospolitej Polskiej  
Ministra Zdrowia

**w sprawie form zatrudniania pielęgniarek i położnych w lecznictwie stacjonarnym**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się o podjęcie działań zmierzających do zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie umowy o pracę w zakładach opieki zdrowotnej – lecznictwie stacjonarnym jako najbardziej właściwej formy zatrudniania.

Uzasadnienie:

Dokonujące się przekształcenia w ochronie zdrowia stwarzają dla pielęgniarek i położnych wiele zagrożeń, a wśród nich zmianę formy zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych. Takie zatrudnienie bardzo często narusza podstawowe prawa pracownicze, a w szczególności zwiększa czas pracy ( liczbę godzin dobową oraz miesięczną) stwarzając zagrożenie zarówno dla pacjenta jak i samych pielęgniarek/położnych.





**Apel XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
z dnia 29 lutego 2008 roku**

**w sprawie umieszczenia na stronie internetowej banku pytań  
dla poszczególnych dziedzin specjalizacji pielęgniarskich i położniczych**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych o przyspieszenie działań mających na celu zamieszczenie na stronie internetowej banku pytań – zadań testowych odrębnych dla poszczególnych dziedzin specjalizacji.

**Apel XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
z dnia 29 lutego 2008 roku**

**w sprawie wynagrodzeń za pracę pielęgniarek i położnych**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mając na uwadze dobro członków samorządu pielęgniarek i położnych, dostrzegając ich powszechne niezadowolenie ze skandalicznie niskich zarobków, będąc świadkiem spadku zainteresowania młodzieży nauką w tych zawodach, coraz częstszymi faktami odchodzenia od zawodu, narastającym zjawiskiem emigracji motywowanej ekonomicznie, domagają się stanowczo podjęcia przez Państwo działań na rzecz podniesienia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

W tym celu Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują:

1) do władz państwowych:

– o niezwłoczne zagwarantowanie pielęgniarkom i położnym wynagrodzenia na poziomie 150% corocznie waloryzowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw,

2) do społeczeństwa:

– o zrozumienie, że starania samorządu pielęgniarek i położnych o wyższe wynagrodzenia podyktowane są także troską o stan opieki zdrowotnej w Polsce,

– o wspieranie całego środowiska pielęgniarskiego w jego walce o godne warunki pracy w Polsce,

3) do środowiska pielęgniarek i położnych:

– o solidarne wspieranie postulatów ekonomicznych samorządu pielęgniarskiego,

– o upowszechnianie świadomości zagrożeń wynikających z utrzymywania się obecnej sytuacji płacowej oraz konieczności jak najszybszych zmian w pielęgniarstwie.

**Apel XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
z dnia 29 lutego 2008 roku**

**w sprawie: czynnego udziału reprezentantów zawodu pielęgniarek i położnych  
w negocjacjach dotyczących wynagrodzenia i wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do Rządu Rzeczypospolitej Polskiej i do Ministra Zdrowia o: podjęcie działań mających na celu umożliwienie udziału przedstawicielom środowiska w tworzeniu prawa dotyczącego wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

Apelujemy aby organy władzy, nie związane z zawodami pielęgniarek i położnych, nie tworzyły za nas i bez nas, bądź nowelizowały prawo. Nie chcemy być zaskakiwane coraz to nowszymi zmianami legislacyjnymi i ustaleniami innych środowisk w naszych zawodowych sprawach.

Apelujemy o dopilnowanie aby opinie przedstawicieli samorządu i konsultantów poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa i położnictwa, były brane pod uwagę w pierwszej kolejności.



## **Apel XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 29 lutego 2008 roku**

### **w sprawie konieczności określenia polityki zdrowotnej państwa dotyczącej rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się do Rządu Rzeczypospolitej Polskiej i do Ministra Zdrowia o określenie polityki rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa.

Polityka Państwa winna uwzględniać:

- miejsce i znaczenie pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia,
- potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego w zakresie świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, położne,
- priorytety w zakresie świadczeń i dostępności do nich w ramach systemu finansowanego z środków publicznych,
- zakres świadczeń pielęgniarstkich i położniczych w systemie opieki zdrowotnej finansowany ze środków publicznych i ceny tych świadczeń, uwzględniające rzeczywiste koszty,
- warunki zapewnienia odpowiedniej liczby pielęgniarek i położnych,
- warunki kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych, zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem,
- warunki kształcenia podyplomowego, z uwzględnieniem sposobu finansowania tego kształcenia.

## **Apel XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 29 lutego 2008 roku**

### **w sprawie nakładów publicznych na ochronę zdrowia**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi:

- widząc narastające od lat problemy reformowanego przez kolejne rządy systemu ochrony zdrowia,
- dostrzegając, że podstawowym źródłem niepowodzenia tych reform jest wieloletnie nie dofinansowanie opieki zdrowotnej,
- widząc rażącą różnicę w finansowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia w stosunku do większości państw Europejskich,
- dostrzegając narastającą frustrację pracowników opieki zdrowotnej spowodowaną niegodnymi warunkami wynagradzania ich odpowiedzialnej, wymagającej wysokich kwalifikacji, ciężkiej pracy,
- widząc zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków wynikające z fatalnej sytuacji finansowej dużej części placówek opieki zdrowotnej,

apelują do Rządu Rzeczypospolitej Polskiej i do Ministra Zdrowia o potraktowanie finansowania systemu ochrony zdrowia jako priorytet wśród wydatków publicznych.

## **Apel XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 29 lutego 2008 roku**

### **w sprawie ustawowego zapewnienia jednakowych warunków płacy, dla całej grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, niezależnie od miejsca ich zatrudnienia**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się do Parlamentu i Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o bezwzględne podjęcie działań gwarantujących pielęgniarkom i położnym godziwych wynagro-





dzeń oraz ich wzrostu na jednakowym poziomie, za pracę w podstawowym wymiarze czasu bez względu na formę zatrudnienia. Zróżnicowane miejsca zatrudnienia oraz źródła finansowania świadczeń zdrowotnych wprowadziły różnice płacowe w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych co budzi w środowisku poczucie krzywdy i niesprawiedliwości.

### **Apel XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 29 lutego 2008 roku**

#### **w sprawie zaprzestania praktyki ustalania jednosobowych obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi apelują do:

- kierowników zakładów opieki zdrowotnej,
- organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej o podjęcie działań w sprawie jednosobowych obsad na zmianach pielęgniarskich.

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ostrzegają, iż dalsze stosowanie przez pracodawców zaniżonej liczby personelu pielęgniarskiego i położniczego, poniżej wymaganych norm zatrudnienia (jednosobowa obsada na zmianie nocnej, łączenie stanowisk, jednoczesna praca na zmianie w więcej niż jednym oddziale, zmniejszona obsada w niedzielę i święta itp.), stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i pracowników.

Jedna pielęgniarka/położna pełniąca dyżur w oddziale nie może zapewnić wszystkim pacjentom opieki pielęgniarskiej zgodnie z przyjętymi standardami praktyki zawodowej, a tym samym zakład opieki zdrowotnej nie może zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom, do którego się zobowiązał podpisując kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jakość świadczeń pielęgniarskich i położniczych jest jednym z podstawowych kryteriów oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej. Warunkiem niezbędnym i koniecznym do osiągnięcia rezultatów w działaniach zmierzających do zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych jest odpowiednia struktura i liczba kadr medycznych, również w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych.

### **Apel XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 29 lutego 2008 roku**

#### **w sprawie odliczeń podatkowych**

Delegaci XXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zobowiązują Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych do wystąpienia do Ministra Finansów o podjęcie inicjatywy legislacyjnej w odniesieniu do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych i wprowadzenie możliwości odliczania od dochodu kosztów kształcenia podyplomowego i obowiązkowych składek z tytułu przynależności do samorządu zawodowego.



**ZŁOTY JUBILEUSZ SZKÓŁ RODZENIA W POLSCE**  
**ŁÓDŹ, 16 – 17 MAJA 2008 ROKU**  
 Centrum Służby Rodzinie w Łodzi we współpracy z Miastem Łódź  
 w ramach XV Łódzkich Dni Rodziny  
 organizuje w Dużej Sali Obrad Rady Miejskiej w Łodzi,  
 ul. Piotrkowska 104, gmach B konferencję



## „Profesor Włodzimierz Fijałkowski i Jego Dzieło”

Osoba i twórczość Profesora (16 maja, godz. 15 – 18)  
 Krajowy Zlot Szkół Rodzenia (17 maja, godz. 10 – 18)

### Tematyka Zlotu

1. Prezentacja autorskiego projektu Profesora Włodzimierza Fijałkowskiego Szkoła Rodzicielstwa. 2. Trudne tematy w szkole rodzenia. 3. Dyskusja okrągłego stołu: istota czucia bólu; analgezja, anestezja, interwencje anestezyjologiczne w położnictwie 4. Fizjologia wysiłku. 5. Ćwiczenia w położeniu i później. 6. Etnolog o narodzinach

Deklarację uczestnictwa prosimy przelać na adres: Razem Łatwiej 95-200 PABIANICE, ul Sienkiewicza 2/4; lub faksem na nr (042) 213 06 88; bądź e-mailem: kontakt@razemlatwiej.pl. Kontakt telefoniczny 692 895 250. Deklaracja powinna zawierać: imię, nazwisko, zawód, adres korespondencyjny, telefony, e-mail. Organizatorzy nie pośredniczą w rezerwacji hotelu. Uczestnicy otrzymują certyfikat i punkty edukacyjne. Udział w konferencji jest nieodpłatny. Serdecznie zapraszamy.

### Współorganizatorzy Zlotu

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią, Oddział im. prof. Włodzimierza Fijałkowskiego w Łodzi, Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Firma Razem Łatwiej.

## DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA

Wypełnioną kartę należy przelać pocztą na adres: Razem Łatwiej; ul. Sienkiewicza 2/4, 95-200 Pabianice lub faksem na nr (042) 213-06-88. Istnieje również możliwość przesłania zgłoszenia pocztą elektroniczną na adres: kontakt@razemlatwiej.pl Telefon kontaktowy: 0-692-895-250.

Imię i nazwisko	Adres korespondencyjny	
zawód	Telefon i numer kierunkowy	
e-mail	tel. komórkowy	faks

Udział w konferencji jest bezpłatny. Organizatorzy nie pośredniczą w rezerwacji hotelu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z organizowaniem konferencji, zgodnie z przepisami ustawy z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Komitet Upowszechniania  
 Karmienia Piersią  
 im. prof. W. Fijałkowskiego  
 oddział w Łodzi







## prawnik radzi



### **Czy pielęgniarka, położna z tytułem pielęgniarki dyplomowanej, licencjata, magistra pielęgniarstwa, specjalisty, posiadająca inne kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne, posiada kompetencje do podawania leków drogą dożylną na zlecenie lekarza?**

W przedmiotowej kwestii odpowiedzi na to pytanie szukać należy w Ustawie z dnia 05.07.1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Zgodnie z art. 4 i art. 5 wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

Świadczenia wymienione powyżej pielęgniarka, położna wykonuje przede wszystkim poprzez realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Zatem podstawową do podawania leków drogą dożylną jest zlecenie lekarskie, które winno być odpowiednio udokumentowane tj. zawierać nazwę leku, dawkę, sposób i czasokres podawania oraz podać warunki w jakich zabieg ma być wykonany tzn. w warunkach domowych, bez obecności lekarza. Wypisanie zlecenia lekarskiego powoduje, iż odpowiedzialność ponosi lekarz (tak stanowi art. 45 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry Dz.U. z 2005 roku nr 226, poz. 1943 z późn. zm.), natomiast pielęgniarka odpowiada wyłącznie za prawidłowe wykonanie zlecenia. Kolejnym aktem prawnym regulującym kwestie wstrzyknięć dożylnych jest Rozporządzenie Ministra zdrowia z 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. W § 3 pkt. 3 lit. o) statuuje on możliwość podawania dożylnie leków oraz kroplowe przetaczanie dożylnie płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo-oddechowej według obowiązujących standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Wyraźnie wskazany jest tutaj warunek ukończenia kursu specjalistycznego. Zgodnie z ustawą o zawodzie kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną kwalifikacji do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Jednakże możliwość wykonania tego typu świadczenia musi być odpowiednio zabezpieczona poprzez odpowiednio wyposażony zestaw przeciwwstrząsowy, który zawiera produkty lecznicze zgodne wykazem zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 roku (Dz.U.06.nr236, poz. 2000) oraz posiada możliwość podjęcia natychmiastowego kontaktu telefonicznego z lekarzem.

Reasumując wykonanie wstrzyknięć dożylnych w warunkach ambulatoryjnych odbywa się na podstawie zlecenia lekarskiego, zatem posiadanie wykształcenia przytoczonego w pytaniu, oraz wypisanie zlecenia przez lekarza uprawnia pielęgniarkę do dokonania wstrzyknięć dożylnych. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, iż nie ma żadnych aktów prawnych, które w sposób wyraźny dopuszczałyby bądź zakazywały dokonywania tego typu zabiegów.

### **Informacja prawna dotycząca wymiaru czasu pracy pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach tj. zakładach i pracowniach, gdzie stosowane jest źródło promieniowania jonizującego.**

Pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:

- a) stosowanie w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego, a w szczególności: wykonywanie badań lub zabiegów, asystowanie bądź wykonywanie czynności pomocniczych przy badaniach lub zabiegach, obsługiwanie urządzeń zawierających źródła promieniowania lub wytwarzające promieniowanie jonizujące, wykonywanie czynności zawodowych bezpośrednio przy chorych leczonych za pomocą źródeł promieniotwórczych,
  - b) prowadzenie badań naukowych z zastosowaniem źródeł promieniowania jonizującego,
  - c) dokonywanie pomiarów dozymetrycznych promieniowania jonizującego związanych z powyższą działalnością, obowiązuje czas pracy, który w przyjętym okresie rozliczeniowym nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym;
- Oznacza to, że czas pracy pracowników, którzy pracują w komórkach organizacyjnych (zakładów, pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektorii, jeżeli do ich podstawowych obowiązków nie należą wymienione wyżej czynności - nie może w przyjętym okresie rozliczeniowym przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin i 55 min na tydzień. Nie dotyczy to jednak pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych.

Zatem jeżeli do obowiązków należą ww. czynności lub asystuje bądź wykonuje czynności pomocnicze to obowiązuje czas pracy 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień.

**Edyta Knap** – radca prawny



5 kwietnia ♦ Dzień Trzeźwości

# Z pamiętnika dziecka alkoholików

---

*Matko moja*

*Serce pęka,*

*widzieć Ciebie to udręka,*

*kiedy leżysz na tapczanie*

*nie wiesz co się wokół dzieje.*

*Ileż nocy nie przespanych,*

*Jakie morze łez wylanych,*

*Ile dni przeżytych w strachu,*

*Ile modlitw odmówionych,*

*Ile krzywd nie naprawionych,*

*Ile żalu i goryczy,*

*Ile wstydu przez lat wiele.*

---

Alkoholizm jest jednym z głównych i obecnie występujących na coraz większą skalę społeczną problemem ekonomicznym oraz zdrowotnym. Alkohol to najstarszy i najpowszechniej używany środek odurzający.

Słowo alkohol pochodzi najprawdopodobniej od słów: al. – kuhl (antymon, delikatny, drobny proszek lub al. – ghoul (zły duch). Przeprowadzane badania dowodzą, iż problem al-

koholowy to jeden z czynników, który prowadzi do dysfunkcji rodziny i dezorganizacji życia. Problem nadużywania alkoholu nie ma wymiaru jednostkowego, dotyka nie tylko osoby pijące, ale również – lub przede wszystkim – ich bliskich.

Przez 14 lat byłam dzieckiem alkoholików. Miałam 5 lat, kiedy umarła, moja ukochana babcia – matka mojej matki. Z chwilą jej śmierci, zakończyło się moje szczęśliwe dzieciństwo.

Od tamtej pory moje życie to pasmo cierpienia i udręki duchowej. To również początek udręki mojej matki i całej naszej rodziny. Większość życia mojego i mojego rodzeństwa to wspomnienia, których nieodłącznym elementem jest wódka.

Moja matka – kobieta słaba i wrażliwa – po śmierci swojej jedynej podpory, przyjaciela – swojej matki, a mojej babci, nie mogąc poradzić sobie z kłopotami życia codziennego, zaczęła uciekać w „świat lepszy, bez problemów, świat, w którym króluje wódka”, a towarzysze od kieliszka są najlepszymi przyjaciółmi. Mimo iż na świecie pojawiały się kolejne dzieci (pochodzę z rodziny wielodzietnej) wydawać by się mogło, że kobieta, matka powinna być im najbliższa, a jednak nie dawała im poczucia bezpieczeństwa.

Wiecznie pijany ojciec, którego praca zawodowa przynosiła spore profity, a który miłość do dzieci wyrażał obdarowując je drobnymi, a cza-

sem też grubszymi banknotami, żądając w zamian absolutnego oddania i lojalności. Krótkie chwile trzeźwości w życiu ojca nie skłaniały go do szczególnych refleksji nad życiem swoim i swoich najbliższych. Rodzina bliższa i dalsza, nie mogąc pogodzić się z faktem staczania się krewnych, nie mogąc wpłynąć na ich zachowanie, mając dość ataków z ich strony (każde zwrócenie uwagi i prośby

---

*Matko moja ukochana –*

*Wódka – córka twa przybrana.*

*Swoim dzieciom odmawiałaś.*

*Dla niej zawsze swój czas miałaś,*

*Dla niej miałaś miłe słowo,*

*Dla niej kłamiesz wciąż na nowo,*

*Dla niej masz miłości wiele,*

*Dla mnie często jej nie miałaś.*

*Pomyśl jak mi odmawiałaś.*

*Serce pęka, gorycz duszę mi zalewa,*

*Bo ma matka ukochana*

*Wódkę pije, do niej żale swe wylewa.*

---



o zmianę stylu życia powodowały kłótnie, bądź nieodzywanie się rodziców do wszystkich, którzy według nich nie mieli prawa wtrącać się w ich życie) obserwowała tylko poczynania swoich krewniaków. Jakże bolały te wszystkie litościwe słowa wypowiedane w trosce o dobro moje i mojego rodzeństwa, te spojrzenia i kiwanie z politowaniem głową. Ja wiem, że to nie było skierowane we mnie, w nas, ale mimo to nie czułam się z tym najlepiej.

Pierwsze miłości, pierwsze rozterki, problemy. Niestety, nie powierzałam mamie, ale wszystkim innym.

Kochana mama... Całe życie ją usprawiedliwiałam, choć tak naprawdę to właśnie przez nią czułam się jak „ktoś” gorszej kategorii. Brzydsza niż inne koleżanki, bo oddawanie długów zaciągniętych na „przelew” powodowało, że mogłam przeważnie tylko pomarzyć o lepszych ciuchach. Jaka była moja radość, kiedy kupowaną miałam nową rzecz, mogąc tylko zrozumieć osoby, które były w podobnej sytuacji.

Już jako nastolatka byłam przyzwyczajona do tego, że muszę i mogę liczyć tylko na siebie: tu kupiłam, tam sprzedałam, coś zrobiłam na drutach i dzięki Bogu zawsze miałam dla siebie te kilka groszy.

Zawsze pamiętałam o rodzicach i rodzeństwie, starając się robić im drobne przyjemności na święta i inne uroczystości. I choć często przychodziło mi do głowy, że po co żyć, może należałoby skończyć ze sobą, że nigdy już nie będę miała rodziny z prawdziwego zdarzenia, takiej z marzeń, jakie miały moje koleżanki i koledzy, rodziny, w której rodzice kochają swoje dzieci i w której dzieciom okazuje się miłość. Przecież każdy chce wiedzieć, że jest kochany, a nie tylko nazywany nieudacznikiem.

Przy życiu trzymała mnie tylko wiara w Boga i marzenia o lepszym życiu. Dzisiaj wiem, że byłam i jestem kochana, ale moich rodziców nikt nie nauczył okazywania miłości

---

*Moja mamó ukochana*

*Nie mam siły cię już wspierać.*

*Lata całe to robiłam.*

*Teraz żyć chcę, nie umierać*

*Wódka ciebie mi zabrała,*

*Chociaż byłam całkiem mądra.*

*Nic cię to nie obchodziło,*

*Byle tylko picie było.*

*Ileż razy byłam sama,*

*Kiedy cię potrzebowałam,*

*Pomyśl teraz moja mamó,*

*Przecież to ja cię wspierałam*

*Przecież to ja cię wspierałam*

*Kiedy w nocy mnie budziłaś,*

*Przepraszałaś i prosiłaś.*

*Bym ci znowu wybaczyła,*

*że nie będziesz więcej piła.*

*że nie będziesz więcej piła.*

*Ja ci ciągle wybaczałam,*

*Bo wierzyłam i ufałam,*

*że mnie kochasz*

*I że dla mnie wódkę rzucisz.*

*Droga mamó,*

*Ale tylko tak mówiłaś*

*A robiłaś wciąż to samo ...*

---

w inny sposób. Większość życia ukrywałam fakt nadużywania alkoholu w mojej rodzinie. Poza sąsiadami i najbliższymi znajomymi, w szkole koleżanki i koledzy oraz nauczyciele nie mieli o tym zielonego pojęcia. Jak trudne było to do ukrycia, wiem tylko ja. Strach, kiedy zapraszałam koleżanki do domu o widok pijanego ojca lub matki był ogromny.

Wiele lat dusiłam to w sobie, bo wzbudzało to we mnie poczucie winy, strach przed ujawnieniem prawdy, poczucie niższości i niedowartościowania własnej osoby. To jest normalne zachowanie dzieci pijących rodziców. Świadomie o alkoholizmie i moich problemach mogę mówić dopiero od kilku lat.

Wiem, że jestem osobą wartościową, niczym nie różnię się od innych, a alkoholizm jest chorobą społeczną. Łatwo się wpada w nałóg, trudniej z niego wychodzi. Moja matka kilka lat temu przestała pić, ojciec od tej pory również jest innym człowiekiem, zmieniły się rodzinne relacje. Kochamy się, mówimy to sobie i okazujemy na co dzień.

Od kilkunastu lat mam własną rodzinę, ale nie zmienia to faktu, że codziennie myślę jak długo potrwa ta sielanka w moim rodzinnym domu, czy wódka nie wróci do codzienności. Ale podobno lepiej nie myśleć, bo samemu przywołuje się nieszczęścia. Wierzcie mi, nie jest to proste i łatwe. Tak jak wódka może życie zniszczyć, tak miłość i wiara mogą życie zmienić.

Dlatego jeśli kochacie swoich bliskich, powtarzajcie im to codziennie i okazujcie miłość nawet drobnymi gestami.

Alkoholizm to choroba, która krzywdzi najbardziej osobę pijącą ale równie dzieci alkoholików. Dla mnie szczęściem jest dziś każdy dzień bez wódki w domu, dlatego celebruję te dni jak wielkie święta.

Dane autorki zastrzeżone  
do wiadomości redakcji



10 kwietnia ♦ Dzień Służby Zdrowia (Polska)

mgr Joanna Rogozińska

# Dzień Pracownika Służby Zdrowia

Dzień Pracownika Służby Zdrowia został zainicjowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która powstała właśnie 7 kwietnia 1948 roku. Dzień ten stanowi najlepszy moment dla ukazania, jakie znaczenie mają działania podejmowane przez pracowników ochrony zdrowia dla członków społeczeństw oraz złożenia im płynących z głębi serca podziękowań za trudną, lecz jakże ważną pracę.

Są zawody, w których praca jest misją, bez względu na to, w jakich czasach i warunkach jest wykonywana. Do nich zalicza się zawody ratujące życie i zdrowie ludzkie. Nie ma ważniejszej wiedzy niż ta, która przywraca nadzieję. Zatem wielki ukłon w stronę pielęgniarek, lekarzy, psy-

chologów, fizjoterapeutów i wszystkich, którzy należą do tej grupy, a których tu nie wymieniłam.

Wasza praca bowiem przywraca uśmiech na twarzy, daje nadzieję, podtrzymuje na duchu w chwilach zwątpienia i ogromnego cierpienia spowodowanego chorobą.

Zawody te są wykonywane licznie i niezbędne dla funkcjonowania każdego społeczeństwa. Jednakże, mimo iż ważni i niezastąpieni, wielokrotnie są niedoceniani. A przecież nauczyciel czy adwokat nie przywrócić oddechu czy akcji serca, nie zrobią

Działalność pracowników ochrony zdrowia opiera się na specyficznej relacji międzyludzkiej. Polega na zaufaniu człowieka naznaczonego cierpieniem i chorobą, potrzebującego, który powierza się opiece innego człowieka.

wieka naznaczonego cierpieniem i chorobą, potrzebującego, który powierza się opiece innego człowieka, który wychodzi mu na spotkanie, jest w stanie zaopiekować się nim i leczyć go. Tym człowiekiem jest właśnie pracownik ochrony zdrowia.

Dlatego nie można nie doceniać pracy ludzi związanych z opieką zdrowotną.

zastrzyku czy nie zoperują wyrostka. To może trywialne porównania, ale jakże podkreślające wagę pracy osób zatrudnionych w ochronie zdrowia.

Działalność pracowników ochrony zdrowia opiera się na specyficznej relacji międzyludzkiej. Polega na zaufaniu czło-

Niestety, w dzisiejszych czasach środowisko to funkcjonuje w trudnych warunkach przede wszystkim finansowych, które często uniemożliwiają satysfakcjonujące wypełnianie swej misji. Dla dobra pacjenta jednak lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy i techniczny gotowi są na liczne wyrzeczenia. Za to winniśmy im szacunek.

Te trudne czasy, w jakich przyszło nam żyć, kryzys podstawowych wartości, ciągła pogoń za pieniądzem nie sprzyjają dobrym relacjom z pacjentem. Ciągłe przypomina się lekarzom i pielęgniarkom o ich powołaniu, a za-

pomina o tym, że to nie tylko oni są odpowiedzialni za obecny stan rzeczy. Ciężar odpowiedzialności spoczywa przecież zarówno na politykach, administracji państwowej, społeczeństwie i właśnie ochronie zdrowia. Coraz częściej słyszy się negatywne krzyw-







dzące pracowników ochrony zdrowia opinie. Należy jednak pamiętać, że są one częściej wynikiem ułomności systemu ochrony zdrowia, nie zaś zaniedbań zawodowych. Gratyfikacją musi tu być satysfakcja z wykonywanego zawodu.

Są zawody, w których praca jest misją, bez względu na to, w jakich czasach i warunkach jest wykonywana. Do nich zalicza się zawody ratujące życie i zdrowie ludzkie.

Codzienne środowisko pracownika ochrony zdrowia to nie tylko przychodnia czy szpital, to także dom chorego i hospicjum. Do głównych zadań zatrudnionych tam lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego należy zapobieganie chorobom, łagodzenie ich skutków oraz pomoc i pielęgnacja chorych. Pomoc ta jest wszechstronna i mieści w sobie nie tylko podanie wskazanego leku o określonej porze. To także prosty gest potrzymania za rękę w chwilach zwątpienia czy wspólne milczenie, gdy nie należy nic mówić. To przede wszystkim wielka umiejętność towarzyszenia w ostatnich chwilach życia. Wymaga to nie tylko wysokich kwalifikacji pracowniczych, wsłuchania się w chorego, szacunku dla niego, ale również szacunku dla samego siebie oraz zrozumienia drugiego człowieka. Zatem zawody te wymagają powołania, poczucia odpowiedzialności, zdolności empatycznych i wyrobionego poczucia etyki.

Praca w ochronie zdrowia daje wiedzę o człowieku, jakiej nie można zdobyć w żadnej szkole. Uczy obcowania z chorym, towarzyszenia mu w radości i w bólu, pocieszania tych, którzy tego pocieszenia potrzebują.

Pracownik ochrony zdrowia żyje w świecie pomiędzy zdrowiem i chorobą, w świecie, w którym człowieka dotyczą fundamentalne doświadczenia życiowe, w świecie narodzin i śmierci, wyzdrowienia i ciągłej walki z chorobą. To właśnie od lekarza, pielęgniarki oraz całego środowiska medycznego jak i pomocniczego

złowany, a jednocześnie posiadał wysokie kwalifikacje, doświadczenie i rzetelną wiedzę, aby udzielił pomocy w atmosferze ciepła i serdeczności. A co wielokroć dostaje w zamian? Pretensje, niezadowolenie, brak zaufania. A przecież dzięki pracy pielęgniarek czy lekarzy (nie sposób wymienić wszystkich przedstawicieli zawodów służących naszemu zdrowiu) uczymy się radzenia sobie z problemami zdrowotnymi, dochodzimy do zdrowia, odzyskujemy wiarę, że wszystko będzie dobrze. Szukamy u nich zrozumienia, emocjonalnego wsparcia i znajdujemy je. To są ludzie, którzy towarzyszą nam od pierwszych chwil życia, poczynając od noworodka poprzez osoby dorosłe do osób starszych, nie tylko, kiedy są chorzy lub ich życie jest zagrożone, ale również wtedy, gdy są zdrowi, aby pomóc im zachować je jak najdłużej.

Ponadto niewiele osób zdaje sobie sprawę, jak bardzo trudno przeżywa się niepowodzenia w pracy, często wywołane przez pracowaniem lub trudnościami technicznymi. Jak dużym stresem jest konieczność szybkiego podejmowania decyzji. Jak trudno jest żegnać się z umierającym lub pozostawać bezradnym wobec nieuleczalnych chorób. Rekompensatę tutaj stanowią radość i cicha

oczekuje się, że wyleczy, pomoże, zrozumie. Żąda się wręcz, aby charakteryzował się empatią, rozumianą jako zdolność i wola rozumienia uczuć, myśli, przeżyć, reakcji i całej życiowej sytuacji chorego. Chce, aby był grzecznym, uprzejmym, zaangażowanym,

wdzięcznym pacjentem. Niewielu rozumie, że lekarz czy pielęgniarka to też ludzie, którzy często nie mają czasu odpocząć, zając się własną rodziną, spotkać z przyjaciółmi.

Parownicy ochrony zdrowia charakteryzują się więc cechami nietuzinkowymi. U większości z nich daje się zauważyć „pierwiastek filantropijny”. Bez tego pierwiastka, jak twierdził Władysław Biegański („Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej”) medycyna i wszystko, co z nią związane stanowi zwykłe rzemiosło. Zawody służące ochronie zdrowia przewyższają każde inne, bowiem medycyna, która urodziła się z niedoli, a za rodziców chrzestnych miała współczucie i miłosierdzie musi przerastać inne zawody.

Działalność pracowników służby zdrowia posiada więc wartość wzniosłą, gdyż jest ona służbą życiu, a życie jest głównym i podstawowym dobrem osoby ludzkiej. Temu dziełu poświęcają swoją działalność zawodową, która wymaga miłości, dyspozycyjności, uwagi, zrozumienia, życzliwości i cierpliwości.

Zatem z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia w imieniu wszystkich pacjentów życzenia wszelkiej pomyślności, radości z niesienia pomocy nawet tej najmniejszej, satysfakcji – mimo codziennych problemów i trudności – z wykonywanej pracy oraz podziękowania za wysiłek i poświęcenie w wykonywaniu tak trudnej i odpowiedzialnej pracy wraz

pozostających wyrazami nadziei, że wreszcie nastąpi poprawa warunków waszej pracy dla wszystkich pozostających w ochronie zdrowia, którzy zechcą przeczytać te słowa – autor.

Pracownik ochrony zdrowia żyje w świecie pomiędzy zdrowiem i chorobą, w świecie, w którym człowieka dotyczą fundamentalne doświadczenia życiowe, w świecie narodzin i śmierci, wyzdrowienia i ciągłej walki z chorobą.

mgr **Joanna Rogozińska**  
Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny  
w Zgierzu





11 kwietnia ♦ Światowy Dzień Osób z Chorobą Parkinsona

Agnieszka Kałużna

# Choroba Parkinsona

Choroba Parkinsona po raz pierwszy została opublikowana w 1817 roku przez angielskiego lekarza Jamesa Parkinsona, który rozpoznał i opisał objawy tej choroby co było punktem wyjścia dla wszystkich późniejszych badań.

Choroba Parkinsona jest dość pospolita, gdyż liczba chorych waha się od 60 do 114 na 100 tysięcy populacji, rodzinne i dziedziczne występowanie tej choroby jest rzadkie. Należy do grupy chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego. Najczęściej występuje u ludzi dojrzałych i w podeszłym wieku.

Pierwsze objawy choroby pojawiają się w większości przypadków u osób około 50. roku życia.

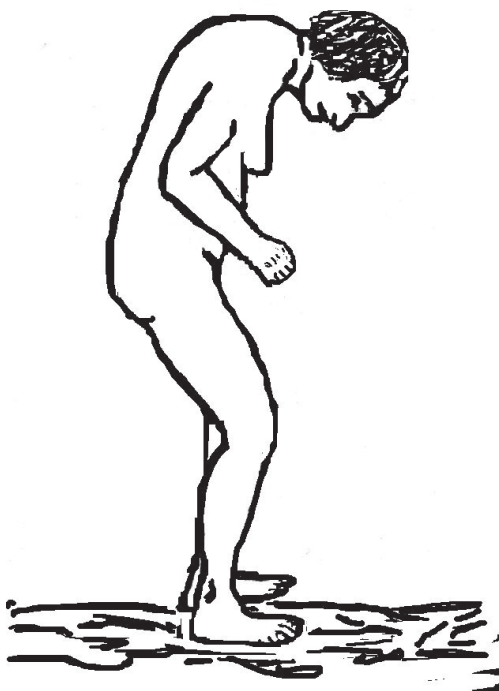
Etiologia schorzenia dotyczy zaniku komórek dopaminergicznych, istoty czarnej przejawiającej się sztywnością mięśni, drżeniem spoczynkowym i klinicznym spowolnieniem ruchowym. Choć obraz neuropatologiczny

choroby Parkinsona jest znany i opisywany od wielu lat to jednak nie udało się dotąd ustalić zarówno przyczyny jak i mechanizmu zaniku komórek wyżej wymienionej istoty czarnej śródmózgowia.

Obecnie istnieje wiele hipotez, które próbują wyjaśnić etiopatogenezę schorzenia, jednak wymagają one jeszcze określonych badań oraz szeregu potwierdzeń naukowych. W hipotezach tych bierze się pod uwagę następstwo przedwczesnego starzenia, stres oksydacyjny, teorie genetyczne, wzrost ilości żelaza w istocie czarnej a także czynniki zakaźne.

Tempo nasilania się objawów oraz przebieg choroby różnią się u poszczególnych chorych i mają charakter bardzo indywidualny. W opisie klinicznym i klasyfikacji chorych narzędziem pomocniczym jest skala Hoehna-Yara, która określa stadium choroby.

Choroba Parkinsona rozwija się powoli i niepostrzeżenie. Początkowo pojawia się lekkie spowolnienie w wykonywaniu czynności dnia codziennego (ubieranie, spożywanie posiłków, golenie, pisanie itp.). Często mija kilka miesięcy zanim chory uprzytomni sobie obecność tych zaburzeń. Objawem początkowym charakterystycznym dla tej choroby jest zwykle drżenie jednej dłoni a po upływie kilku miesięcy lub lat może pojawić się i w drugiej kończynie. Na początku choroby ma charakter jednostronny. Występuje w spoczynku może nasilać się w pewnych pozycjach ciała, a wzmagają się na skutek stresu,



Objawy towarzyszące chorobie Parkinsona zmuszają pacjenta do zmiany postawy ciała, u którego kończyny górne i dolne są lekko ugięte, ramiona, tułów i głowa chorego są pochylone ku przodowi



Dz.U.07.210.1540  
ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>  
z dnia 7 listopada 2007 roku

w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych,  
diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez  
pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

(Dz. U. z dnia 14 listopada 2007 r.)

Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej  
(Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.2)) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** 1. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

a) prowadzenie poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do człowieka chorego i jego rodziny,

b) psychoedukację chorych z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

c) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia dorosłych oraz dzieci zdrowych,

d) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia dzieci chorych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego,

e) prowadzenie poradnictwa w zakresie sprawowania opieki nad dziećmi z grup dyspanseryjnych, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania lub uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego,

f) pielęgnację skóry i błon śluzowych z zastosowaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,

g) wykonywanie szczepień ochronnych w ramach kalendarza szczepień i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawianie związanych z tym zaświadczeń, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

h) organizację izolacji chorych zakaźnie w miejscach publicznych i w warunkach domowych;

2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

a) wykonywanie badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

b) wykonywanie badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

c) kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiałów do badań diagnostycznych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

d) kierowanie na badania lub pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

e) wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,

f) oznaczanie glikemii za pomocą glukometru,

g) wykonywanie badań przesiewowych oraz kierowanie do lekarzy, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania lub w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego),

h) wykonywanie EKG, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

i) wykonywanie pulsoksymetrii,

j) wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnometrii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

k) ocenę wydolności oddechowej metodą spirometrii,

l) wstępną ocenę ciężkości urazów i organizację bezpiecznego transportu chorego,

m) ocenę stopnia i powierzchni oparzeń oraz podjęcie działań leczniczych w ramach pomocy przedlekarskiej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

n) ocenę stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,



o) ocenę poziomu znieczulenia pacjenta oraz relaksometrię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

p) prowadzenie bilansu wodnego,

q) ocenę stopnia przewodnienia pacjenta dializowanego, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

r) ocenę i monitorowanie bólu oraz innych objawów u przewlekle chorych objętych opieką paliatywną oraz ocenę wydolności fizycznej chorego, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

s) ocenę jakości życia chorego objętego opieką paliatywną, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;

3) świadczeń leczniczych obejmujących:

a) ustalanie diety w żywieniu ludzi chorych w oparciu o obowiązujące w tym zakresie wytyczne,

b) dobór i wykorzystanie różnych technik karmienia u chorych,

c) zakładanie zgłębnika do żołądka i odbarczenie treści,

d) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,

e) zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika,

f) płukanie pęcherza moczowego,

g) wykonywanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa, wlewka, kroplówka),

h) dobór sposobów i opatrywanie oparzeń, ran, odleżyn (do III' włącznie) oraz przetok, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

i) zdejmowanie szwów, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

j) doraźne podawanie tlenu,

k) tlenoterapię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

l) wykonywanie inhalacji,

m) stosowanie baniek lekarskich,

n) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych,

o) podawanie dożylnie leków oraz kroplowe przetaczanie dożylnie płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo-oddechowej według obowiązujących standardów postępowania w stanach naglących, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

p) doraźną modyfikację stałej dawki leczniczej insuliny krótkodziałającej,

q) kroplowe przetaczanie dożylnie płynów, podawanie dożylnie leków (Heparinum, Natrium Chloratum 0,9 %, Glucosum 5 %, Natrium Chloratum 10 %, Calcium 10 %) oraz modyfikację ich dawki, w trakcie trwania dializy, zgodnie z planem leczenia ustalonym dla

danego pacjenta oraz obowiązującymi w danym zakładzie opieki zdrowotnej standardami, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

r) doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów (duszność, nudności, wymioty, lęk, delirium) u chorych objętych opieką paliatywną, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

s) podawanie na zlecenie lekarskie dożylnie, zewnątrzooponowe i podskórne leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych objętych opieką paliatywną, z uwzględnieniem nowoczesnych technik (stosowanie analgezji sterowanej przez chorego – PCA, ciągłego podawania leków i płynów podskórnie przy użyciu zestawu „Buterfly” oraz infuzorów), pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

t) przygotowanie chorych (i ich rodzin) leczonych metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja - do współdziałania w prowadzonym leczeniu, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

u) wykonywanie intubacji dotchawiczej w sytuacjach nagłych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

w) wykonywanie defibrylacji, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

x) zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowanie chorego do transportu,

y) zlecenie transportu chorego,

z) prowadzenie psychoterapii podstawowej oraz wykorzystanie elementów psychoterapii kwalifikowanej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;

4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących:

a) prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,

b) prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi),

c) prowadzenie aktywizacji podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

d) prowadzenie terapii kreatywnej i rehabilitacji chorych wymagających opieki paliatywnej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

e) prowadzenie instruktażu w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,



f) prowadzenie instruktażu w zakresie hartowania i kształtowania kikuta amputowanej kończyny, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

g) rehabilitację podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

h) wnioskowanie o objęcie opieką społeczną, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego).

2. Rodzaje badań diagnostycznych i materiałów do tych badań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. c, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

**§ 2.** Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 oraz z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

1) ocenę stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i podjęcia decyzji o prowadzeniu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych;

2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla jego stanu zdrowia lub odniesionych obrażeń;

3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci według standardów ogłoszonych w obwieszczeniu wydanym na podstawie art. 43 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;

5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:

a) rurki ustno-gardłowej,

b) rurki nosowo-gardłowej,

c) maski krtaniowej,

d) rurki krtaniowej,

e) konikopunkcji, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

6) odsysanie dróg oddechowych;

7) podjęcie tlenoterapii biernej lub wspomaganego oddechu lub wentylacji zastępczej powietrzem lub tlenem:

a) ręcznie – z użyciem:

– maski twarzowej,

– zastawki jednokierunkowej i worka oddechowego,

b) mechanicznie - z użyciem respiratora;

8) intubację dotchawiczą w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzymaniu krążenia przez usta

lub przez nos, bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej;

9) wykonanie EKG;

10) wykonanie defibrylacji ręcznej na podstawie EKG;

11) wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej;

12) monitorowanie czynności układu oddechowego;

13) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;

14) wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;

15) wykonanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

16) podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, dotchawiczą, doustną, doodbytniczą i wziewną oraz doszpikową, przy użyciu gotowego zestawu (podawanie leków drogą doszpikową pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego);

17) odbarczenie odmy przeżnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

18) oznaczanie poziomu parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu, w tym w szczególności:

a) poziomu glukozy w surowicy,

b) poziomu elektrolitów w surowicy,

c) badania gazometrycznego krwi włośniczkowej;

19) opatrywanie ran;

20) tamowanie krwotoków;

21) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;

22) odebranie porodu nagłego w warunkach pozaszpitalnych;

23) segregację medyczną w rozumieniu art. 43 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

24) podejmowanie działań zabezpieczających w celu ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia;

25) przygotowanie pacjenta i opieka medyczna podczas transportu przez zespół ratownictwa medycznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

**§ 3.** Pielęgniarka, o której mowa w § 2, wykonująca określone w rozporządzeniu medyczne czynności ratunkowe jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.





**§4.** W związku z samodzielnym wykonywaniem świadczeń leczniczych pielęgniarka jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia.

**§ 5. 1.** Pielęgniarka zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej informuje bez zbędnej zwłoki lekarza o samodzielnym wykonaniu świadczeń wymienionych w § 1 oraz o podanych lekach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do pielęgniarki wykonującej opiekę nad pacjentem poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

**§ 6. 1.** Położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie:

1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

a) sprawowanie opieki przedkonceptyjnej nad kobietą w celu przygotowania jej do świadomego planowania rodziny, sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem,

b) prowadzenie poradnictwa w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

c) prowadzenie czynnego poradnictwa w odniesieniu do kobiet ciężarnych oraz kierowanie do lekarzy specjalistów,

d) przygotowanie kobiet do prowadzenia samoobserwacji we wszystkich okresach życia w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka schorzeń nowotworowych,

e) prowadzenie czynnego poradnictwa w odniesieniu do kobiet ze schorzeniami ginekologicznymi,

f) ustalanie diety w poszczególnych okresach życia kobiety, w ciąży fizjologicznej i ciąży wysokiego ryzyka,

g) przeprowadzanie wizyt patronażowych u położnicy i noworodka (niemowlęcia),

h) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia noworodków i niemowląt zdrowych,

i) pielęgnację skóry i błon śluzowych z zastosowaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,

j) wykonywanie szczepień ochronnych u noworodków w ramach kalendarza szczepień, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;

2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

a) pobieranie materiałów do badań i wykonywanie testów diagnostycznych:

- ciążowego,
- na obecność białka w moczu,
- oznaczenie poziomu glukozy we krwi,

b) kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiałów do badań diagnostycznych,

c) pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wydzielina z dróg rodnych, inne wydzieliny),

d) wykonywanie badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

e) wykonywanie badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka,

f) wykonywanie i interpretację badań służących do oceny stanu zdrowia płodu i ciężarnej, polegających na:

- badaniu położniczym zewnętrznym,
- badaniu położniczym wewnętrznym,
- kardiokografii,

g) wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania: gazometrii, kapnometrii, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

h) wykonywanie pulsoksymetrii,

i) ocenę stanu świadomości chorej z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

j) wykonywanie EKG, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

k) prowadzenie bilansu wodnego;

3) świadczeń leczniczych obejmujących:

a) prowadzenie i przyjęcie porodu fizjologicznego,

b) prowadzenie porodu w wodzie, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

c) nacięcie, znieczulenie miejscowe i szycie kroczka naciętego oraz pękniętego I stopnia według obowiązujących standardów postępowania,

d) wykonywanie zabiegu Credego u noworodka,

e) zdjęcie szwów z krocza,

f) płukanie pochwy,

g) wykonywanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa, wlewka, kroplówka),

h) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,

i) stosowanie baniek lekarskich,

j) wykonywanie inhalacji,

k) doraźne podawanie tlenu,

l) tlenoterapię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

m) zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika,

n) płukanie pęcherza moczowego,

o) dobór sposobów i opatrywanie ran, odleżyn (do III stopnia włącznie), pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,





p) zdejmowanie szwów z ran pooperacyjnych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,  
q) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych,  
r) podawanie dożylnie leków oraz kroplowe przetaczanie dożylnie płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo-oddechowej według obowiązujących standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

s) doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego w leczeniu choroby nowotworowej u chorych przewlekle, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

t) wykonywanie intubacji dotchawiczej w sytuacjach nagłych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

u) wykonywanie defibrylacji, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

w) udzielanie pomocy położniczej w nagłych przypadkach przed przybyciem lekarza:

– udzielanie pomocy ręcznej w porodach miednicowych,

– ręczne wydobycie łożyska w przypadku krwotoku (masaż macicy, zabieg Credego),

– tamponowanie pochwy w przypadku pęknięcia szyjki macicy,

– obrót wewnętrzny w przypadku porodu bliźniaczego, gdy po urodzeniu się pierwszego płodu drugi znajduje się w położeniu poprzecznym, a zawiódła próba wykonania obrotu zewnętrznego,

x) zlecenie transportu chorego;

4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących:

a) ćwiczenia usprawniające w ciąży, położu i schorzeniach ginekologicznych,

b) prowadzenie rehabilitacji przyłożkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,

c) prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi),

d) aktywizację podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

2. Rodzaje badań diagnostycznych i materiałów do tych badań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. b, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

**§7.** W związku z samodzielnym wykonywaniem świadczeń leczniczych położna jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych przypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku braku możliwości interwencji lekarskiej,

gdy zwłoka w ich podaniu stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia matki lub dziecka – również leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia.

**§ 8.** 1. Położna zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej informuje bez zbędnej zwłoki lekarza zatrudnionego w tym zakładzie o samodzielnym wykonaniu świadczeń wymienionych w § 6 oraz o podanych lekach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do położnej sprawującej opiekę nad pacjentem poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

**§ 9.** Pielęgniarka, położna przy podejmowaniu czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego.

**§ 10.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116, poz. 750).

**§ 11.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029, z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 92, poz. 885 i Nr 173, poz. 1808, z 2005 r. Nr 175, poz. 1461 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1237.





**Załącznik nr 1. Rodzaje badań diagnostycznych i rodzaje materiałów do tych badań pobieranych przez pielęgniarkę**

Rodzaj materiału	Rodzaj badania
krew	morfologia
	OB
	cukier
	jonogram
	mocznik
	kreatynina
	cholesterol
	Hbs
	czas krzepnięcia*
	obecność HCV, HIV*
mocz	badanie ogólne
kał	pasożyty
	krew
plwocina	BK

**Załącznik nr 2. Wykaz leków podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarskiego**

Lp.	Nazwa leku	Postać	Druga podania
1	2	3	4
1	Acetylsalicylic acid	tabletki od 0,3 do 0,5 g	doustnie
2	Amiodarone	roztwór do wstrzyknięcia 150 mg/3 ml	dożylnie, doszpikowo
3	Atropinum sulfuricum	roztwór do wstrzyknięcia (0,5 mg/ml; 1 mg/ml)	domięśniowo, podskórnio, do żylnie, dotchawiczo, doszpikowo
4	Captoprilum	tabletki 12,5 mg	doustnie
5	Clemastine	roztwór do wstrzyknięcia 2 mg/2 ml	domięśniowo
6	Clonazepamum	roztwór do wstrzyknięć 1 mg/ml	domięśniowo, dożylnie
7	Diazepam	roztwór do wstrzyknięcia lub wlewka doodbytnicza (do 10 mg/2 ml)	domięśniowo, dożylnie, doszpikowo, doodbytniczo
8	Drotaverini hydrochloridum	roztwór do wstrzyknięcia 20 mg/1 ml	domięśniowo, dożylnie, podskórnio
9	Epinephrine bitartrate	roztwór do wstrzyknięcia (1 mg/ml)	domięśniowo, podskórnio, dożylnie, doszpikowo, dotchawiczo
10	Flumazenil	roztwór do wstrzyknięcia 500 µg/5 ml	dożylnie, doszpikowo
11	Furosemide	roztwór do wstrzyknięcia (20 mg/2 ml)	domięśniowo, dożylnie, doszpikowo
12	Glucagon hydrochloride	roztwór do wstrzyknięcia 1 mg/fiolka + rozpuszczalnik	domięśniowo
13	Glucosum 20%	roztwór do wstrzyknięcia dożylnego (200 mg/ml)	dożylnie, doszpikowo
14	Glucosum 5%	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie, doszpikowo
15	Glyceryl trinitrate	tabletki 0,5 mg, aerosol do stosowania pod językowego	podjęzykowo
16	Hydrocortisone lub Methylprednisolone	roztwór do wstrzyknięcia (Hydrocortisone 100 mg/ml, 250 mg/2 ml; Methylprednisolone 500 mg/fiolka, 1 g/fiolka)	dożylnie, doszpikowo
17	Magnesii sulfuricum	roztwór do wstrzyknięcia 2 g/10 ml	dożylnie, doszpikowo
18	Ketoprofen	roztwór do wstrzyknięcia 100 mg/2 ml	domięśniowo, dożylnie, doszpikowo
19	Lignocainum hydrochloricum	roztwór do wstrzyknięcia 100 mg/2 ml	dożylnie, dotchawiczo, doszpikowo
20	Midazolam po konsultacji z lekarzem	roztwór do wstrzyknięcia 5 mg/amp.	domięśniowo, dożylnie, doszpikowo





21	Metoclopramidum	roztwór do wstrzyknięcia 10 mg/2 ml	dożylnie, domięśniowo, doszpikowo
22	Morphine sulphate	roztwór do wstrzyknięcia (10 mg/ml; 20 mg/ml)	domięśniowo, podskórnio, dożylnie, doszpikowo
23	Naloxonum hydrochloricum	roztwór do wstrzyknięcia (400 µg/ml)	domięśniowo, podskórnio, dożylnie, doszpikowo, dotchawczo
24	Natrium chloratum 0,9%	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie, doszpikowo
25	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie, doszpikowo
26	Salbutamol	aerozol wziewny w roztworze do nebulizacji	wziewnie
27	Solutio Ringeri	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie, doszpikowo
28	Tlen	gaz	wziewnie, dotchawczo

**Załącznik nr 3. Wykaz leków, do których podawania choremu bez zlecenia lekarza jest uprawniona pielęgniarka i położna\***

Lp.	Grupa leków	Nazwa leku**	Postać	Droga podania (wskazania)
1	2	3	4	5
1	Leki przeciwbólowe	Paracetamolum	tabl., syrop, czopek	doustnie, doodbytniczo
		Metamizolum Natricum	tabl., czopek	doustnie, doodbytniczo
2	Leki miolityczne	Drotaverini Hydrochloridum	tabl.	doustnie
		Vegantalgin	tabl., czopek	doustnie, doodbytniczo
		Tolargin	czopek	doodbytniczo
3	Leki przeciwgorączkowe	Paracetamolum	tabl., czopek	doustnie, doodbytniczo
		Metamizolum Natricum	tabl., czopek	doustnie, doodbytniczo
		AC. Acetylsalicylicum	tabl.	doustnie
		AC. Acetylsalicylicum c. Acidum Ascorbicum	tabl.	doustnie
4	Leki przeczyszczające	Suppositoria Glyceroli	czopek	doodbytniczo
		Altra	draż.	doustnie
		Alax	draż.	doustnie
5	Leki przeciwbiegunkowe	Carbo medicinalis	tabl.	doustnie
		Tanninum Albuminatum	tabl.	doustnie
6	Leki nasenne/uspokajające	Hydroxyzinum	draż., syrop	doustnie
		Neospasmina	płyn	doustnie
		Tinctura Valerianae	płyn	doustnie
7	Leki podwyższające stężenie glukozy we krwi	Glucagoni Hydrochloridum	amp., fiolka	dożylnie, domięśniowo
		Glucosum 20%	amp.	doraźnie w przypadku niedocukrzenia
8	Leki stosowane w niewydolności wieńcowej serca	Glyceroli Trinitras	tabl.	pod język doraźnie w zaostrzeniu objawów choroby

\* w podstawowej dawce terapeutycznej wg obowiązujących zasad dawkowania

\*\* dotyczy leków zarejestrowanych w Rzeczypospolitej Polskiej





**Załącznik nr 4. Rodzaje badań diagnostycznych  
i rodzaje materiałów do tych badań pobieranych przez położną**

Rodzaj materiału	Rodzaj badania
krew	morfologia
	cukier
	test obciążenia glukozą
	przeciwciała anty Rh
	Hbs
	odczyn serologiczny w kierunku kiły
	test na fenylketonurię
	test na hypotyreozę
mocz	badanie ogólne
wydzielina z dróg rodnych	GC i stopień czystości pochwy,
	cytologia szyjki macicy

**Załącznik nr 5. Wykaz leków, do których podawaniachoremu jest uprawniona położna\***

Lp.	Grupa leków	Nazwa leku**	Postać	Droga podania	Wskazania
1	Hormony tylnego płata przysadki	Oxytocinum	amp.	dożylnie	stymulacja czynności skurczowej macicy w III okresie porodu
				na błonę śluzową nosa	trudności w odpływie pokarmu w okresie połogu
2	Leki oksytotyczne	Demoxytocinum	tabl.	pod język	krwawienie poporodowe i hipotonia mięśnia macicy
					trudności w odpływie pokarmu w okresie połogu
		Methylegometrini Maleas	amp.	dożylnie, domięśniowo	poporodowa atonia macicy
					krwawienie poporodowe
				ręczne usunięcie łożyska	
3	Leki miolityczne	Papaverini Hydrochloridum	amp.	dożylnie, domięśniowo	nadmierna czynność skurczowa mięśnia macicy
		Drotaverini Hydrochloridum	tabl., amp.	domięśniowo	nadmierna czynność skurczowa mięśnia macicy
4	Leki parasympatykolityczne	Hyoscini Butylbromidum	amp., draż., czopek	dożylnie, doustnie, doodbytniczo	nadmierna czynność skurczowa mięśnia macicy
5	Leki działające depresyjnie na OUN	Magnesii Sulfas	amp.	dożylnie	stan przedrzucawkowy, rzucawka

\* w podstawowej dawce terapeutycznej wg obowiązujących zasad dawkowania

\*\* dotyczy leków zarejestrowanych w Rzeczypospolitej Polskiej



zmęczenia lub niskiej temperatury, maleje podczas ruchów czynnych zamierzonych a całkowicie zanika w czasie snu.

Charakter jego jest rytmiczny obejmujący kończyny górne lub dolne, język, usta lub głowę. Drżenie parkinsonowskie obejmuje około 80 procent pacjentów. Stwierdzono, że za objawy drżenia i nadmiernego napięcia mięśni prawdopodobnie odpowiedzialny jest nadmiar acetylocholiny i glutamianu w stosunku do brakującej dopaminy.

Charakterystycznym objawem dla tego schorzenia jest także sztywność przejawiająca się oporem przy ruchach biernych. Ma ono charakter uogólniony, który jest widoczny podczas zginania i prostowania nadgarstka lub jego odwodzenia i przywodzenia. Zwiększone napięcie mięśniowe odczuwają zwykle chorzy jako sztywność mięśni ręki czy nogi a w przypadku napięcia całych grup mięśniowych odczuwane jest jako znużenie, zmęczenie a nawet ból. Objawy te zmuszają pacjenta do zmiany postawy ciała, u którego kończyny górne i dolne są lekko ugięte, ramiona, tułów i głowa chorego są pochylone ku przodowi. Chód staje się powłóczysty, małymi kroczkami, brak jest fizjologiczny współruch kończyn górnych. Objawy postawy są widoczne zarówno w pozycji siedzącej jak i stojącej. Głowa ma tendencję do opadania ku przodowi. Chorych cechuje skłonność do upadków, która wynika z odruchów postawnych. Kolejnym objawem nakreślającym sylwetkę osoby z chorobą Parkinsona jest spowolnienie ruchowe dotyczące zarówno ruchów dowolnych jak i ruchów automatycznych, wykonywanych nieświadomie np: ruchy mimiczne twarzy, mruganie, przełykanie śliny. Twarz chorego jest maskowata uboga w mimikę tzw. twarz pokerzysty ze względu na nadmierny łojotok sprawia wrażenie naoliwionej.

W trakcie rozwoju choroby wszystkie ruchy są spowolnione. Szczegól-

nie utrudnione jest poruszanie palcami rąk, które uwidacznia się podczas pisania co powoduje zmianę charakteru pisma: rozmiary liter się zmniejszają, chory pisze małymi literkami a drżenie czyni pismo jeszcze bardziej nieczytelne. Mikrografia nasila się wraz z progresją choroby.

Następnie dołączają się zaburzenia mowy, która staje się coraz bardziej cichsza, monotonna a niekiedy jej przyspieszenie powoduje trudności w zrozumieniu chorego przez otoczenie. Problem z połykaniem jest kolejnym objawem, który prowadzi do unikania pokarmów stałych na rzecz półpłynnych, a automatyczne ruchy przełykania powodują gromadzenie się nadmiaru śliny, która wycieka z ust.

Dość często dochodzi do zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca w postaci zaparc i częstomoczu.

Częstym objawem ze strony układu sercowo-naczyniowego jest niedociśnienie ortostatyczne. Pacjentom chorym na Parkinsona towarzyszy także depresja objawiająca się przygnębieniem oraz pogorszeniem nastroju. Chory staje się coraz bardziej zależny od drugiej osoby a trudności w poruszaniu powodują pozostanie w łóżku.

Wraz z narastaniem objawów choroby rośnie rola opiekuna, bez którego chory z czasem nie może samodzielnie funkcjonować.

Opieka nad pacjentem powinna przebiegać pod nadzorem lekarza oraz pielęgniarki, której celem jest poprawa jakości życia chorego, jak najdłuższe zachowanie jego samodzielności w zakresie samoobsługi i odroczenie konieczności umieszczenia chorego w ośrodku opiekuńczym (brak rodziny, opiekuna), ale także zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa, aby nie stymulować i nie nasilać jego przygnębienia czy stanu depresji.

Leczenie obejmuje:

- farmakoterapię,
- prawidłowe odżywianie,

- kinezyterapię,
- edukację, wsparcie chorego i jego opiekunów,
- grupy samopomocy chorych.

## Rola pielęgniarki wobec pacjenta w podeszłym wieku z chorobą Parkinsona

Rola to zewnętrzne nakazy i oczekiwania oraz wewnętrzne przekonania wykonawców danej roli. Z rolą zawodową pielęgniarki ściśle związane jest pełnienie określonych funkcji (działań).

Zakres podejmowanych działań przez pielęgniarkę oraz rodzinę/opiekuna uzależniony będzie od:

- stanu chorego,
- zaawansowania schorzenia,
- jak i formy sprawowanej opieki.

## Funkcja terapeutyczna

Jak dotąd nie ma obiektywnych metod diagnostycznych, które wykrywałyby chorobę Parkinsona. Jedynie na podstawie objawów klinicznych i wnikliwego wywiadu można postawić diagnozę.

Rolą pielęgniarki w działaniu diagnostycznym, terapeutycznym jest: gromadzenie informacji nt. choroby, występujących objawów oraz przygotowanie pacjenta i współuczestniczenie w przeprowadzanych badaniach diagnostycznych i zabiegach leczniczych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, udział w farmakoterapii i jej dokumentacja oraz ocena stanu ogólnego i psychicznego pacjenta.

## Funkcja opiekuńcza

Celem działań opiekuńczych pielęgniarki jest prowadzenie indywidualnego holistycznego procesu pielęgnowania, polegającego na (nie wyręczać ale jak najdłużej wspomagać chorego):

- pomocy w utrzymaniu codziennej higieny ciała (stosowanie ciepłej kąpieli, która przynosi ulgę w przypad-





ku nadmiernej sztywności mięśniowej), wykonywaniu toalety jamy ustnej, zapewnieniu intymności,

– dbaniu o prawidłowe odżywianie i nawodnienie organizmu (w zaawansowanej chorobie konieczność odżywiania pacjenta za pomocą sondy nosowo-żołądkowej z zachowaniem podstawowych zasad), rejestrowaniu wypróżnień (chorzy wykazują tendencję do zaparc),

– pomocy w bezpiecznym przemieszczaniu się i zapobieganiu upadkom poprzez dostosowanie najbliższego otoczenia według potrzeb chorego jak i aktualnych możliwości (warunki domowe, instytucje): odpowiednie obuwie, usunięcie zbędnych chodników, progów, nocne oświetlenie,

– wspólnych spacerach, nauce korzystania z kul, w przypadku pacjentów leżących pomocy przy zmianie pozycji (materace przeciwoleżynowe, ćwiczenia bierne, masaże, protezowanie narządu wzroku i słuch),

– pomocy w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych, dbaniu o regularne wypróżnianie,

– zapewnieniu odpowiednich warunków do snu i wypoczynku,

– przestrzeganiu zasad farmakoterapii (preparat lewodopy o przedłużonym działaniu – podany wieczorem zapobiegnie nadmiernej sztywności mięśniowej),

– stworzeniu atmosfery wsparcia oraz zrozumienia

– w przypadku opieki instytucjonalnej zapewnieniu kontaktu z osobami bliskimi, znaczącymi.

### Funkcja rehabilitacyjna

Celem działań pielęgniarki jest współuczestniczenie w usprawnianiu pacjenta (prawidłowa postawa ciała i korekcja chodu) polegającym na indywidualnym podejściu przy zastosowaniu terapii ruchowej, zajęciowej, muzykoterapii, ćwiczeń czynności dnia codziennego co odgrywa istotną rolę w procesie leczenia będąc uzu-

pełnieniem prowadzonej farmakoterapii. W przypadku chorych leżących gimnastyka oddechowa, masaż oraz ćwiczenia bierne. Działania te zapobiegają powikłaniom oraz opóźniają zniechęcenie wywołane progresją choroby.

Rehabilitacja logopedyczna w przypadku wystąpienia zaburzeń mowy. Trening pisania oraz ćwiczenia charakteru pisma są ważnym celem działań rehabilitacyjnych.

### Funkcja wychowawcza

Celem działań pielęgniarki jest edukacja rodziny oraz społeczeństwa w zakresie istoty choroby, objawów, metod leczenia, znaczenia aktywności fizycznej, przygotowanie rodziny/opiekunów do sprawowania opieki nad chorym w domu, edukacji w przypadku odżywiania za pomocą sondy. Ważna jest również edukacja w zakresie farmakoterapii, profilaktyki przeciwoleżynowej, likwidacja barier architektonicznych (zmniejszenie ryzyka upadków), udzielanie wskazówek dotyczących właściwego przygotowania mieszkania dla osoby chorej, wskazanie instytucji wspierających osoby chore i ich rodziny.

### Funkcja profilaktyczna

Na obecnym etapie nie znane są przyczyny, które powodują wystąpienie skomplikowanych zaburzeń biochemicznych oraz patofizjologicznych

doprowadzających do zwyrodnienia i śmierci neuronów istoty czarnej i wystąpienia objawów parkinsonowskich. Profilaktyka w tym obszarze ukierunkowana jest na powikłania takie jak: zapalenie płuc, odleżyny, zakażenia dróg moczowych a także zapobieganie zbyt wczesnej utracie samodzielności. Istotną rolą pielęgniarki jest wielokierunkowe zabezpieczenie profilaktyczne tj. mobilizowanie i motywowanie chorego do leczenia, współdziałania w pielęgowaniu i rehabilitacji zależnie od jego potrzeb i możliwości samoopieki.

### Funkcja promowania zdrowia

Promocja zdrowia jako istotny element pracy pielęgniarki powinna obejmować:

- współuczestniczenie w tworzeniu grup wsparcia i samopomocowych,
- udostępnienie i przygotowanie środków dydaktycznych promujących zdrowy styl życia,
- zachęcanie do systematycznych kontrolnych wizyt lekarskich,
- grupy samopomocy chorych.

Pielęgniarka planując proces pielęgowania w oparciu o potrzeby chorego (realizowane przez pełnienie określonych funkcji) powinna uwzględnić wszystkie ww. aspekty.

Literatura u autorki

**Agnieszka Kałużna**  
pielęgniarka

## Kursy i szkolenia organizowane przez OIPIP w 2008 roku

Kursy specjalistyczne w zakresie:

(program dla pielęgniarek i położnych)

**Terapia bólu przewlekłego u dorosłych** Nr 06/07

w terminie 08.05 – 12.06.2008 roku

wg zamieszczonego planu na stronie internetowej Izby

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

Wnioski należy składać do dnia 18.04.2008 roku



# Rola pielęgniarki operacyjnej przy zabiegach alloplastyki stawu kolanowego z wykorzystaniem nawigacji komputerowej

Zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego należą do jednych z najczęstszych problemów u chorych, zgłaszających się do poradni ortopedycznych. W Polsce ponad 8 milionów ludzi leczonych jest z powodu zmian zwyrodnieniowych, z czego jedna czwarta to chorzy ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu kolanowego.

Podstawową metodą leczenia zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego jest wszczęcie endoprotezy stawu zastępującego zmieniony chorobowo staw. Współcześnie istnieje możliwość wykonania tego zabiegu przy użyciu najnowszej technologii medycznej jaką jest niewątpliwie nawigacja komputerowa. Od kilku lat jest ona z powodzeniem stosowana na całym świecie. W Polsce zabiegi operacyjne, z zastosowaniem nawigacji, są wykonywane od 2 – 3 lat przy wykorzystaniu systemów firm Aesculap, Medtronic i Stryker. Najbardziej rozpowszechniony jest system OrthoPilot firmy Aesculap, przy współpracy którego pracuje prawie 60 procent badanych respondentów.

Celem pracy było:

1. Ocena stosowania systemu nawigacji komputerowej w zabiegach alloplastyki stawu kolanowego w aspekcie jakości usług i przygotowania zawodowego pielęgniarki operacyjnej.
2. Porównanie czasu pracy pielęgniarki operacyjnej przy zabiegu ope-

racyjnym alloplastyki stawu kolanowego z użyciem nawigacji komputerowej i bez, z uwzględnieniem wybranych parametrów przygotowawczych.

3. Ocena przygotowania zawodowego pielęgniarki operacyjnej w zakresie nowej procedury operacyjnej tj. alloplastyki stawu kolanowego z wykorzystaniem systemu nawigacji komputerowej.

Materiał badawczy stanowiły opinie pielęgniarek/pielęgniarzy operacyjnych z pięciu ośrodków ortopedycznych, które specjalizowały się w asystowaniu do alloplastyki stawu kolanowego z wykorzystaniem nawigacji komputerowej w latach 2005 – 2006.

Według pielęgniarek operacyjnych, które wzięły udział w badaniu, stosowanie systemu nawigacji komputerowej w zabiegach alloplastyki stawu kolanowego zdecydowanie podnosi jakość efektu końcowego w aspekcie jakości usług i pełnego profesjonalizmu pielęgniarki operacyjnej. Badania wykazały również, że porównując czas pracy pielęgniarki operacyjnej przy zabiegu operacyjnym allopla-

styki stawu kolanowego z użyciem nawigacji komputerowej i bez, uwzględniając okres przygotowania pielęgniarki do zabiegu oraz czynności dezynfekcyjne narzędzi i elementów systemu nawigacji komputerowej, jest on zdecydowanie wydłużony, co związane jest głównie z instalowaniem ramek referencyjnych na kości udowej i piszczeli oraz zbieraniem punktów anatomicznych operowanego stawu kolanowego. Pozostaje również kwestia rozłożenia i złożenia po zabiegu dodatkowego instrumentarium systemu, bazy komputerowej i kamer.

Ujmując pracę pielęgniarki operacyjnej całościowo, poczynając od przygotowania sali operacyjnej, przez instrumentowanie do zabiegu operacyjnego, a kończąc na dezynfekcji i sterylizacji narzędzi chirurgicznych, nie można oprzeć się stwierdzeniu, że współczesny charakter wykonywanej pracy wymaga od pielęgniarek operacyjnych posiadania szerokiego zakresu wiedzy, zarówno związanej z etapami zabiegu i jego ewentualnymi powikłaniami, jak i obsługą sprzętu i instrumentarium, które jest wykorzystywane w trakcie operacji. Pielęgniarka operacyjna asystująca w trakcie zabiegu nie może stać biernie i czekać na polecenie chirurga. Obserwując pole operacyjne winna wiedzieć, co aktualnie będzie niezbędne chirurgowi-operatorowi i jego asystentom w trakcie operacji.

Alloplastyka stawu kolanowego, to zabieg operacyjny w trakcie, którego



pacjent układany jest w pozycji typowej na wznak. Zabieg przeprowadzany jest najczęściej w niedokrwieniu kończyny z zastosowaniem opaski pneumatycznej.

Pielęgniarka operacyjna rozpoczyna swoją pracę od przygotowania sali operacyjnej do zabiegu operacyjnego, tj. przygotowanie zestawów z narzędziami chirurgicznymi, pakietów z bielizną operacyjną, materiału dodatkowego (nici chirurgiczne, materiał opatrunkowy, drenaże), dezynfekcja stolików narzędziowych. Sprawdza i przygotowuje sprzęt medyczny (urządzenie do elektrokoagulacji, ssak, lampa bezcieniowa, opaskę pneumatyczną, elementy systemu nawigacji komputerowej).

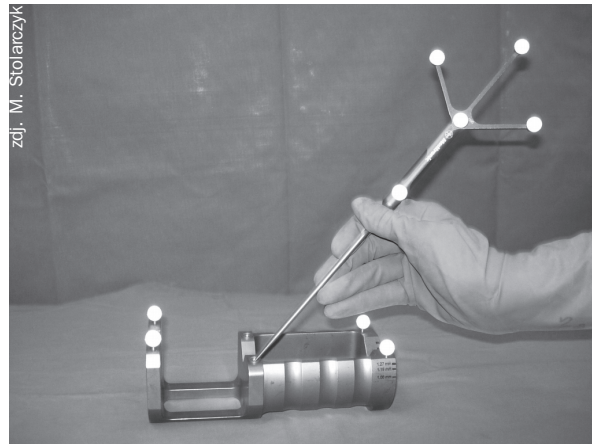
Szczególnego przygotowania wymaga system nawigacji komputerowej. Jego lokalizacja w trakcie zabiegu operacyjnego jest uzależniona od operowanej strony pacjenta. Zasadą jest, że zarówno komputer, jak i kamera podczerwieni ustawiane są po stronie przeciwnej do operowanej kończyny. Jest to związane z umożliwieniem odczytywania przez kamerę podczerwieni lokalizacji instrumentów używanych w trakcie zabiegu operacyjnego. Optymalne pole widzenia kamery wymaga odległości od pola operacyjnego około 2 metrów.

Po przygotowaniu sali operacyjnej, przeprowadzeniu chirurgicznej dezynfekcji rąk i założeniu jałowego fartucha i rękawic, pielęgniarka przystępuje do bezpośredniego przygotowania do zabiegu, licząc i sprawdzając stan narzędzi chirurgicznych, narzędzi i przewodów nawigacji komputerowej, oraz skład materiału dodatkowego tj. nici chirurgiczne, gaziki, serwety i ostrza. Specjalnej uwagi wymaga oprzyrządowanie służące do zastosowania nawigacji komputerowej.

Narzędzia te należy skalibrować we współpracy z całym systemem komputerowym. Kalibracja polega na zaadoptowaniu nawigacyjnym sterowanego komputerowo instrumentarium, które będzie wykorzysty-

wane do cięć resekcyjnych kości udowej i piszczeli.

Dzięki kalibracji system ma możliwość „śledzenia” zarówno wskaźnika, jak i piły nawigowalnej określającej płaszczyznę cięć (ryc. 1)



zdj. M. Stolarczyk

Ryc. 1. Kalibracja

Właściwe dostrojenie komponentów endoprotetycznych podczas alloplastyki stawu kolanowego jest ważne dla czynników trwałości i możliwości przetrwania implantu.

Po ubraniu zespołu operacyjnego i obłożeniu pacjenta jałową bielizną operacyjną pielęgniarka przystępuje do instrumentowania.

Operator rozpoczyna zabieg operacyjny odstawiając staw kolanowy. Następnie implantuje gwoździe w okolicy dalszej nasady kości udowej i bliższej nasady piszczeli, zwracając uwagę na wymaganą odległość od szczeliny stawu kolanowego 7 centymetrów, na których przymocowuje tzw. ramki referencyjne, „aktywną” emitującą promieniowanie podczerwieni i „bierną” zaopatrzoną w markery pasywne (ryc. 2). Dzięki nim można dokonać pierwszych badań zakresu ruchów chorej kończyny. Nawigacja komputerowa ułatwia operatorowi określenie rozległości cięć w stosunku do wcze-

śniej wyznaczonych punktów anatomicznych stawu kolanowego. Podczas zabiegu operacyjnego należy zwrócić szczególną uwagę na dodatkowe źródła światła znajdujące się w obrębie sali operacyjnej, takie jak lampa operacyjna, czy słońce, które mogą zostać błędnie zinterpretowane przez system nawigacji komputerowej jako promieniowanie aktywnych czujników podczerwieni.

W czasie zabiegu operacyjnego pielęgniarka jest zobowiązana do utrzymania w jałowości pola operacyjnego. Pamięta,

aby nie dopuścić do zabrudzenia krwią elektrody biernej i czynnej przymocowanej do pacjenta, gdyż uniemożliwi to prawidłowy odczyt i przebieg zabiegu. Czuwa nad zgodnością liczby narzędzi chirurgicznych, igieł i ostrzy oraz ich jakością tzn. czy nie nastąpiło uszkodzenie w trakcie zabiegu. Poprzez te czynności, pielęgniarka w sposób pośredni czuwa nad bezpieczeństwem pacjenta i jakością wykonywanego zabiegu, starając się zminimalizować ewentualne powikłania.

Po resekcji nasad kości udowej i piszczeli, chirurg zakłada próbne elementy protezy stawu kolanowe-



zdj. M. Stolarczyk

Ryc. 2. Ramki referencyjne zaimplantowane w kończynie pacjenta







go w celu ponownej kontroli zakresu ruchu i osi kończyny dolnej. Precyzja resekcji kostnych stwarza możliwość wręcz anatomicznego osadzenia endoprotezy stawu kolanowego

Zabieg operacyjny kończy założenie drenażu, warstwowe zamknięcie rany, zdezynfekowanie i nałożenie jałowego opatrunku. Następnie pacjent jest przekazywany pielęgniarce sprawującej opiekę pooperacyjną.

Po zakończonym zabiegu, narzędzia chirurgiczne oraz instrumentarium systemu nawigacji komputerowej, zostają poddane procesowi dezynfekcji, według wskazań producenta. Do dezynfekcji narzędzi chirurgicznych należy stosować preparaty pozytywnie zaopiniowane przez Państwowy Zakład Higieny. Aktualne wykazy środków dezynfekcyjnych powinny być dostępne personelowi każdego bloku operacyjnego.

Po dezynfekcji, narzędzia poddawane są procesowi mycia i suszenia.

Przygotowując je do kolejnej sterylizacji należy pamiętać o właściwym oznaczeniu dopuszczalnej temperatury sterylizacji. Szczególnie dotyczy to instrumentarium nawigacji komputerowej, które powinno być sterylizowane w temperaturze 121 lub 134 stopnie, zgodnie z zaleceniami producenta. Może być również sterylizowane tlenkiem etylenu, pamiętając o właściwym okresie degazacji lub poddane sterylizacji plazmowej, która jest najnowocześniejszą niskotemperaturową technologią i najbardziej przyjazną zarówno personelowi, jak i narzędziom. Jest to związane z możliwością uszkodzenia termicznego przewodów elektrycznych oraz ramek referencyjnych.

Poza sprzętem użytym bezpośrednio przy zabiegu operacyjnym, należy zdezynfekować pozostałą aparaturę medyczną biorącą udział w zabiegu tj. kamerę podczerwieni, zestaw komputerowy i pedał nożny.

Podsumowując współczesna ortopedia podlega nieustannej ewolucji i podąża za postępem we wszystkich swoich dziedzinach. Ciągła zmienność i innowacyjność technik wymaga zarówno od chirurgów, jak i asystujących im pielęgniarek intensywnego szkolenia i podnoszenia własnych kompetencji, a blok operacyjny to szczególne miejsce tzw. „Serce Szpitala”, w którym każda pielęgniarka operacyjna realizuje swoje powołanie zgodne nie tylko z wiedzą, umiejętnościami, ale przede wszystkim z etyką zawodową, przez którą rozumiemy m.in. ochronę zdrowia i bezpieczeństwo pacjenta, odpowiedzialność za działania w zakresie pielęgniarstwa oraz podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

**Marzena Stolarczyk**  
pielęgniarka  
Blok Operacyjny  
Urazowo-Ortopedyczny  
SP ZOZ w Brzezinach

reklama

centrum edukacji  
**Erudio**

**Centrum Edukacji ERUDIO**  
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 PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne

### KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej  
Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe

### SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków

### SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta 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 PIEŁĘGNIAREK 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**



Od 2004 roku w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej na Kierunku Studenckie. W ramach swej działalności Koło realizuje ogólnie przyjęte założenia:

- poszerzanie wiedzy studentów z zakresu współczesnego pielęgniarstwa,
- wskazywanie kierunków rozwoju pielęgniarstwa w XXI wieku,
- przedstawianie interdyscyplinarnego charakteru pielęgniarstwa i zmian jakie ostatnich lat,
- ukazywanie wielowymiarowości zawodu pielęgniarstwa – przedstawienie zajmowanych przez pielęgniarki/pielęgniarzy,
- rozwijanie zainteresowań studentów związanych z nauką, zawodem i innymi, Studenci poszerzają swoją wiedzę w zakresie wielu dziedzin. Wyrazem tego są prace promocji zdrowia, różnych dziedzin pielęgniarstwa, opieki paliatywnej. Najciekawsze przedstawić na łamach Biuletynu, tworząc cykl publikacji w ramach działalności

mgr

Barbara Tomczyńska

## Skład i funkcje członków zespołu interdyscyplinarnego sprawującego opiekę nad pacjentem termin

Według Światowej Organizacji Zdrowia opieka hospicyjna (paliatywna) jest wszechstronnym, aktywnym działaniem, które ma na celu zaspokojenie wszystkich potrzeb i poprawę jakości życia pacjentów cierpiących na nie poddającą się leczeniu przyczynowemu, zagrażającą życiu i postępującą chorobę, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki wczesnemu wykryciu, dokładnej ocenie i leczeniu bólu oraz innych objawów fizycznych, problemów psychosocjalnych i duchowych.

Opieka paliatywna zapewnia zespołową pomoc pacjentowi i jego rodzinie. Obejmuje pomoc lekarza, pielęgniarki, psychologa, rehabilitanta, terapeuty zajęciowego, pracownika socjalnego, osoby duchownej oraz członków rodziny chorego.

Utrzymanie dobrej jakości życia chorego wymaga wielokierunkowych specjalistycznych działań zmierzają-

cych nie tylko do uśmierzenia bólu leczenia objawowego ale również do łagodzenia cierpień psychicznych i wsparcia rodziny chorego, która musi zmierzyć się z chorobą, śmiercią i osieroceniem.

Często sytuacja kliniczna chorego wymaga podjęcia wielodyscyplinarnych działań w celu wykonania zabiegów paliatywnych jako procedur terapii paliatywnej. Ponieważ opieka paliatywna wymaga interdyscyplinarnej współpracy, musi być oparta na pracy zespołowej różnych fachowców.

Trzon zespołu stanowią wykwalifikowani lekarze i wykwalifikowane pielęgniarki. Członkowie zespołu opieki paliatywnej powinni być ekspertami w zakresie rozpoznawania i opowywania objawów zaawansowanej choroby. Powinni także cechować się empatią, umiejętnością komunikacji interpersonalnej, pozwalającą na rozpoznawanie, rozumienie i właściwe

reagowanie na cierpienie emocjonalne i duchowe chorych i ich rodzin.

### Rola lekarza w zespole interdyscyplinarnym

Podstawową rolą lekarza jest zaplanowanie i realizowanie leczenia mającego na celu maksymalne zmniejszenie cierpienia chorego, spowodowanego bólem, przykrymi objawami ze strony różnych układów i na rządów. Zastosowanie komplementarnych sposobów leczenia, prowadzenie badań podmiotowych ukierunkowanych na objawy, zlecenie badań dodatkowych.

Celem działania lekarza jest m.in.:

- ocena stanu pacjenta,
- rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów klinicznych,
- opanowanie objawów w warunkach domowych i w leczeniu stacjonarnym,





Pielęgniarstwo działu Naukowe Koło

zachodzą w zawodzie na przestrzeni

różnorodności miejsc i stanowisk pracy

wskazanymi przez nich zagadnieniami. pisemne, dotyczące zagadnień z zakresu prace naszych studentów pragniemy Naukowego Koła Studenckiego.

**Agnieszka Renn-Żurek** – opiekun Koła

## plinarne alnie chorym

- komunikowanie się z chorym i rodziną, podejmowanie „trudnych decyzji”,

- współpraca z przedstawicielami różnych specjalności medycznych i pozamedycznych w rozwiązywaniu problemów powstających w trakcie leczenia i opieki nad chorymi i ich rodzinami,

- ustalenie programu leczenia przeciwbólowego i wspomagającego.

W postępowaniu lekarskim wiedza musi być uzupełniona o umiejętność sprawnego kojarzenia faktów i podejmowania decyzji, zarówno diagnostycznych jak i terapeutycznych, twórczego rozstrzygnięcia problemów zdrowotnych.

Ważnym elementem postępowania lekarskiego jest dokonywanie oceny stopnia ryzyka podejmowanych działań medycznych. W przypadku wątpliwości diagnostycznych czy terapeutycznych warto zawsze dokonać

wyboru takiego postępowania, które jest dla pacjenta bezpieczniejsze i mniej obciążające.

### Rola pielęgniarki

Pielęgniarka jest osobą, która ma najczęstszy i najdłuższy kontakt z pacjentem i jego rodziną. Dzięki temu wie o nim najwięcej, zna jego reakcje, umie rozpoznać jego potrzeby, problemy. Potrafi nie pytając rozpoznać czy pacjentowi coś dolega, czy występują dolegliwości bólowe i jak bardzo są one nasilone. Pielęgniarka będąc najbliżej chorego, pielęgnując go i obserwując potrafi zaspokoić stale zmieniające się potrzeby, zależnie od przebiegu choroby i występujących objawów. Pielęgniarka wykonuje przy chorym wiele czynności mających na celu m.in.:

- pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych,

- pomoc w utrzymaniu higieny ciała i otoczenia,

- zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,

- utrzymanie jak najdłuższej samodzielności chorego, zapewnienie autonomii,

- udzielanie wsparcia psychicznego i duchowego choremu i jego rodzinie,

- podwyższanie progu bólowego metodami nefarmakologicznymi,

- zapewnienie spokojnej i godnej śmierci,

- edukowanie pacjenta i rodziny,

- udzielnie wsparcia osieroconej rodzinie,

- inne.

Planowane i podejmowane przez pielęgniarkę działania mają na celu rozwiązywanie problemów i zaspokajanie potrzeb pacjenta. Powinny być przez niego akceptowane i odbywać się za jego zgodą, dzięki temu pielęgniarka daje pacjentowi możliwość samodecydowania i wyraża szacunek do jego osoby bez względu na stan w jakim się znajduje.

Ze względu na charakter pracy, czas jaki spędza z chorym i jego rodziną, różnorodność interwencji jakie podejmuje, pielęgniarka powinna pełnić w zespole interdyscyplinarnym rolę lidera.

### Rola psychologa

Pomoc psychologiczna jest niewątpliwie bardzo potrzebna i to nie tylko dla pacjenta i jego rodziny ale także dla personelu pracującego na co dzień w opiece paliatywnej. Rozmowa z psychologiem może choremu wyjaśnić wiele do tej pory niezrozumiałych kwestii, dotyczących własnych odczuć, reakcji, obaw. Pozwoli zrozumieć zachowanie innych, zaspokoi potrzebę rozładowania negatywnych emocji.

Rolą psychologa jest udzielanie wsparcia pacjentowi, rodzinie, opiekunom a także personelowi. Dzięki profesjonalnemu wsparciu w okresie osierocenia, bliscy chorego mają szansę na przeżycie żałoby w sposób fizjologiczny a personel pracujący w opiece hospicyjnej unika zespołu wypalenia zawodowego.

### Rola pracownika socjalnego

Zadaniem pracownika socjalnego jest pomoc pacjentowi i jego rodzinie w zakresie uzyskania pełnej informacji o przysługujących świadczeniach i dostępnych formach pomocy.

Doradza w zakresie wykorzystania przepisów dotyczących świadczenia pomocy społecznej przez państwo i poszczególne organy administracyjne. Pomaga w załatwieniu formalności związanych z umieszczeniem pacjenta w hospicjum stacjonarnym, podejmuje współpracę z organizacjami pozarządowymi a także osobami prawnymi i fizycznymi. Współdziała z grupami i społecznościami lokalnymi na rzecz udzielania wsparcia socjalnego choremu i jego rodzinie.



## Rola osoby duchownej

Procesowi umierania towarzyszą ogromne cierpienia duchowe, rozterki moralne, poczucie winy, strach przed śmiercią. W takiej sytuacji chorym i rodzinom mogą pomóc rozmowy z duchownym.

Rola księdza – kapelana jest bardzo specyficzna, wymaga dużej wiedzy i wyczucia. Jedni w obliczu śmierci szukają bliskości osoby duchownej, inni wręcz go odrzucają, jedni wierzą w Boga, inni nie – można by sądzić, że kapelan jest tylko dla niektórych.

Wymagania, jakie stoją przed księdzem, w pracy z człowiekiem umierającym i jego rodziną są poddane wyjątkowej próbie. Oczekuje się od niego delikatności, wyczucia zmiennych postaw i nastrojów podopiecznych, cierpliwości, spostrzegawczości w odczytywaniu niewyrażanych wprost oczekiwań. Dodatkowym elementem jest rodzina i bliscy chorego, którzy również rzutują na relację kapelana z chorym – czasem do niej dążąc a czasem ją utrudniając.

Kapelan powinien być człowiekiem pokoju i pojednania wobec wszystkich. W pewnym stopniu kapelan pełni także rolę psychologa, pomagając odzyskać nadzieję i spokój wewnętrzny.

## Rola rehabilitanta

Rehabilitacja w opiece paliatywnej ma na celu utrzymanie jak najwyższej jakości życia pacjenta poprzez wykorzystanie potencjału jakim dysponuje pomimo postępującej choroby.

Ćwiczenia zalecane choremu powinny być nie obciążające, dostosowane do jego stanu, chętnie przez chorego wykonywane. Rehabilitacja ma także na celu wypełnienie czasu wolnego chorego oraz kontakt z drugim człowiekiem.

W zakres rehabilitacji pacjentów chorych paliatywnie powinny wcho-

dzić: fizykoterapia, kinezyterapia, terapia zaburzeń mowy prowadzona przez logopedów, a także zaopatrzenie ortopedyczne.

## Rola wolontariusza

Wolontariat to nieodpłatne, świadome i dobrowolne działanie na rzecz innych, wykraczające poza więzi rodzinne i przyjacielskie. Wolontariuszem może być każdy i w każdej dziedzinie życia, wszędzie tam, gdzie potrzebna jest jakaś forma pomocy.

W ujęciu ruchu hospicyjnego, wolontariusz to osoba dobrowolnie zgłaszająca chęć pomocy człowiekowi nieuleczalnie choremu. Opieka prowadzona przez wolontariuszy polega głównie na czynnościach służebnych wobec chorego, na skierowaniu całej uwagi i wrażliwości na jego potrzeby. Wolontariusze niosą także pomoc rodzinie, dla której choroba bliskiej osoby jest szczególnie ciężkim okresem.

Zespół interdyscyplinarny to grupa ludzi, która w sposób świadomy, planowy sprawuje opiekę nad pacjentem paliatywnie chorym, przynosząc ulgę w cierpieniu, walcząc z uporczywymi objawami i postępującą chorobą. Dzięki tej profesjonalnej i holistycznej opiece chory i jego rodzina mają szansę na zachowanie wysokiej jakości życia i godną śmierć.

Zespół interdyscyplinarny to grupa ludzi wzajemnie się wspierających i ściśle współpracujących ze sobą w celu zapewnienia pacjentowi i jego rodzinie jak najlepszej opieki.

Praca napisana pod kierunkiem mgr Agnieszki Renn-Żurek

Literatura u autorki

**Barbara Tomczyńska**  
studentka II roku trybu stacjonarnego  
Kierunku Pielęgniarstwo  
Wyższej Szkoły Humanistyczno-  
-Ekonomicznej w Łodzi

## z teorii pielęgniarstwa

Pielęgniarka musi „wchodzić” pod skórę każdego swojego pacjenta, aby dowiadywać się nie tylko tego, czego chce, ale także tego, czego on potrzebuje do utrzymania życia i przywrócenia zdrowia

V. Henderson

Natura leczy sama..., chirurg (medycyna) pomaga naturze w usuwaniu tej przeszkody, która utrudnia funkcjonowanie jakiegoś organu i nie więcej... Pielęgniarstwo pomaga natomiast zapewniać człowiekowi takie warunki, jakie są niezbędne, aby natura mogła go leczyć

Fl. Nightingale

Ona (pielęgniarka) jest okresowo świadomością dla pozbawionego świadomości, miłością dla tego, kto zamierza popełnić samobójstwo, amputowaną nogą dla tego, komu ją amputowano, oczami dla tego, kto właśnie oślepił, środkiem lokomocji dla niemowlęcia, wiedzą i zaufaniem do siebie dla młodej matki, głosem dla tych, którzy są zbyt słabi, albo nie chcą mówić

V. Henderson

Ludzie rodzą się, żyją, chorują i umierają zgodnie z systemem wierzeń i praktyk kulturowych, ale w swoim wzrastaniu i przeżywaniu są zależni od ludzkiej troskliwości.

M. Leiniger



# Nordic Walking

Zofia Kornacka

## czyli magiczny chód z kijkami

Zaczęła się wiosna, podjęliśmy już decyzję, że przyszła pora na inwestycje we własne zdrowie i poprawę ogólnej kondycji organizmu. Wyruszamy w plener, żeby nacieszyć oko budzącą się do życia przyrodą, chwycić trochę słońka i pooddychać świeżym powietrzem.



Obiecaliśmy sobie, że spróbujemy jednej z form aktywności fizycznej dostępnej dla osób w każdym wieku, którą możemy rozpocząć niemal spontanicznie. Taką właśnie formą aktywności jest *Nordic Walking* – magiczny chód z kijkami.

Ten spacer – marsz, łączy w sobie wszystko to co najważniejsze w promowaniu zdrowia i profilaktyce chorób spowodowanych brakiem ruchu. Przez to godny jest polecenia nam samym a także naszym pacjentom. Ten magiczny chód:

- angażuje do aktywności niemal 90 procent mięśni,
- wzmacnia układ sercowo-naczyniowy, zwiększa saturację krwi, obniża ciśnienie spoczynkowe, znakomicie dotlenia,
- zmienia napięcie mięśniowe, rozluźnia napięcie mięśni okolicy szyjno-barkowej, wzmacnia mięśnie w sposób łagodny,

– odciąża stawy, zmniejsza nacisk na kolana, na kości nóg, bioder i kręgosłupa,

– zwiększa stabilność chodzenia, co w niektórych chorobach i dolegliwościach wieku późnej dorosłości ma niebagatelne znaczenie dla bezpiecznego poruszania się,

– spala duże ilości kalorii (około 400 – 500 kcal/godz.), więcej niż zwykły intensywny marsz bez kijków, co skutkuje utratą masy tkanki tłuszczowej,

– stwarza możliwości dopasowania intensywności wysiłku do aktualnych możliwości organizmu,

– skutecznie poprawia kondycję nawet przy niewielkim wysiłku, nie daje uczucia takiego zmęczenia jak jogging,

– stanowi świetną, dającą dużo przyjemności zabawę.

Marsz z kijkami można uprawiać na trzech poziomach zaawansowa-

nia: zdrowotnym-rekreacyjnym, fitness i sportowym. Aby rozpocząć zajęcia nie trzeba wiele, wystarczą chęci, ciekawość nowej formy ruchu, wygodne obuwie i ubranie, a dopiero po poznaniu i podjęciu decyzji o korzystaniu z takiej formy ruchu – jednej pary kijków do Nordic Walking.

Poziom podstawowy, stosunkowo niedrogo z wypożyczonymi kijkami, pomoże nam opanować instruktor w zorganizowanych zajęciach klubowych (więcej informacji o instruktażu na naszym terenie uzyskacie pod [www.studiokrozkakrokiem.com](http://www.studiokrozkakrokiem.com)). Aby osiągnąć pełne korzyści zdrowotne, instruktaż na poziomie podstawowym jest niezbędny. W tym chodzie istotne jest, układanie ciała, siła wbijania i kąt ustawiania kijków, przyjmowanie odpowiedniej postawy ciała do indywidualnych możliwości zdrowotnych. Ustalenie optymalnej i indywidualnie skutecznej techniki chodu na





podstawowym, zdrowotnym poziomie daje nam poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Uzyskujemy skuteczny sposób na całoroczny trening zdrowotny, możliwy do wykonywania w dogodnym dla siebie czasie, w indywidualnie wybranym przez siebie terenie z osobami w których towarzystwie chcemy aktywnie wypoczywać.

Istotnym dla korzyści zdrowotnych jest znalezienie własnego stylu chodzenia, który osiągamy przez stopniowe budowanie własnej techniki, po pewnym czasie ona pozwoli nam zwolnić się z myślenia o każdym kolejnym ruchu. Aby w pełni czerpać przyjemność z magicznego chodu nie bez znaczenia jest jakość i dopasowanie pary kijków. Kijki najwyższej jakości są tak skonstruowane, że mogą je używać osoby o różnych parametrach wagowo-wzrostowych- „kijki rodzinne” dla dziadka i wnuka, posiadają jeszcze inne cechy sprzętu sportowego. Powstały one w wyniku połączenia w projekcie, kijków trekkingowych z kijkami do nart bie-

gowych. Prawidłowo wybrane kijki powinny mieć kilka rozpoznawalnych cech: rękojeść ze specjalnym systemem wymiennym, trzonki lekkie a jednocześnie trwałe najlepiej z włókna węglowego, system pasków, przenoszących moc i dających bezpieczne wsparcie dla ręki, wymienny grot ze stali i nasadkę na grot dla komfortu odpychania się i absorpcji wstrząsów. Dla pełnego bezpieczeństwa i przyjemności kijki powinny posiadać ww. wymienione cechy. Dzięki zastosowaniu tych specjalnych rozwiązań, chód-marsz z kijkami jest ćwiczeniem doskonałym dla całego ciała w każdym wieku. W czasie marszu z kijkami intensywnie pracują mięśnie grzbietu, obręczy barkowej i kończyn górnych. Mięśnie pośladków, brzucha, kończyn, pleców naprzemiennie się napinają i rozluźniają, podlegają permanentnemu treningowi.

Z biegiem czasu rozwiniemy siłę i wytrzymałość ramion, odczujemy łatwość wchodzenia na wzgórze, po-

zbędziemy się zadyszki, spalimy około 120 - 150 kcal/godz. więcej niż w intensywnym marszu bez kijków.

Magiczny chód Nordic Walking powstał w Finlandii w latach 30 ubiegłego wieku, wykorzystywany jako letni trening dla narciarzy biegowych. Okresowo był modnym treningiem zdrowotnym w kilku krajach Europy, aktualnie od kilku lat uprawiany w naszym kraju, propagowany przez Fundację Aktywni jako jeden z najbardziej efektywnych i ogólnodostępnych treningów zdrowotnych. My już chodzimy i zachęcamy koleżanki i kolegów do organizowania się w grupy, szczególnie w pierwszym etapie nauki chodzenia, bo w grupie jest taniej i łatwiej się zmobilizować. Po pierwszym etapie każdy wybiera to co dla niego najbardziej odpowiednie: i poziom, i styl, i teren, i towarzystwo – zachęcam.

**Zofia Kornacka**

instruktor oświaty zdrowotnej  
Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny w Zgierzu

## Sprostowanie

**Autorka artykułu pt. „Gruźlica dzisiaj” zamieszczonego w Biuletynie nr 3/2008 przeprasza za nieprecyzyjne przedstawienie obowiązującego kalendarza szczepień przeciwko gruźlicy. Poniższy tekst przygotowany przez autorkę uzupełnia aktualne informacje w ww. tematyce:**

„W 2006 roku wprowadzono zasadniczą zmianę w obowiązkowym kalendarzu szczepień. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia oraz stanowiskiem Instytutu Gruźlicy w Warszawie, walka z gruźlicą powinna polegać na wczesnym rozpoznawaniu objawów klinicznych oraz doborze właściwego leczenia, a nie rozszerzaniu szczepień przeciwko gruźlicy. Ustalono, że jednorazową dawkę szczepionki BCG należy podawać noworodkom w pierwszej dobie życia. Noworodki urodzone przedwcześnie należy szczepić po osiągnięciu masy ciała powyżej 2000 g. Noworodki urodzone przez matki HIV-dodatnie należy przed podaniem szczepionki przeciwko gruźlicy skierować na specjalistyczną konsultację. Zasadniczą zmianą jest odstępianie od obowiązkowej oceny wielkości blizny poszczepiennej i rewakcytacji dzieci i młodzieży. Odstąpiono również od rewakcytacji dzieci starszych i młodzieży, gdyż szczepienie BCG zapobiega gruźliczemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych w okresie noworodkowym. Nie zapobiega natomiast gruźlicy płuc u nastolatków i osób dorosłych oraz reaktywacji latentnego zakażenia. Również wykonywanie testu tuberkulinowego jako testu przesiewowego w wykrywaniu gruźlicy obecnie uważane jest za nieprzydatne”.

**Redakcja Biuletynu przeprasza również wszystkich Czytelników za zaistniałe uchybienie.**

## Odkrywamy Łódź na nowo!

W walentynkowe przedpołudnie wybraliśmy się z przewodnikiem Jerzym na zwiedzanie. Zaczęliśmy od Willi Leopolda Rudolfa Kindermanna przy ulicy Wólczańskiej 31, gdzie obecnie mieści się Miejska Galeria Sztuki. Budynek wzniesiony w 1903 roku uważany jest za jeden z najpiękniejszych obiektów secesyjnych w architekturze polskiej. Projektował go Gustaw Landan-Gutenteger – szczególnie zasłużony architekt – dla wprowadzenia secesji do krajobrazu Łodzi. Secesja najpełniej wypowiedziała się w domostwach w otoczeniu ogrodowym, gdzie pomieszczenia są funkcjonalnie ze sobą połączone.

Wielkie okno hallu to wspaniały witraż przedstawiający roztańczoną postać kobietą uosabiającą boginię Florę lub Eos – boginię poranka. Jedynym pomieszczeniem o zdecydowa-

nie secesyjnym charakterze, które zachowało się w całości jest gabinet właściciela. Meble są eleganckie, ozdobione intarsją i inkrustacją perłową macicą. W pozostałych pomieszczeniach nie zachowały się umeblowania, ale zachwyciły nas sufity, narożniki i plafony z dekoracją kwiatów i liści róż i pęków kwitnących irysów, kasztanowce, liście, kwiaty i owoce.

Secesja w Łodzi tak jak w innych aglomeracjach europejskich wykwitła na gruncie gwałtownych przemian cywilizacyjnych i kulturowych. Rozwój przemysłu i bogacenie się fabrykantów sprawiły, że zaistniała potrzeba budowy banków.

Udajemy się więc do Banku Polskiego przy al. Kościuszki. Zwiedzamy salę ze skrytkami, gdzie łodzianie przechowują swoje walory, idziemy do sali konferencyjnej z ładnym

kominkiem oraz zwiedzamy muzeum, w którym wyeksponowano w gablotach stare druki, monety wydawane w różnych latach do zbiorów numizmatycznych. Wpisujemy się do książki pamiątkowej. Przechodzimy na drugą stronę ulicy do Narodowego Banku Polskiego, który 18 grudnia 1908 roku po raz pierwszy uruchomił wejściowe drzwi obrotowe dla interesantów. Bank był niezwykle, pokazywał zamożność miasta i stabilność instytucji bankowej. Styl renesansu i baroku wzbogacony o secesję i dziś robi wrażenie. Mieści się tu jedna z największych sal operacyjnych Europy: 52 m długości, 21 m szerokości tworzy imponującą powierzchnię 1155 m kw i 10 m wysokości.

Pełni wrażeń kończymy naszą wędrówkę śladami secesji.

## Spotkanie z Poetką

Na nasze lutowe zebranie zaprosiłyśmy panią Zofię Kobyłecką – rodowitą Łodziankę, absolwentkę Wydziału Filologiczno-Historycznego Uniwersytetu Łódzkiego. Na spotkanie pani Zofia przyniosła kronikę ze swoich spotkań ze słuchaczami bogato ilustrowaną wpisami i zdjęciami, która ukazał nam wielką aktywność i zaangażowanie autorki. Opowiadała nam wiele ciekawych historii o swojej pracy, przeżyciach, rodzinie i pięknie recytowała swoje wiersze.

Będąc na emeryturze realizuje się w poezji, wydała dziesięć tomików wierszy: „Czas i miłość”, „Smak życia”, „Chwila zadumy”, „Słowa od serca”, „Kocham gdy”, „Ja – Ty –

My”, „Moje wyznania”, „Pamiętam mamę”, „Przytul mnie”, „Ścieżka uczuć”. W tych wierszach jest tyle miłości, wrażliwości i czułości, że wiele z nas wycierało łzy ze wzruszenia. Tomiki poezji, które mogłyśmy nabyć, zostały podpisane z serdecznością przez poetkę.

Pani Zofia Kobyłecka otrzymała wiele nagród Ministra Oświaty i Wychowania, Krzyż Kawalerski orderu Odrodzenia Polski, medal Komisji

*Jednak za mało*

*Zakochana tęsknota*

*pokona czas*

*Zakochane marzenia*

*żyją w nas*

*Zakochane serce*

*zakochane ciało.*

*Tak wiele miłości*

*a jednak*

*tak mało.*

Zofia Kobyłecka

Edukacji Narodowej i Honorową Odznakę Miasta Łodzi za swą wieloletnią pracę pedagogiczną, pisarską i poetycką. Spotkanie to było dla nas pięknym przeżyciem, pełnym wzruszeń i radości, że tak pięknie i prosto można widzieć, mówić i pisać o otaczającym nas świecie. Gorąco dziękujemy i do następnego spotkania. Obok jeden z wierszy.

**Zdzisława Kulesza**  
Koło Emerytek  
przy ORPiP w Łodzi



dr Barbara Dobrowolska

Kącik społeczników:

# Henryka Wasielea



Zdecydowana większość pielęgniarek w naszym mieście przechodząc na emeryturę zaprzestaje wszelkich kontaktów nie tylko z miejscem swego byłego zakładu pracy, ale i z organizacjami zawodowymi. Bywają jednak szczęśliwe wyjątki, do których należy mgr Henryka Wasielea, która po przejściu w stan spoczynku zawodowego, nadal zaangażowana jest w prace społeczne w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim.

Pani Wasielea urodziła się 1 stycznia 1939 roku w Zgierzu w rodzinie robotniczej. W okresie wojny i okupacji hitlerowskiej udało się im przetrwać bez wysiedlenia, choć miejscowość ta, podobnie jak Łódź, była włączona do III Rzeszy, a tu w większości przypadków rodziny polskie były przesiedlane do gorszych warunków.

W 1945 roku po zakończeniu działań wojennych, życie powoli zaczynało się organizować, a instytucje użyteczności publicznej, w tym szkolnictwo, podejmowało swą działalność. W tym właśnie roku pani Henryka rozpoczęła naukę w Szkole Podstawowej nr 3 w Zgierzu. Należała do zdolnych i pracowitych dziewcząt i w 1952 roku ukończyła naukę z wyróżnieniem. Ze względu na uzyskane wyniki została wytypowana do przyjęcia bez egzaminu do Liceum Ogólnokształcącego im. St. Staszica w Zgierzu. Egzamin maturalny złożyła w 1956 roku i rozpoczęła starania o przyjęcie na studia na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Łodzi. Niestety, z braku miejsc nie została

przyjęta. Nie chcąc tracić roku postanowiła wybrać naukę w szkole o pokrewnym kierunku. Wybór padł na nowo powstałą pomaturalną Szkołę Pielęgniarstwa przy Akademii Medycznej w Łodzi. Wśród koleżanek wyróżniła się pracowitością, systematycznością, poważnym stosunkiem do pracy i odpowiedzialnością. Po zdaniu egzaminu dyplomowego dyrekcja szkoły biorąc pod uwagę jej cechy osobowościowe zaproponowała jej zatrudnienie na stanowisku nauczyciela zawodu. Propozycja została przyjęta i pani Henryka rozpoczęła pracę na oddziałach wewnętrznym i chirurgicznym prowadząc zajęcia praktyczne z uczennicami. Po kilku latach przeniesiona została do pracy w szkole, gdzie prowadziła ćwiczenia w pracowni pielęgniarstwa a następnie awansowała na stanowisko kierownika do spraw szkolenia teoretycznego i prowadziła wykłady z pielęgniarstwa ogólnego i w chorobach wewnętrznych.

W 1978 roku po przejściu na emeryturę dyrektor Haliny Seiler, objęła

po niej to stanowisko i pozostawała na nim przez czternaście lat. Jako dyrektor wykazała się umiejętnością organizacji pracy i wykazywała dużą troskę i dbałość o bazę szkoleniową, o zwiększanie liczby pracowników dla wszystkich kierunków nauczania. Zdając sobie sprawę z wagi przygotowania zawodowego kadry dla kształtowania postaw zawodowych i przygotowania do pracy przyszłych pielęgniarek, starała się dobierać do grona wykładowców wysoko wykwalifikowanych lekarzy. Dbała także o podwyższanie przygotowania pedagogicznego nauczycielek, kierując je na studia i kursy specjalizacyjne. Sama również uzupełniała swe wykształcenie. Pracując jeszcze jako instruktorka ukończyła Studium Nauczycielskie Średnich Szkół Medycznych. W późniejszych latach podjęła studia zaoczne na Wydziale Pedagogiki w Uniwersytecie Łódzkim, które ukończyła w 1978 roku uzyskując tytuł magistra pedagogiki.

Wraz z gronem nauczycielskim starała się wyrabiać u młodzieży zaan-



gażowanie w pracę społeczną i silne powiązanie z zawodem. W tym celu mobilizowano słuchaczki do udziału w olimpiadach pielęgniarских.

Młodzi włączyła się w opiekę nad chorymi przebywającymi w hospicjum oraz w niesienie pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym w dzielnicy Łódź-Górna. Poza tym słuchaczki prowadziły zajęcia w szkołach z zakresu profilaktyki AIDS.

Pani Henryka funkcję dyrektora pełniła do 31 sierpnia 1992 roku. Potem jeszcze przez rok pracowała jako nauczycielka prowadząc wykłady z pielęgniarstwa i zajęcia w pracowni pielęgniarstwa. Od 1 września 1993 roku ze względu na likwidację szkoły na ul. Ciołkowskiego i połączenia placówki z Liceum Medycznym nr 3 przeszła na emeryturę.

Za wzorową pracę zawodową i społeczną pani Wasiela była wielokrotnie nagradzana i wyróżniana. Otrzymała:

- nagrodę Ministra Oświaty i Wychowania III stopnia (1973),
- nagrodę Ministra Oświaty i Wychowania I stopnia (1979),
- nagrodę specjalną Kuratora Oświaty i Wychowania (1981),
- Złoty Krzyż Zasługi (1979),
- Honorową Odznakę m. Łodzi (1985),
- Honorową Odznakę PTP (1987),
- Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (1989).

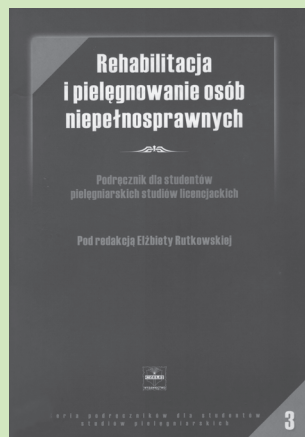
Od 1959 roku pani Wasiela jest członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP). W latach 1983 – 1989 była członkiem Zarządu Oddziału PTP w Łodzi. W 1989 roku na XI Wojewódzkim Zjeździe wybrana została na przewodniczącą ZOW. A od 1993 do 1997 roku pełniła funkcję wiceprzewodniczącej ZOW. Obecnie jest naszym skarbnikiem.

dr **Barbara Dobrowolska**  
Przewodnicząca Komisji Historycznej przy ZOZ

# kącik biblioteczny

## Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych

pod redakcją Elżbiety Rutkowskiej  
Format: B5, oprawa miękka, Stron: 280  
ISBN: ISBN 83-88063-77-4,  
ISBN 83-88063-77-4



Autorzy omawiają w książce m.in.: zagadnienia rehabilitacji kompleksowej, problemy psychologiczne i socjologiczne osób czasowo i trwale niepełnosprawnych, metody leczenia czynnościowego w opiece medycznej. W książce podane również zostały metody przydatne w pracy pielęgniarki w: zakładach opieki zdrowotnej, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach leczenia uzdrowiskowego, środowisku zamieszkania i miejscu pracy. W książce poruszono min. zagadnienia niepełnosprawności, ich wybrane problemy i definicje, skalę zjawiska niepełnosprawności w Polsce, podział i stopnie niepełnosprawności oraz podstawy prawne działań rehabilitacyjnych z podziałem na zadania.

Zwrócono również szczególną uwagę na aktywizację społeczną osób trwale niepełnosprawnych, podstawowe zasady życia społecznego, przedstawiono politykę społeczną osób niepełnosprawnych i metody ich aktywizacji. Omówiony został również problem kompetencji pielęgniarki jako osoby umacniającej poczucie jakości życia osoby trwale niepełnosprawnej. Jest to cenna pozycja dla pielęgniarek, która przybliży im problemy osób niepełnosprawnych, a także dla studentów zawodowych, pielęgniarских studiów licencjackich.

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 (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 PIEŁĘGNIAREK 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**