

**Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

*Wierzysz, że się Bóg zrodził
w Betlejemskim Złobie*

*Lecz biada ci
jeżeli nie zrodził się w Tobie*
(A. Mickiewicz)

*Radosnych, pełnych
spokoju i miłości
Świąt Bożego
Narodzenia oraz
szczęśliwego Nowego
2010 Roku wszystkim
Czytelnikom naszego
Biuletynu*

życzy Redakcja

- 2 Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 3 Serwis informacyjny
- 4 Uchwała w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom OIPiP
- 6 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie używania leków nie trzymających standardów – leków fałszowanych
- 8 Plan szkoleń i kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi rozpoczynających się w roku 2011
- 10 „Postaw na swoim” – przedsiębiorczość, samozatrudnienie pielęgniarek i położnych w województwie łódzkim”
- Sprawozdania**
- 13 Wokół stomii
- Rozstrzygnięcie konkursu**
- 14 Czas na zmianę wizerunku
- 15 To jakaś fantasmagoria!
- 17 Błąd medyczny związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarki
- 21 Postępowanie z noworodkiem matki zakażonej ludzkim wirusem niedoboru odporności
- 23 **Kącik biblioteczny**
- 24 Ćwiczenia pamięci – Stacja Dializ Instytutu CZMP
- Okiem psychologa**
- 26 Radzenie sobie ze stresem po zawale serca
- 30 Zobacz w lustrze wartościowego człowieka
- Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna**
- 32 Miłość a niepełnosprawność
- 34 **Podziękowania**
- Koło Emerytek**
- 35 Złota polska jesień na północnym Mazowszu
- Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych**
- 36 Bogiem obdarowani

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@oipp.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.

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia wielu głębokich i radosnych przeżyć, wewnętrznego spokoju i wytrwałości, chwil wypełnionych radością i miłością, niosących spokój i odpoczynek, Nowego Roku spełniającego wszelkie marzenia, pełnego optymizmu, wiary, szczęścia i powodzenia... i niech Was nic dobrego w życiu nie minie.

*W imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Okręgowego Rzecznika,
Okręgowego Sądu
oraz Komisji Rewizyjnej*

*Życzy Wam
Przewodnicząca ORPiP
mgr Zofia Komorowska*



Najważniejsze uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia

ORPiP w dniu 12 października br.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 21 pielęgniarkom i 8 położnym.
- Wymieniono prawo wykonywania zawodu 3 pielęgniarkom.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 7 pielęgniarek.
- Skreślono z rejestru pielęgniarek i położnych oraz listy członków 5 pielęgniarek.
- Wydano 1 pielęgniarsce duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.
- Przyjęto od pielęgniarki oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony.
- Podjęto 9 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- Podjęto decyzję o skróceniu 4 pielęgniarkom przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu.
- W związku ze zbliżającymi się obchodami XX-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych podjęto uchwały w sprawie: zorganizowania i sfinansowania obchodów, zakupu sztandaru OIPiP w Łodzi, nadania „Wyróżnienia za Zasługi dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych” oraz „Honorowego Wyróżnienia Samorządu Pielęgniarek i Położnych”.
- Przyznano jedną zapomogę bezzwrotną w wysokości 1500 zł.
- Podjęto uchwałę w sprawie zobowiązania pielęgniarki do podjęcia leczenia choroby alkoholowej.
- Z powodu nie stawienia się pielęgniarki na badanie przed komisją lekarską celem oceny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki podjęto decyzję o wyznaczeniu następnego terminu badania.
- Podjęto uchwałę w sprawie poparcia kandydatury Iwony Spychalskiej do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego dla województwa łódzkiego.
- Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 10/2010 – 5 autorom.
- Podjęto uchwałę w sprawie uzupełnienia zbiorów Biblioteki OIPiP w Łodzi.
- Podjęto uchwałę zatwierdzającą kadrę do realizacji projektu „Postępowanie w stanach zagrożenia życia”.
- Przyznano dofinansowania w kursach kwalifikacyjnych: 12 osobom, konferencjach: 6 osobom, studiach podyplomowych: 4 osobom.
- Przyznano 3 nagrody po ukończeniu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo z oceną bardzo dobry w dyplomie
- Pozytywnie rozpatrzono prośbę o przedłużenie terminu odbioru przyznanego dofinansowania.

- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach egzaminacyjnych.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych i ordynatorów.

Prezydium ORPiP w dniu 27 października br.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 10 pielęgniarkom i 2 położnym.
- Dokonano wymiany zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 5 pielęgniarkom.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarki.
- Skreślono z listy członków i rejestru pielęgniarek i położnych 3 pielęgniarki i 1 położną.
- Podjęto 9 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- Podjęto jedną decyzję w sprawie skrócenia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dłuższej niż 5 lat.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – ERUDIO, kurs specjalistyczny w zakresie Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego.
- Podjęto uchwały w sprawie powołania opiekunów zajęć praktycznych w Policealnej Szkole Opiekunów Medycznych.
- Podjęto uchwały w sprawie aktualizacji do Polityki Rachunkowości Biura OIPiP oraz obiegu dokumentów finansowo-księgowych w związku z realizacją projektu „Postępowanie w stanach zagrożenia życia”.
- 12 osobom przyznano pomoc finansową i zapomogi bezzwrotne w kwotach od 750 zł do 1500 zł.
- Przyznano dofinansowania w kursach kwalifikacyjnych: 22 osobom, konferencjach, sympozjach: 4 osobom, studiach podyplomowych: 1 osobie, szkoleniu specjalizacyjnym: 1 osobie.
- Ze względów regulaminowych – wniosek złożony niekompletny – odmówiono dofinansowania 1 osobie.
- Pozytywnie rozpatrzono 2 prośby o przedłużenie terminu odbioru przyznanego dofinansowania.
- 1 osobie przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach konkursowych na stanowiska ordynatorów.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach egzaminacyjnych. •

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

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na posiedzeniu w dniu 9 listopada 2010 roku podjęła Uchwałę Nr 1215/V w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Jednocześnie z dniem 1 stycznia 2011 roku traci moc Uchwała Nr 106/V z dnia 8 kwietnia 2008 roku Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Łodzi. Załączniki wymienione w ww. uchwale będą dostępne w Biurze OIPiP w Łodzi oraz na stronie internetowej.

Uchwała Nr 1215/V **Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 listopada 2010 roku** **w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom** **Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

Na podstawie art. 24 ust 1 pkt 1 i 6 w związku z art. 10 pkt 4 Ustawy z dnia 19.04.1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178 ze zmianami) w związku z § 56 ust. 1, pkt. 2 Uchwały nr 5 z dnia 28.02.1997 roku VIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie organizacji, zasad i trybu działania organów OIPiP z siedzibą w Łodzi, uchwała się, co następuje:

§1. 1. Fundusz na zapomogi dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, stanowią środki finansowe pochodzące ze składek członkowskich.

2. Wysokość funduszu określana jest corocznie w uchwale budżetowej Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

3. Użyte w uchwale określenia oznaczają:

Okręgowa Izba – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,

Okręgowa Rada – Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,

Prezydium – Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,

Zapomoga nieopodatkowana – zapomoga losowa w wysokości nie przekraczającej kwoty określonej w art. 21 ust. 1 pkt. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych;

Zapomoga opodatkowana – zapomoga w wysokości powyżej kwoty określonej w art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych;

Zdarzenie losowe – zdarzenie nagłe, które wystąpiło niespodziewanie, było niemożliwe do przewidzenia i uniknięcia, a jego zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego członka samorządu np.: nagła ciężka długotrwała choroba, pożar, powódź, kradzież, katastrofa, trąba powietrzna itp.

§2. 1. Z funduszu na zapomogi mogą być udzielane zapomogi nieopodatkowane lub opodatkowane, z zastrzeżeniem § 7.

2. Zapomogi, o których mowa w ust. 1 mogą być przyznane, jeden raz w roku kalendarzowym, członkom Okręgowej Izby spełniającym łącznie następujące warunki:

– regularnie odprowadzają składkę członkowską na konto Okręgowej Izby przez okres co najmniej dwóch lat:

– przed złożeniem wniosku,

– przed uzyskaniem prawa zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, jeżeli takie zwolnienie wynika z uchwały Krajowego Zjazdu w sprawie składki członkowskiej,

– znajdują się w trudnej sytuacji materialnej wynikającej z udokumentowanych, nagłych zdarzeń losowych.

3. W przypadku małżeństwa (2 członków samorządu), każdy z małżonków może otrzymać jedną zapomogę, na różne zdarzenia losowe.

4. Wniosek o przyznanie zapomogi należy złożyć nie później niż w ciągu 60 dni od wystąpienia zdarzenia.

§3. 1. Zapomogi mogą być przyznane na wniosek:

– osoby zainteresowanej,

– pełnomocnika ORPiP w zakładzie lub współpracowników osoby, której dotyczy wniosek, w sytuacji gdy uznają, że osoba zainteresowana nie wystąpi o pomoc samodzielnie.

2. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

3. Do wniosku należy dołączyć:

– kserokopie dokumentów potwierdzających zaistnienie zdarzenia losowego np. karty leczenia, potwierdzenie kradzieży, pożaru itp., rachunki itp.,

– zaświadczenie potwierdzające fakt zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, a w szczególności o przebywaniu na urlopie wychowawczym, lub pobieraniu zasiłku rehabilitacyjnego, lub zaświadczenie z rejonowego urzędu pracy o zarejestrowaniu jako bezrobotna/y.

§4. 1. Wnioski o udzielenie zapomogi należy składać w Biurze Okręgowej Izby na wniosku zgodnym z wzorem formularza.

2. Wnioski rozpatruje Komisja Socjalna i przedstawia do akceptacji Okręgowej Radzie lub Prezydium.

3. Posiedzenia Komisji Socjalnej odbywają się w Biurze Okręgowej Izby, nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu, z wyłączeniem miesiąca lipca i sierpnia.

4. Komisja Socjalna podejmuje decyzję zwykłą większością głosów, w obecności ponad połowy jej członków, w tym przewodniczącego lub wiceprzewodniczącego.

5. Każde posiedzenie Komisji Socjalnej jest protokołowane, a protokół podpisuje przewodniczący lub wiceprzewodniczący Komisji Socjalnej.

§5. 1. Wysokość zapomogi dla poszczególnych wnioskodawców proponuje Komisja Socjalna wraz z uzasadnieniem.

2. Szczegółowy tryb rozpatrywania wniosków określa regulamin wewnętrzny Komisji Socjalnej, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

3. Środki finansowe mogą być wypłacone osobie zainteresowanej o której mowa w par.3 ust. 1 lub osobie przez nią upoważnionej na piśmie.

Upoważnienie powinno zawierać:

– imię i nazwisko, pesel, nr dowodu osobistego, adres zamieszkania osoby upoważnionej,

– określenie przedmiotu upoważnienia - do czego osoba ta jest upoważniona,

– imię i nazwisko oraz czytelny własnoręczny podpis osoby zainteresowanej, o której mowa w par. 3 ust. 1,

– datę wystawienia upoważnienia.

4. W przypadku śmierci osoby zainteresowanej lub gdy osoba zainteresowana nie jest zdolna samodzielnie wskazać osobę upoważnioną, przyznane środki finansowe wypła-

cane będą pełnoletnim dzieciom lub osobie wskazanej przez Okręgową Radę bądź Prezydium.

§6. 1. Obsługę administracyjną Komisji Socjalnej zapewnia Biuro Okręgowej Izby.

2. O podjętej decyzji wnioskodawcy, o których mowa w §3 ust 1, zostaną powiadomieni w ciągu 7 dni od daty posiedzenia uprawnionego organu.

3. Osoba zainteresowana lub osoba, o której mowa w §3 ust. 1 pkt 2, w razie negatywnego rozpatrzenia wniosku, może złożyć odwołanie do Okręgowej Rady na piśmie, w ciągu 21 dni od dnia otrzymania odpowiedzi.

4. Odwołanie, o którym mowa w ust. 3, podlega rozpatrzeniu podczas najbliższego posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

§7. Zapomoga otrzymana na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub fałszywych dowodów podlega zwrotowi wraz z odsetkami ustawowymi zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§8. W sprawach nieuregulowanych niniejszą uchwałą decyzję podejmuje Okręgowa Rada.

§9. Z dniem 1 stycznia 2011 roku traci moc Uchwała Nr 106/V z dnia 8 kwietnia 2008 roku ORaPiP w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Łodzi.

§10. Uchwała wchodzi w życie z dniem 01 stycznia 2011 roku. •

Sekretarz ORPiP
Anna Manes

Skarbnik ORPiP
Joanna Lewandowska

Przewodnicząca ORPiP
Zofia Komorowska

Zaproszenie

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi serdecznie zapraszam na spotkania świąteczne. W dniu **14 grudnia 2010 roku o godzinie 14.00** Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Okręgowa Komisja Rewizyjna, Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

W dniu **15 grudnia 2010 roku o godzinie 12.00** – Pełnomocnicy: lecznictwo stacjonarne, lecznictwo otwarte, domy pomocy społecznej, przedstawiciele komisji problemowych oraz Koła Emerytek.

W dniu **16 grudnia 2010 roku o godzinie 12.00** – Kadra zarządzająca pionem pielęgniarsko-położniczym. •

Komunikat

Od roku 2011 ulegnie zmianie harmonogram spotkań pełnomocników. Na dzień 18 stycznia 2011 roku godz. 12.00 w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych, ul. Piotrkowska 17, zostało zaplanowane pierwsze spotkanie pełnomocników lecznictwa stacjonarnego, lecznictwa otwartego oraz domów pomocy społecznej. Terminy spotkań w 2011 roku zostaną ustalone w dniu 18 stycznia 2011 roku. •

oprac. mgr *Anna Manes* – sekretarz ORPiP



Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie używania leków nie trzymających standardów – leków fałszowanych

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wspiera działania mające na celu:

- zapewnianie wysokiej jakości farmakoterapii,
- wykrywanie i ujawnianie producentów i handlowców zajmujących się lekami fałszowanymi,
- poprawę zaopatrzenia placówek służby zdrowia w leki,
- kształcenie pielęgniarek w zakresie wykrywania leków fałszowanych i zapobiegania ich używania,
- monitorowanie niepowodzeń w stosowanej terapii, które mogą być wynikiem stosowania leków fałszowanych,
- edukowanie społeczeństwa w tym zakresie.

Pielęgniarki powinny:

- uczestniczyć w ogólnokrajowych działaniach w tym zakresie,
- rozpowszechniać, uzyskane w procesie kształcenia, informacje o produktach fałszowanych,
- współpracować z farmaceutami, menedżerami ochrony zdrowia w tworzeniu mechanizmów sprawozdawania, gromadzenia i weryfikowania danych o lekach fałszowanych,
- uczestniczyć w krajowych systemach monitorowania i sprawozdawania dotyczących leków (z wykorzystaniem np. bezpłatnych linii telefonicznych dla informatorów),
- prowadzić lobbing na rzecz obniżania cen leków, co może zmniejszyć zagrożenie spożywania leków fałszowanych,
- prowadzić lobbing w sprawie odpowiednich regulacji prawnych.

Realizując zadania terapeutyczne pielęgniarki monitorują działania pożądane oraz skutki i efekty uboczne stosowanych leków. Muszą więc być szczególnie wrażliwe na wszelkie oznaki fałszowania, takie jak niewłaściwe opakowanie czy etykietowanie.

Pielęgniarki odgrywają także kluczową rolę w edukowaniu społeczeństwa, informowaniu o zagrożeniach związanych z kupowaniem leków przez Internet lub na ulicach/straganach oraz z nieuprawnionych źródeł.

Walcząc z fałszowaniem leków, pielęgniarki dbają o bezpieczeństwo pacjentów, podnoszą jakość świadczonych usług.

Tłó:

Według definicji WHO, leki fałszowane to takie, które w zamierzony i celowy sposób są fałszywie etykietowane jeśli chodzi o jakość (skład) i/lub źródło pochodzenia. Mogą one obejmować produkty zawierające właściwe

składniki, ale źle opakowane, lub zawierające złe składniki, niezawierające składników aktywnych lub zawierające niewystarczającą ich liczbę.

Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna definiuje leki fałszowane jako leki niewłaściwie etykietowane w sposób celowy i zamierzony, jeśli chodzi o ich działanie, skład i/lub źródło pochodzenia – dotyczy to zarówno końcowego produktu farmaceutycznego, jak i składników wykorzystywanych do ich przygotowywania. Natomiast lek nietrzymający standardów, według WHO, to lek wytwarzany przez upoważnionych do tego producentów, który nie spełnia specyfikacji i norm jakościowych. Należy podkreślić, że pielęgniarki w codziennej praktyce mogą pomagać w identyfikowaniu produktów fałszowanych, przez bezpośrednią obserwację pacjentów i zażywanych przez nich leków. Jeżeli pacjenci zgłaszają, że:

- lek nie przynosi efektu,
- lek przynosi efekt inny niż oczekiwany,
- lek jest niewłaściwie opakowany (np. uszkodzone lub niewłaściwe opakowanie, brak daty ważności),
- lek ma inny niż zazwyczaj smak, wygląd czy konsystencję

pielęgniarki powinny sprawdzić lek pod względem jego legalności i wdrożyć obowiązującą procedurę postępowania. Pielęgniarki mogą doradzać pacjentom niekupowanie leków przez Internet, ze względu na brak gwarancji autentyczności produktu. Innym problemem są podróże międzynarodowe i kupowanie leków w krajach odwiedzanych przez turystów, nie poinformowanych o istniejącym zagrożeniu. Fałszowane leki stanowią ponad 10 proc. wszystkich leków na świecie dostępnych na rynku, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Leki fałszowane zabiły już tysiące ludzi na świecie.

Według szacunków WHO do 25 proc. leków stosowanych w krajach nieuprzemysłowionych to produkty fałszowane lub nietrzymające standardów prawa farmaceutycznego. W krajach ubogich do 25 proc. leków jest fałszowanych, zwłaszcza te sprzedawane na ulicy. Koncerny farmaceutyczne za ośrodki handlu lekami fałszowanymi uważają Chiny, Nigerię i kraje byłego ZSRR, poza tym Egipt, Pakistan, Indie i Indonezję.

Leki fałszowane są niebezpieczne i nieskuteczne. Powodują marnowanie środków na ich zakup, ewidencjonowanie, transport i sprzedaż, nie przynoszą żadnego lub niemal żadnego pożądanego skutku, a często powodują

pogorszenie stanu pacjenta (zatrucie, niepełnosprawność lub nawet zgon). Poniższe dane pokazują, jak rozpowszechnione są na świecie leki fałszowane 1 na 10 leków sprzedawanych na świecie jest fałszowana, nie ma żadnego efektu terapeutycznego, ale generuje 32 mld USD dochodu rocznie. Ostatnie badanie WHO dotyczące równorzędności przygotowań na wypadek epidemii malarii w 7 krajach afrykańskich ujawniło, że 38 proc. tabletek chlorokiny i 90 proc. tabletek sulfadoksyny nie trzymało standardów. Badanie opublikowane w The Lancet wykazało, że 40 proc. leków z grupy najlepszych na malarię nie zawierały aktywnych składników, a więc nie miały żadnego oddziaływania terapeutycznego. WHO szacuje, że około 200 000 zgonów rocznie spowodowanych malarią można by uniknąć, gdyby zapewnić odpowiednią jakość leków. Badanie WHO dotyczące leków fałszowanych, przeprowadzone w 20 krajach między styczniem 1999 a październikiem 2000 wykazało, że w 60 proc. z 325 przypadków w lakach brakowało aktywnego składnika.

W badaniu WHO (1992-1994) stwierdzono, że 51 proc. leków fałszowanych nie zawierało składnika aktywnego. Kolejne 17 proc. zawierało niewłaściwy składnik, 11 proc. – słabszy niż zalecany. W rzeczywistości część tych „leków” zawierało trucizny, mogące powodować poważne

schorzenia lub nawet zgon. Tylko 4 proc. z nich zawierało tę samą ilość i jakość składnika co leki wiarygodne.

W roku 2003 WHO poinformowała, że wśród leków fałszowanych wykrytych w latach 1999-2002 najczęściej było środków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych, przeciwmalarycznych, leków na astmę, alergię, antybiotyków, hormonów i sterydów.

Ogromnym zagrożeniem dla pacjenta jest także zakup leków przez Internet, zwłaszcza ze źródeł innych niż oficjalne witryny aptek czy firm farmaceutycznych. W roku 1999 Amerykańskie Towarzystwo Menedżerów Aptek podjęło walkę z nielegalnymi aptekami internetowymi, tworząc wolontariacki program do weryfikowania stron farmaceutycznych (VIPPS). Ma on pomagać ludziom w rozpoznawaniu wiarygodnych stron farmaceutycznych, odpowiadających wymogom prawnym federalnym i stanowym. Podobne rozwiązania są przygotowywane także w innych krajach.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek wraz z partnerami społecznymi po raz kolejny włączyła się w światową akcję przeciwko fałszowanym lekom zachęcając pielęgniarki do aktywnego działania w programie.

Więcej <http://www.icn.ch/news/whats-new/whpa-briefing-on-combating-counterfeit-medicines.html> •

centrum edukacji
Erudio

Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stonią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • Żywienie enteralne i parenteralne

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPiP W ŁODZI

!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!

**SEMINARIUM W ZAKRESIE EKG
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
(8 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH)**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/IV z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/IV z dnia 10 marca 2009 roku CNPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

Plan szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi rozpoczynających się w roku 2011

I. Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

1. **Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla pielęgniarek – jedna edycja (I półrocze).
2. **Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki**, program dla pielęgniarek – jedna edycja (II półrocze).
3. **Pielęgniarstwa opieki długoterminowej**, program dla pielęgniarek – jedna edycja (II półrocze).
4. **Pielęgniarstwa operacyjnego**, program dla pielęgniarek i położnych – jedna edycja (I półrocze).
5. **Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla położnych – jedna edycja (I półrocze).
6. **Pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią**, program dla pielęgniarek – jedna edycja (II półrocze).
7. **Pielęgniarstwa epidemiologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych (program ważny do dnia 13.08.2011 r.) – jedna edycja, luty-czerwiec 2011 r. (pod warunkiem złożenia 40 zgłoszeń, najpóźniej do dnia 07.01.2011 r.)

II. Kursy specjalistyczne w zakresie:

1. **Szczepienia ochronne Nr 03/07**, program dla pielęgniarek – dwie edycje (I i II półrocze).
2. **Endoskopii**, program dla pielęgniarek – jedna edycja (I półrocze).
3. **Leczenie ran Nr 11/07**, program dla pielęgniarek – jedna edycja (I półrocze).
4. **Podstawy dializoterapii Nr 08/09**, program dla pielęgniarek – jedna edycja (II półrocze).
5. **Wykonywanie i ocena testów skórnych**, program dla pielęgniarek – jedna edycja (II półrocze).
6. **Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07**, program dla pielęgniarek i położnych – dwie edycje (I i II półrocze).
7. **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07**, program dla pielęgniarek i położnych (program ważny do dnia 04.07.2011 r.) – pięć edycji – (I półrocze 2 edycje w OIPiP + 3 edycje w zakładach: I Szpital Miejski w Łodzi, WSzS w Zgierzu i SSzW w Piotrkowie Tryb.).
8. **Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07**, program dla pielęgniarek i położnych – jedna edycja (I półrocze).

9. **Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych**, dla pielęgniarek i położnych – jedna edycja (II półrocze).

10. **Leczenie ran Nr 12/07**, program dla położnych – jedna edycja (II półrocze).

11. **Szczepienia ochronne u noworodków Nr 04/08**, program dla położnych – jedna edycja (I półrocze).

III. Warsztaty psychologiczne

Dla pielęgniarek i położnych, prowadzone w zakładach, w uzgodnionych terminach – dwadzieścia edycji o tematyce:

1. „Radzenie sobie z emocjonalnym obciążeniem w pracy pielęgniarki – zarządzanie emocjami”.
2. „Psychologiczna obsługa klienta medycznego”.
3. „Techniki pracy pielęgniarki w kontakcie z trudnym pacjentem”.
4. „Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia”.
5. „Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego”.
6. „Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezentacja w poruszaniu się po rynku pracy”.
7. „Psychologiczne zasady udzielania wsparcia pacjentom i radzenie sobie z obciążeniem emocjonalnym”.
8. „Efektywna współpraca w grupie zadaniowej”.

IV. Szkolenia specjalistyczne:

I. Rozpoczynające się w 2011 roku

W ramach przetargu ogłaszanego przez Ministra Zdrowia w roku 2011 dla województwa łódzkiego, w dwóch z poniżej wymienionych dziedzinach (wg liczby zgłoszeń), zgodnie z terminami wskazanymi w umowie:

1. **Pielęgniarstwa psychiatrycznego**, program dla pielęgniarek.
2. **Pielęgniarstwa chirurgicznego**, program dla pielęgniarek.
3. **Pielęgniarstwa pediatrycznego**, program dla pielęgniarek.
4. **Pielęgniarstwa w opiece długoterminowej**, program dla pielęgniarek.
5. **Pielęgniarstwa zachowawczego**, program dla pielęgniarek.

6. **Organizacji i zarządzania**, program dla pielęgniarek i położnych.

II. Kontynuowane w 2011 r.

1. Pielęgniarstwa opieki paliatywnej, program dla pielęgniarek (10.07.2009 r. - 31.05.2011 r.).
2. I edycja – Pielęgniarstwa pediatrycznego, program dla pielęgniarek (04.09.2009 r. - 31.05.2011 r.).
3. I edycja – Pielęgniarstwa chirurgicznego, program dla pielęgniarek (17.11.2009 r. – 31.05.2011 r.).
4. II edycja – Pielęgniarstwa pediatrycznego, program dla pielęgniarek (20.08.2010 r. - 31.05.2012 r.).
5. II edycja – Pielęgniarstwa chirurgicznego, program dla pielęgniarek (20.08.2010 r. - 31.05.2012 r.).

WAŻNE

1. Osoby zainteresowane udziałem w powyższych kursach i szkoleniach proszone są o składanie kart zgłoszeń (oryginał) – wzór obowiązujący od czerwca 2010 r.- do biura OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17. Druki dostępne w biurze i na stronie internetowej Okręgowej Izby (www.oipp.lodz.pl).
2. Karty zgłoszeń należy składać najpóźniej na 30 dni przed planowanym terminem szkolenia, kursu tj. przed terminem posiedzenia komisji kwalifikacyjnej.

3. **Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie opłaconych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku nie będą rozpatrywane !!!**

4. Przypominamy, iż **1 raz w roku kalendarzowym można skorzystać z 1 wybranego kursu, szkolenia**, które finansowane jest z budżetu Okręgowej Izby (Uchwała Nr 107/V ORPiP).

5. Kursy i szkolenia, na które wpłynęło **zbyt mała liczba zgłoszeń lub ich brak nie będą realizowane**.

6. Informacje nt. **szczegółowych terminów kursów będziemy publikować w biuletynie, na stronie internetowej** Izby oraz przekazywać na bieżąco pełnomocnikom zakładów.

7. Informacji dodatkowych udziela sekcja szkoleń pod numerem telefonu (42) 639-92-62, w godzinach pracy biura lub pod następującymi numerami telefonów:

mgr Maria Kowalczyk – 781 014 032,
mgr Agnieszka Kałużna – 781 014 042,
mgr Krystyna Biegańska – 781 014 062. •

oprac. mgr *Maria Kowalczyk*
gł. specjalista ds. kształcenia
podyplomowego pielęgniarek i położnych



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza położne środowiskowe/rodzinne i pielęgniarki do udziału w cyklicznych warsztatach edukacyjnych nt.

„Pierwsza doba w szpitalu, pierwsza doba w domu – wspierająca rola położnej”
„Trudności emocjonalne po porodzie”

Warsztaty odbędą się w dniu 21 grudnia 2010 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, (ul. Piotrkowskiej 17) w godzinach 11.00-13.00 (II piętro – duża sala).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura w godzinach pracy (o udziale decyduje kolejność zgłoszeń).

Wszystkie uczestniczki otrzymają: certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne, interesujące materiały promocyjne.

W przerwie pomiędzy wykładami zapraszamy na poczęstunek. •

Wywiad z uczestniczkami projektu Panią Marią Krawczyk oraz Panią Alicją Mielczarek



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



– Jak zmieniło się życie Pań w wyniku udziału w projekcie?

M.K.: W moim przypadku można by rzec, że życie zaczyna się po 50-tce. Niekiedy zastanawiam się, czy rzeczywiście „ktoś na górze” nie steruje naszymi poczynaniami. Coś złego zamienia się w coś innego – niejednokrotnie lepszego, piękniejszego. Myślałam, że zabieg operacyjny kręgosłupa szyjnego (i następne, które mnie czekają) na dobre wyeliminuje mnie z życia zawodowego. Oczami wyobraźni widziałam się już na „stróżówce”, czy jakiejś portierni, gdzie zatrudniają osoby z umiarkowaną niepełnosprawnością. Jednak stało się zupełnie inaczej. Przystąpiłam do projektu „Postaw na swoim, przedsiębiorczość, samozatrudnienie pielęgniarek i położnych w województwie łódzkim”, organizowanym przez samorząd zawodowy. Dzięki temu pracuję u siebie i na siebie. Sama dozuję sobie wysiłek fizyczny i godziny pracy. Oszczędzam swoje zdrowie, nie nadwyrężam kręgosłupa dźwiganiem i wymuszoną pozycją pracy. Odpoczywam ile chcę i kiedy chcę. Najważniejsze, że robię to, co lubię i dostaję za to pieniądze.

– Co uznają Panie za sukces a co za porażkę w swojej dotychczasowej działalności jako przedsiębiorcy?

A.M.: Za sukces należy uznać stworzenie warsztatu pracy, szybkie zapoznanie się z prowadzeniem dokumentacji firmy, osiąganie zysków z mojej działalności i podnoszenie własnych kwalifikacji. Natomiast mój sukces zmniejsza liczba nowych kontrahentów, których nie ma, mimo podjętych działań promocyjno-marketingowych.

– Jakie trudności miały Panie podczas przygotowania biznesplanu, rozpoczynania działalności i jakie mają Panie teraz? A może nie było i nie ma takich problemów?

A.M.: W biznesplanie największą trudnością okazała się symulacja dotycząca nowych klientów. Duży problem sprawiło mi zaplanowanie liczby klientów – rzeczywistość jest odmienna szczególnie, gdy chodzi o klientów dużych – strategicznych typu ZOZ i NZOZ, których nie mogę pozyskać.

M.K.: W dotychczasowej działalności mojej firmy doświadczam dużo pozytywnych emocji. Moją propozycję uruchomienia działalności gospodarczej „Usługi Pielęgniarskie” lokalna społeczność przyjęła z ulgą, uznaniem... Odniosłam wrażenie, że są to usługi długo oczekiwane na terenie Tuszyna. Sukcesem dla mnie jest sam fakt, że zdobyłam się na odwagę skomercjalizowania usług pielęgniarskich, które do tej pory były w koszyku usług refundowanych przez budżet państwa. Ubolewam, że nie wszystkich stać na zapewnienie swoim chorym bliskim profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.

– Jakie elementy projektu uznająby Panie za najważniejsze? Szkolenie, dotację, wsparcie pomostowe?

A.M.: Szkolenie jest ważnym elementem wsparcia dla nowego przedsiębiorcy, doradztwo daje możliwość indywidualnych konsultacji i pogłębionej analizy pojedynczych problemów. Dotacja jest istotnym wsparciem, bez którego nie można rozpocząć własnego biznesu. Uważam jednak, że przy staraniu się o wsparcie w ramach dotacji inwestycyjnej od przedsiębiorcy powinien być wymagany wkład własny, ponieważ gwarantuje to większe zaangażowanie po stronie uczestnika projektu. Myślę, że w przyszłości można zrezygnować ze wsparcia pomostowego albo ograniczyć wydawanie go do nielicznych osób.

– Jaką radą podzielilyby się Panie z koleżankami planującymi założenie działalności gospodarczej?



Uczestnicy projektu „Postaw na swoim - przedsiębiorczość, samozatrudnienie pielęgniarek i położnych w województwie łódzkim” realizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, rozpoczęli najtrudniejszy egzamin, którym jest prowadzenie firmy w realiach prawdziwego rynku. Nowi przedsiębiorcy podzielili się doświadczeniami i spostrzeżeniami dotyczącymi działania „Na swoim”. Obok opinii przedsiębiorców nie mogło zabraknąć stanowiska koordynatorka projektu, która jest najbliższą wszelkich problemów



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Człowiek - najlepsza inwestycja

NA SWOIM

pielęgniarek i położnych w woj. łódzkim

skiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

i trudności, z jakimi uczestnicy projektu spotkali się na wyboistej drodze przedsiębiorcy. Projekt rozpoczął się 1 stycznia 2010 roku, a jego zakończenie planowane jest na 31 maja 2011 roku.

Wywiad z dwiema uczestniczkami projektu Panią Marią Krawczyk właścicielką firmy „Usługi Pielęgniarskie – Maria Krawczyk” oraz Panią Alicją Mielczarek właścicielką firmy „FineMED” oraz z Koordynatorem Projektu Panią Barbarą Wiklak przeprowadził Maciej Mazerant – specjalista ds. promocji projektu.

M.K.: Uczestnicząc w projekcie spotkałam się z dużą pomocą ze strony organizatorów. Pomoc ta polegała na przekazywaniu uczestnikom programu wiedzy merytorycznej na temat założenia i prowadzenia własnej działalności gospodarczej. Dla mnie najważniejsza stała się pomoc prawna, w tej dziedzinie nie miałam żadnego doświadczenia. Bez wiedzy prawnej i księgowej nie udźwignęłabym ciężaru prowadzenia własnej działalności. Dzisiaj jestem usatysfakcjonowana, że sama prowadzę własną buchalterię i nie potrzebuję pomocy zawodowego księgowego. Porady prawno-księgowe, które zapewnia mi uczestnictwo w projekcie są wystarczające dla mojej firmy.

Następną bardzo ważną kwestią, która pomaga mi w tworzeniu, utrzymaniu i rozwoju mojej działalności, jest zwrócenie uwagi na marketing i promocję. Gdybym osobiście nie doświadczyła ogromu znaczenia tych działań dla mojej firmy, nigdy nie uwierzyłabym w moc marketingu i promocji dla rozwoju działalności i szansy utrzymania się na rynku.

Wywiad z Panią Barbarą Wiklak Koordynatorem projektu „Postaw na swoim...”

– **Jak doszło do tego, że podjęła się Pani zadania niewątpliwie bardzo trudnego, jakim jest koordynacja projektu dotyczącego przedsiębiorczości pielęgniarek i położnych?**

B.W.: Zostałam poproszona o koordynowanie projektu „Postaw na swoim – przedsiębiorczość, samozaatrudnienie pielęgniarek i położnych w województwie łódzkim” przez ówczesną Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Panią Krystynę Walewską. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wystąpiła z wnioskiem o do-

Niebagatelne znaczenie w moim przypadku ma pomoc finansowa w postaci dotacji na rozpoczęcie i pomostowej na prowadzenie mojej działalności gospodarczej, jaką otrzymałam będąc uczestnikiem projektu. Bez niej nigdy nie udało by mi się otworzyć własnej firmy. Byłam osobą bezrobotną, aktualnie działalność gospodarcza jest moim jedynym źródłem utrzymania. Nikogo nie muszę przekonywać, że początki są bardzo trudne, zwłaszcza w mojej branży, która jest nowatorską w obszarze, w którym działam. Jestem pewna, że bez otrzymania pomostowego wsparcia finansowego nie miałabym możliwości prowadzić i rozwijać swojej firmy.

Zawsze namawiałam i namawiam moje koleżanki do założenia własnej działalności. Wiem, że kosztuje to dużo pracy, wysiłku i konieczności szkolenia w różnych dziedzinach – prawnej, księgowej, marketingowej. Jednakże naprawdę warto – szczerze polecam.

Koleżanki nie zazdroście nam unijnych pieniędzy, tylko weźcie z nas przykład.

finansowanie tego projektu z Funduszu Europejskiego i otrzymała je w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego. Do tej pory nie miałam doświadczeń w zakresie prowadzenia takich projektów, odbyłam szkolenie w zakresie koordynowania projektów Unii Europejskiej i wiele innych z obszaru ich realizowania, ale ten projekt sprawił mi wiele trudności, z którymi musiałam się zmierzyć. W rozwiązywaniu licznych trudnych spraw w trakcie realizacji projektu pomagali mi i nadal pomagają pracownicy

projektu oraz Przewodnicząca ORPiP w Łodzi, na początku Pani Krystyna Walewska, a teraz Pani Zofia Komorowska. Projekt, choć przeznaczony dla niewielkiej grupy uczestników jest dość trudny ze względu na jego wieloetapowość i ciągły nadzór nad efektywnym wydawaniem otrzymanych z Unii Europejskiej pieniędzy przez realizatorów i uczestników projektu.

– Czy uważa Pani, że tego typu projekty są potrzebne i jak wpływają na kreowanie prawidłowych mechanizmów rynkowych w sektorze ochrony zdrowia na poziomie średniego personelu medycznego?

B.W.: Tego typu projekty są bardzo potrzebne dla personelu pielęgniarskiego i położniczego. W dynamicznie zachodzących procesach gospodarczych te dwa zawody muszą znaleźć się we właściwym miejscu. Pielęgniarki i położne w sektorze ochrony zdrowia zajmują znaczące miejsce wykonując wiele elementów procesu opieki nad społeczeństwem, począwszy od kształtowania postaw zdrowotnych, wpływania na zrozumienie i realizowanie samoopieki, skończywszy na wykonywaniu całodobowej opieki wobec osób, które nie są w stanie funkcjonować bez profesjonalnej pracy pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarki i położne realizując opiekę wobec społeczeństwa muszą rozpoznawać procesy tej opieki i korzystać z prawidłowego podziału dóbr przeznaczonych ze środków publicznych i niepublicznych na realizację ochrony zdrowia. Uczestnictwo w projekcie dostarcza im wiedzy o tym jak odnaleźć się w tym „dość nowym” obszarze gospodarczym naszego kraju.

– Z jakich elementów składał się projekt? I który z nich uważa Pani za najważniejszy tj. najbardziej potrzebny z punktu widzenia rozwoju przedsiębiorczości uczestników projektu?

B.W.: Projekt jest wieloelementowy i każdy z tych elementów jest

bardzo dobrze dobrany do potrzeb uczestników umożliwiając im właściwe przygotowanie się do założenia i prowadzenia działalności gospodarczej. Pomijając etapy kwalifikowania uczestników, chciałabym zwrócić uwagę na blok szkoleniowy, który dostarczył beneficjentom różnorodną wiedzę wpływającą na ich biznesowe decyzje, wybór kierunków działania, rozwój zawodowy (niektórzy uczestnicy podjęli kształcenie podyplomowe).

Wsparcie finansowe na uruchomienie działalności gospodarczej było nieocenioną wartością, bez której niemożliwe byłoby rozpoczęcie tego typu działalności, na takim poziomie. Finansowe wsparcie pomostowe pozwoliło na zachowanie stabilizacji w procesie rozpoczynania funkcjonowania na „nowym” dla społeczeństwa obszarze. Bardzo ważnym elementem realizowanego projektu jest doradztwo indywidualne ujęte w programie projektu oraz wszystkie kontakty indywidualne z pracownikami projektu.

– Jak wygląda Pani dzień pracy, jako Koordynatora Projektu?

B.W.: Jest bardzo różnorodny, dynamiczny i dostosowany do etapów i potrzeb realizacji projektu. Zwykle zaczyna się od sprawdzania poczty, związany jest z przeglądaniem i uzupełnianiem dokumentacji projektu, kontaktami z uczestnikami i pracownikami projektu. Czasami trwa do późnych godzin nocnych. Koordynowanie projektu nie jest moim podstawowym miejscem pracy. Na co dzień jestem wykładowcą Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

– Czy Pani zdaniem firmy utworzone w ramach projektu mają szansę na sukces rynkowy? Jakiego wsparcia oprócz działań założonych w projekcie takie firmy potrzebują?

B.W.: Tak, zdecydowanie tak. Ogromne zaangażowanie uczestników projektu w tworzenie swoich firm i duma z ich powstania powinny gwarantować utrzymanie się tych firm

na rynku. Oczywiście są trudności w realizacji zamierzeń i marzeń uczestników tego projektu, wpływają one przede wszystkim z braku kontraktowania świadczeń pielęgniarskich, jako oddzielnych elementów umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Pielęgniarki i położne w systemie ochrony zdrowia muszą zacząć być postrzegane jako nieodzowny partner tego systemu. Powinno być jasno określone, jakie zadania realizują przedstawiciele tych dwóch zawodów i jaki procent stanowią te zadania w budżecie przeznaczonym na ochronę zdrowia, a co za tym idzie właściwie te zadania muszą być zakontraktowane, czy to indywidualnie czy w systemie zbiorowym. Zatem wszystkie firmy pielęgniarskie i położnicze potrzebują zmian systemowych.

– Jakie cechy powinny wyróżniać przedsiębiorcę działającego w obszarze zdrowia?

B.W.: Podobnie jak każdego innego przedsiębiorcę: profesjonalizm, rzetelność, odpowiedzialność, kreatywność, elastyczność, wytrwałość, wrażliwość i mobilność.

– Jak zachęci Pani inne osoby ze środowiska do działania na własny rachunek?

B.W.: Najlepszym przykładem i zachętą jest sukces pierwszej grupy uczestników projektu. Będę propagować takie działania, być może Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych podejmie się prowadzenia kolejnych edycji tego projektu. Pielęgniarkom i położnym należy uświadomić, że ich miejsce w ochronie zdrowia nie jest zagrożone i nie może być zastąpione przez przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Ważne jest uczenie pielęgniarek i położnych jak odnaleźć swoje miejsce w gospodarce krajowej i zagranicznej. Należałoby w kształceniu podstawowym pielęgniarek i położnych wprowadzić przedmiot z zakresu przedsiębiorczości. •

Miesiąc temu, otworzył swoje podwoje Łódzki Salon Naukowy. Inspiracją do utworzenia Salonu było wieloletnie doświadczenie organizatorów w bardzo bliskim obcowaniu ze środowiskiem medycznym. Pokazywało ono, że brak nam w Łodzi konferencji na wysokim poziomie merytorycznym, ze znakomitymi wykładowcami i w dobrej oprawie, które kierowane byłyby do panów i pań pielęgniarek.

Od inspiracji i pomysłu upłynęło niewiele czasu do realizacji pierwszej konferencji. Czas ten był potrzebny do przeprowadzenia wywiadu w środowisku pielęgniarskim, mającego na celu ustalić, jakie tematy, powinny się

i bezpośrednio sposób, poparty ogromną ilością z życia wziętych przykładów.

Konferencja zakończyła się chwilą wytchnienia przy obiadowym stole, gdzie można było podzielić się wrażeniami z dawno niewidzianymi koleżankami z całej Polski. Potem już tylko rozdanie certyfikatów i zebranie ankiet ewaluacyjnych, na które bardzo czekał organizator Łódzkiego Salonu Naukowego-Centrum Doradzo Szkoleniowe „PROVENA”.

Miło nam bardzo podzielić się z Państwem informacją, że we wszystkich ankietach uczestnicy wyrazili ogromne zadowolenie z Konferencji, bardzo wysoko ocenili tak jej

„Wokół stomii”

pojawić na takich Konferencjach. Zebraliśmy pokazną listę zagadnień z różnych dziedzin, ale na pierwszych miejscu powtarzał się temat stomii, a dokładniej, trudności związanych z postępowaniem z pacjentem tak przed, jak i po zabiegu. I nie chodziło tu jedynie o zagadnienia medyczne czy pielęgnacyjne, ale przede wszystkim o to, jak poradzić sobie z problemami natury psychologicznej, które mogą wystąpić zarówno po stronie pacjenta jak i personelu medycznego.

I tak, 22 października 2010 roku Łódzki Salon Naukowy zainaugurował swoją działalność konferencją pod tytułem „Wokół stomii”, nad którą patronat objęli: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Konsultant Wojewódzki ds. Pielęgniarstwa Chirurgicznego – mgr Wiesława Orłowska oraz Konsultant Wojewódzki ds. Spraw Chirurgii Ogólnej Województwa Łódzkiego – prof. Adam Dziki. Konferencja została podzielona na dwa panele:

- medyczny, który poprowadził merytorycznie zespół Profesora Adama Dzikiego
- psychologiczny, który poprowadziła dr Mariola Kosowicz – psychoonkolog z Instytutu Onkologii w Warszawie.

Udziałem w konferencji, która odbyła się w gościnnym Hotelu „Borowiecki” w Łodzi zaszczyliło nas ponad 120 osób, w tym przedstawiciele Łódzkiego Towarzystwa Stomijnego oraz firmy farmaceutyczne produkujące sprzęt stomijny.

Program z odpowiednio dobranymi wykładami, które trwały od 9.30 do 16.00 sprawił, że nie było mowy, żeby ktoś wcześniej opuścił konferencję. Wszyscy do końca z zapartym tchem słuchali tego co mają do powiedzenia wykładowcy, szczególnie doceniając i chwając wystąpienie dr Marioli Kosowicz, która przeprowadziła słuchaczy przez meandry psychologii, w znakomity, pełen ciepła, humoru

zawartość merytoryczną, jak i organizację. Byli zadowoleni z wyboru miejsca, materiałów i wyrazili chęć uczestnictwa w następnych Konferencjach, podsuwając kolejne warte poruszenia tematy.

Owoce jest kolejna edycja Łódzkiego Salonu Naukowego, która odbędzie się na przełomie lutego i marca 2011 roku i do której już dzisiaj Państwa zapraszamy. Tematem tego spotkania będzie „Kompleksowa opieka nad kobietą w okresie menopauzalnym”. Zagadnienia poruszane podczas spotkania dotyczyć będą tematów z zakresu ginekologii, kardiologii, diabetologii, psychologii i seksuologii.

Pragniemy w tym miejscu bardzo serdecznie podziękować wszystkim uczestnikom Pierwszego Salonu. Przede wszystkim – Pani Zofii Komorowskiej – Przewodniczącej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, która służyła nam cały czas pomocą i dużym wsparciem merytorycznym.

Zachęcamy również Państwa do kontaktu z nami i zgłaszania nam propozycji tematów na kolejne konferencje, ponieważ chcemy aby Salon odpowiadał na Państwa aktualne zapotrzebowanie. Swoje propozycje prosimy kierować na adres e-mailowy Firmy PROVENA: biuro@provena.com.pl

A teraz, ponieważ jest grudzień, i mimo zapracowania i codzienności nasze myśli coraz częściej płyną w kierunku świątecznego nastroju pozwólcie, że złożymy Wam życzenia: Niech Nowy Rok przyniesie: wszystko to co najlepsze, dobre i miłe, co budzi uśmiech na twarzy, co kryje się w maleńkim słowie – szczęście. Niech obfituje w ciekawe i intratne wydarzenia oraz same kolorowe dni, w których i dla nas znalazłoby się trochę miejsca. •

W świątecznym nastroju Zespół ProVena
Monika Rutkowska-Drozd, Elżbieta Kowalska

Czas na zmianę wizerunku

Nasza mentalność polega na tym, że dążymy, czasem bezmyślnie, swą drogą życiową bojąc się nowych wyzwań.

Dzisiejsza rzeczywistość stawia przed nami coraz większe wymagania. Pacjenci i ich rodziny są bardziej wymagający, w związku z tym zadają dużo trudnych pytań wyszukując się niekompetencji. Dlatego podnoszenie kwalifikacji i zgłębianie wiedzy powinno być priorytetem dla każdej pielęgniarki i położnej. System kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych zmierza niewielkimi krokami ku ogólnemu zaspokojeniu potrzeb środowiska i nas samych.

Około dwunastu lat temu rozpoczęłam kształtować swą przyszłość w studium medycznym.

Rekrutacja nie stanowiła większego problemu. Nie odbywały się egzaminy wstępne, świadectwo maturalne było zbędnym dokumentem. Miałam wrażenie, że duży procent dziewcząt przyszła tam po to, aby skończyć jakąś szkołę. Niektóre osoby ewidentnie nie nadawały się do wykonywania zawodu, jednak były „przepychane” z semestru na semestr.

Gdzie w tym wszystkim sens wpajanych nam słów, że nasz zawód to odpowiedzialność za życie drugiego człowieka. Środowisko pielęgniarskie nie cieszyło się szacunkiem społeczeństwa, i myślę że jeszcze nadal tak jest. Niestety nasza grupa zawodowa postrzegana jest nadal jako niewykształcona, nie mająca nic do powiedzenia „masa od brudnej roboty”. To lekarz wyniesiony jest na miarę bóstwa, przed którym należy stać

na baczność i przeproszać za to, że się przeprosza.

Na szczęście ulega to zmianie. Coraz większy odsetek pielęgniarek i położnych może pochwalić się ukończonymi studiami, kursami kwalifikacyjnymi oraz specjalistycznymi. Internet umożliwia nam zasięganie do interesujących nas tematów z dziedziny medycyny, pielęgniarstwa i położnictwa. Sądzę, że za kilka lat będziemy mogły z dumą kroczyć po swych stanowiskach pracy, nie bojąc się skomplikowanych pytań. Będziemy mogły tworzyć zespoły terapeutyczne z personelem lekarskim, który przestanie uważać nas za „głupie gęsi” lecz za godnych siebie współpracowników.

Pielęgniarki i położne bez względu na wiek mają możliwość podnoszenia kwalifikacji.

Kierunki na studiach są dostosowane do potrzeb pracujących osób. Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne odbywają się kilka razy w roku. Faktem jest to, że trudno zakwalifikować się na dane szkolenie, dlatego dobrze byłoby, aby w przyszłości odbywało się jeszcze więcej kursów. Sądzę, że jakość kształcenia w naszym kraju jak najbardziej wychodzi nam naprzeciw.

Powszechnie wiadomo, że zdobywanie wiedzy stanowi klucz do sukcesu zawodowego. Wspaniałą rzeczą jest to, że studia pomostowe finansowane są ze środków z UE. Dlaczego zatem wydziały pielęgniarstwa i położnictwa nie cieszą się popularnością?

Personel pracujący zawodowo tłumaczy się brakiem czasu i zbyt dojrzałym wiekiem. Nasza mentalność polega na tym, że dążymy, czasem bezmyślnie, swą drogą życiową bojąc się nowych wyzwań. Brak wsparcia najbliższych osób zniechęca nas do samorealizacji. Rolą przełożonych powinno być dążenie do zmiany sposobu myślenia osób, które chciałyby podnosić swoje kwalifikacje, ale z jakichś powodów mają opory.

Myślę, że wydziały pielęgniarstwa i położnictwa są niedostatecznie promowane. Zachęcanie do podjęcia studiów nie powinno odbywać się tylko na łamach biuletynów i stron internetowych poświęconych pielęgniarstwu, ale również w prasie ogólnodostępnej i telewizji. Jak do tej pory społeczeństwo poznaje nasz zawód od strony negatywnej. Informacje o wiecznych protestach, strajkach i niewielkich zarobkach zniechęca młode osoby do studiowania na tych kierunkach. Uważam, że w tym aspekcie powinny zaistnieć zmiany. Pielęgniarki i położne to bardzo duża grupa zawodowa. Wykonujemy piękny i odpowiedzialny zawód. Powinniśmy z całych sił dbać o swój wizerunek, między innymi poprzez zdobywanie wiedzy. Korzystajmy zatem z możliwości, jakie stawia przed nami nasz kraj, aby sprostać wymaganiom społeczeństwa. Bez nas nie istniałoby wiele instytucji i ludzie pozbawieni byłiby profesjonalnej opieki. Poprzez zwiększanie zasobów wiedzy, zdobędziemy znacznie większe zaufanie wszystkich tych, którym staramy się pomóc. •

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji

To jakaś fantasmagoria!

Miałam okazję w ubiegłym roku rozmawiać z wiceministrem zdrowia. Bardzo zachwalał sobie jak świetnie działa nasza służba zdrowia, jak wspaniale są wyposażone szpitale, jaka duża obsada pielęgniarek oraz jak ogromne otrzymujemy wynagrodzenie za naszą ciężką pracę.

System kształcenia w ostatnim dwudziestolecu zmienił się bardzo i cały czas się zmienia, szczególnie kiedy zostało otwarte kształcenie na uczelniach niepublicznych. Te ostatnie, moim zdaniem, bardziej nastawione są na zysk. Z punktu widzenia przedsiębiorczości to normalne. Firma ma przynosić zyski, nie straty.

Nasze państwo po przystąpieniu do Unii Europejskiej musiało przystosować się do jej wymagań i w wyniku reorganizacji wdrożono trzystopniowy model kształcenia wyższego. Dla połączenia starego z nowym powstało kształcenie uzupełniające, tzw. postmistrzowskie. Organizowane są różnego rodzaju kursy: kwalifikacyjne i specjalistyczne. Stałyśmy się niezależne w doksztalcaniu, ale to tylko tak świetnie wygląda na papierze. W praktyce i w szczegółach jest już nieco gorzej.

Wiedza, którą chcemy posiadać jest bardzo droga. Praktycznie nieczęsto zdarza się oddelegowanie pracownika w celu jego dalszego kształcenia i pokrycie kosztów jego nauki przez pracodawcę. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych i związki zawodowe również nie uczestniczą w widocznej formie pomocy finansowej doksztalcania personelu średniego medycznego. Nie wywierają namacalnego nacisku na pracodawców by spowodować zwiększoną liczbę oddelegowań i po-

krywania kosztów kształcenia. Nasze dochody są bardzo zróżnicowane i nie każdą stać na zapłatę pogłębienia swojej wiedzy na uczelniach. Ucząc się życie rodzinne ulega zmianom, szczególnie drastycznym, kiedy brak zrozumienia i chęci pomocy. Duże problemy są również w pogodzeniu pracy zawodowej z zajęciami na uczelni. Przełożeni, szczególnie kiedy ich praktyka w zawodzie jest z bardzo krótkim stażem, a wiele lat poświęcili jedynie administrowaniu tego zawodu, czyli jak to obecnie przepięknie nazywamy zarządzaniu zasobami ludzkimi, nie posiadają wystarczającej wiedzy teoretycznej i praktycznej do wykonywania zawodu. Zmiany, jakie usiłują wprowadzić w udoskonalenie pracy pielęgniarek i położnych, są nierealne, ulegają zbyt częstym nieprzemyślanym zmianom. Ponadto obawiają się utraty swojego stanowiska, najczęściej ze względów finansowych i źle pojętym prestiżu. Zapominają dość szybko o tym, że nasz zawód to niesienie pomocy ludziom chorym, niezaradnym w chwilach niewydolności ich organizmu. Stają się ludźmi zimnymi emocjonalnie, wyrachowanymi malkontentami, z brakiem odpowiedzialności cywilnej. Nie dopuszczają do swojej świadomości, że same posiadają wady i braki w wykształceniu i prak-

tyce. Obawiają się utraty swojego stanowiska. Musimy być ambitne, asertywne i nie dać się upokorzyć. Troszczyć się o człowieka, którego nigdy się nie znało i nigdy dobrze nie pozna – czy to nie jest altruizm? Nie traktujemy ludzi przedmiotowo, tak jak nasz zawód, naszą naukę i ciężką pracę traktują inni przedmiotowo. Niby bardzo potrzebną, a jednocześnie jakby zbędną, oczywiście do momentu póki są zdrowi lub mają dobre samopoczucie. Z innej strony jeżeli wiedza stała się dostępna dla nas, to uważam że poprzez odpowiednią organizację, operatywność, nasze oczekiwania i marzenia mogą się spełnić. Chcieć to już połowa sukcesu. Nie ma i nie będzie cudownych rozwiązań kształcenia, jeżeli już pracujemy w zawodzie. Jeśli jesteśmy osobami, które dopiero podejmują decyzję o kształceniu i wybieramy zawód pielęgniarki lub położnej to jest pełen komfort swobody. Czasem i z pewnością rodzice pomogą finansowo swojemu dziecku, ewentualnie rodzina, krewni lub w ostateczności dogodna praca na umowę zlecenie.

Uważam, że jest nas zbyt mało, aby wszystkie w tym samym terminie mogły zdobywać wiedzę, bo kto będzie pracował. Niektóre wybierają się po naukę w zupełnie odmiennej specjalizacji niż obecnie pracują, czyli nieprzydatną na danym odcinku, chyba że myślą o zmianie oddziału.

Każda z nas powinna dbać o doksztalcanie, zdobywanie nowych umiejętności, ale czy odczuwa taką potrzebę. Niestety nie wszystkie dbają o swoje wykształcenie, choćby jako samouk. Chciałabym zwrócić uwagę, że pokutuje stary mit o stabilizacji. Kto pracuje przez 20-25 lat w tym

samym zakładzie pracy i na tym samym oddziale, to posiada bardzo dużą wiedzę teoretyczną i praktyczną. Sądę jednak, że praca na oddziałach o różnej specyfice chorób, a nawet nie w tym samym zakładzie pracy daje nam możliwość zobaczenia czegoś nowego, zweryfikowania swojej wiedzy, nabycia praktyki, obsługi i zasad działania różnego sprzętu i urządzeń, umiejętności pracy w zespole, zaradności i umiejętności podejmowania dobrych decyzji. Zdarzają się w zawodzie takie rarytasy, że możemy osiąść wiedzę o przypadku zachorowania człowieka na szczególnie rzadki rodzaj lub zespół chorób i widzimy to po raz pierwszy i ostatni.

Koleżanki z pracy potrafią również wykorzystywać koleżanki używając różnych argumentów np.: nie potrafię, nie umiem. Kiedy koleżanka chce nauczyć koleżankę, która nie ma tej wiedzy – odmawiają. Mnie już przestano wykorzystywać, kiedy powiedziałam, że korepetycje i praca za koleżankę jest u mnie kosztowna, ponieważ mam szacunek do siebie i nie mam ochoty pracować za kogoś komu się po prostu nie chce.

Zauważyłam od pewnego czasu dość spontaniczny głód wiedzy wśród moich koleżanek i jestem bardzo zadowolona, pełna podziwu i szacunku. Niepokojące jest dla mnie jednak to, że niektóre z nich pisząc pracę licencyjną poszukują osoby, która by napisała tę pracę za nie i to najlepiej bezinteresownie. W osobliwościach językowych chcą mieć gotowca i poszukują osoby kompetentnej i oczywiście naiwnej. To nieetyczna jednoznaczność. Jak to wyraża się w języku studentów: zakuć, zaliczyć, zapomnieć. To przerażające.

Wiedza i praktyka, jaką zdobywamy w zawodzie i odpowiednio ją pielęgnujemy pomaga w pracy. Stajemy się bardziej zaradne, profesjonalne, czujne.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki jest bardzo ciężkim i odpowiedzialnym zawodem oraz, niestety, nie odpowiednio wynagradzanym. Praca, którą wykonujemy nie pachnie dobrymi perfumami, ponieważ niestety nawyk

higieny nie istnieje u wszystkich ludzi w takich samych potrzebach. Biegunki, wymioty, inne wydzielin, pasożyty nie należą do dobrej promocji zawodu. Wizerunek czystutkiej służby zdrowia, pielęgniarki, położnej widać jedynie na filmach np.: „Na dobre i na złe” – szpital w Leśnej Górze. Ówczesna pielęgniarka musi posiadać wiedzę pielęgniarską i lekarską, dlatego tak mała liczba nowych pielęgniarek i położnych, a przecież mimo wszystko to wdzięczny zawód. To zaszczyt móc i umieć pomóc drugiemu człowiekowi w chwilach jego cierpienia, każda z nas może w każdej chwili być pacjentką. Tak to bardzo niepokojące kto nas zastąpi za jakieś 25 lat, kiedy brak chętnych do nauki tego zawodu. Spora część pielęgniarek po ukończeniu uczelni wyjeżdża za granicę ojczyzny, ponieważ tam praca jest lepiej wynagradzana i zorganizowana.

Po uzyskaniu dyplomu pielęgniarki marzyłam o wydziale lekarskim, ale moje życie potoczyło się innym torem. Będąc osobą już dojrzałą rozpoczęłam studia magisterskie na wydziale pielęgniarstwa. Nie było lekko pogodzić naukę, pracę zawodową, obowiązki rodzinne. Za pomoc chciałabym podziękować swoim dzieciom. Jednocześnie było to przyjemne przeżycie, byłam znowu dwudziestolatką. Nie uczyłam się dla kariery zawodowej. Nie jestem nią zainteresowana. Moja praca w zawodzie dobiega powoli końca. Uczyłam się po to, żeby pogłębić swoją wiedzę, zweryfikować i powtórzyć wiadomości oraz dla własnej przyjemności. Moje miejsce zawsze było bezpośrednio przy łóżku człowieka chorego, cierpiącego, spragnionego, łaknącego, nieporadnego. Po latach swojej ciężkiej pracy wiem już z pewnością, że ci ludzie mnie, właśnie mnie, potrzebowali i potrzebują, sami mi o tym mówią. To bardzo krzepiące uczucie, które mobilizuje do jeszcze lepszej pracy.

Od momentu zmian polityczno-gospodarczo-ekonomicznych w naszej ojczyźnie stworzono monstrum administracyjne służby zdrowia, a nie

jego reformę. Dotyczy to białego personelu jak i wszystkich ludzi korzystających z usług służby zdrowia. Ludzie zajmujący wysokie stanowiska w urzędach państwowych nie umieją poradzić sobie z reformą, coraz bardziej ją komplikują i stwarzają sztuczne problemy. To jakaś fantasmagoria. Środki finansowe przeznaczone dla naszych służb wykorzystywane są na wynagrodzenia i premie pracowników administracyjnych wyżej wspomnianego monstrum. Ministerstwo Zdrowia też zagubiło się gdzieś w czasie i jest mało zaradne, postępowe. Uważam z obserwacji, że z miłą chęcią chciałoby pozbyć się publicznej służby zdrowia, a jedynie czerpiąc z pozbycia się odpowiedzialności dochody, jako niby mecenasa. Z miłą chęcią sama przeprowadziłabym tę reformę służby zdrowia, to nie takie trudne.

Miałam okazję w ubiegłym roku rozmawiać z wiceministrem zdrowia. Bardzo zachwalał sobie jak to świetnie działa nasza służba zdrowia, jak wspaniale są wyposażone szpitale, jaka duża obsada pielęgniarek oraz jak ogromne otrzymujemy wynagrodzenie za naszą jakże ciężką pracę. Zaproponowałam panu wiceministrowi, że chętnie zamienię się z nim dochodami, ponieważ wspomniał, iż jego dochody w porównaniu z naszymi są bardzo małe. Niestety, nie przystał na taką zamianę i stwierdził, że nie ma już czasu na kontynuację rozmowy. To bardzo żenujące i prostackie ze strony człowieka, który piastuje tak wysokie stanowisko w urzędzie państwowym. Morał z tego taki, że nasz altruistyczny zawód wędruje ku zagładzie, dzięki ludziom małej troski o zdrowie i życie bliźniego.

Życzę nam, abyśmy nie były mierne i bierne. „W czasach niespokojnych rządzą nami psychopaci, w spokojnych my ich sądzą” (E. Kretschmer). •

Konrad Wallenrod

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone
do wiadomości Redakcji

Błąd medyczny związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarki

Błąd związany z działalnością pielęgniarki w znaczeniu prawa jest najczęściej kategorią błędu wykonawczego, czyli polegającego na niepoprawnym wykonaniu zleceń diagnostycznych i terapeutycznych

Definicja i klasyfikacja błędu medycznego

Błąd medyczny w opinii pacjentów i ich rodzin wystąpił wtedy, kiedy wynik leczenia nie jest taki jakiego oczekiwano.

Najogólniej przyjmuje się, że jest to taki przypadek, kiedy lekarz, pielęgniarka lub inny pracownik medyczny podczas wykonywania czynności zawodowych nie dołożył staranności lub przekroczył swoje kompetencje, czego konsekwencją jest szkoda chorego – utrata przez niego zdrowia lub życia.

Ostatnio obserwuje się zjawisko zastępowania pojęcia błędu medycznego, pojęciem zdarzenia niepożądanego, które znaczeniowo jest pojęciem szerszym, ponieważ udział czynników zewnętrznych, takich jak organizacja pracy, wyposażenie stanowisk pracy w tym przypadku jest zasadniczo istotny. Zdarzenia niepożądane to sytuacje, na których powstanie mają wpływ zarówno pracownicy jak i warunki zewnętrzne, wpływając tym samym na jakość opieki medycznej oraz na powstanie czynników negatywnych jakości, jakimi są np. zakażenia szpitalne, reoperacje czy powtórne hospitalizacje itp.

Zarówno pojęcie błędu medycznego jak i zdarzenia niepożądanego nie

są pojęciami kodeksowymi – przepisy prawa nie definiują ich.

Błąd medyczny w pielęgniarstwie

Błąd związany z działalnością pielęgniarki w znaczeniu prawa jest najczęściej kategorią błędu wykonawczego, czyli polegającego na niepoprawnym wykonaniu zleceń diagnostycznych i terapeutycznych. Jest to wykonanie zabiegu, w wyniku którego powstała szkoda nawet pod postacią przedłużonego pobytu w szpitalu. Najczęściej tego typu błędy obciążają pielęgniarkę, która ze względu na wykonywane zadania jest zaangażowana w złożony proces diagnozowania i leczenia pacjenta. Cały szereg czynności wykonywanych przez pielęgniarkę może być przyczyną powstania ryzyka wykonawczego, ponieważ każda czynność medyczna wykonywana wobec pacjenta jest obarczona ryzykiem wystąpienia błędu, a więc szkodą chorego. Im bardziej skomplikowany zabieg tym ryzyko większe.

Pielęgniarka w toku nauki i szkolenia zawodowego nabywa prawo do wykonywania czynności medycznych mniej lub bardziej skomplikowanych – samodzielnie lub na zlecenie lekarskie. Ze względu na posiadane kwalifikacje zawodowe jest zobowiązana do po-

prawności, zarówno w zakresie czynności wykonywanych samodzielnie jak i zleconych do wykonania przez innych – egzekwowania czytelnych i jasnych wpisów w karcie zleceń, prawidłowego i zrozumiałego ich formułowania. Jeśli tego nie robi – poda lek nieprawidłowo – poniesie za to odpowiedzialność.

Przykład 1

Lekarz zlecił dyplomowanej pielęgniarce przygotowanie roztworu lignocainy do znieczulenia szyjki macicy w celu pobrania wycinka do badania mikroskopowego. Pielęgniarka pomyliła się i przygotowała lek w 10 razy większym stężeniu, który lekarz w dobrej wierze wstrzyknął. Pacjentka zmarła. Orzekający sąd uwolnił lekarza od odpowiedzialności za śmierć chorej, obciążając pielęgniarkę, ponieważ do jej obowiązków należało przygotowanie leku do wstrzyknięcia.

Zdarza się, że lekarz zleci pielęgniarce wykonanie czynności (zabiegu), który wykracza poza zakres jej kompetencji. W takim przypadku w razie błędu lub nieprawidłowości odpowiedzialność za szkodę chorego poniesie lekarz i pielęgniarka.

Przykład 2

W dużym szpitalu do rutynowych czynności pielęgniarstwa, włączono wykonywanie iniekcji dotętnicznych, które

nie wchodzi w zakres zabiegów wykonywanych przez pielęgniarkę. Taką praktykę uzasadniano nadmiernym obciążeniem lekarzy oraz odpowiednim przeszkoleniem pielęgniarek, którym wydano certyfikaty. W jednym przypadku pielęgniarka poprawnie podała lek, ale nie wiedziała, że ropne zmiany na skórze pacjentki w miejscu wstrzyknięcia, mogą zagrażać zakażeniem okolicznych tkanek. Jednak zauważwszy je, przed wstrzyknięciem powinna wezwać lekarza, który najpewniej wstrzymałby wykonanie zabiegu w tej okolicy. U chorej doszło do rozległej ropowicy i bezpośredniego zagrożenia życia. Trwałym następstwem były poważne zniekształcenia oraz zanik mięśni udowych. Zeznający przed sądem lekarze twierdzili, że sprawa ich nie dotyczy, a za wszystko winę ponosi pielęgniarka. W wydanej opinii zwracano uwagę na fakt, iż brak było ze strony lekarzy właściwego nadzoru i dlatego też duża część odpowiedzialności została przypisana lekarzom, aczkolwiek zasadniczą winą została obarczona pielęgniarka.

W pracy zawodowej pielęgniarki, podstawą bezpieczeństwa wykonywanych działań prócz staranności, dokładności i sumienności ważna jest znajomość zagadnień dotyczących wykonywanego zawodu – zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności. Istotne znaczenie mają również cechy psycho-społeczne pielęgniarki. Odmowa wykonania zlecenia źle lub niepoprawnie sformułowanego, nie należy do łatwych. Pielęgniarka zajmując takie stanowisko musi być przekonana o poprawności swoich decyzji, umiejętnie ich bronić nie tworząc jednocześnie sytuacji konfliktowych.

Pielęgniarka w codziennej pracy zawodowej styka się z przeróżnymi wątpliwościami, niejednokrotnie bardzo istotnymi z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta. Na przykład:

1. Czy powinna wykonać zlecenie, które wprawdzie jest wpisane w dokumentację medyczną, poprawnie, czytelnie, ale w jej ocenie przekracza ono zakres jej kompetencji, np.

obsługa dializatora, podanie leków drogą dotętniczą.

2. Czy powinna poddać sprzęt restrylizacji, bo taka jest zasada przyjęta w oddziale.

3. Czy powinna wykonać zlecenie pacjentowi szczepienie przeciwko WZW, jeśli nie posiada przeszkolenia specjalistycznego.

Przykładowe kategorie błędów popełnianych przez pielęgniarkę

W losowo dokonanym przeglądzie dokumentacji medycznej – w ramach badań własnych – stwierdzone zostały błędy, które uznać można jako kategorię błędu formalnego pielęgniarki.

Chorego przyjęto do szpitala celem wykonania transfuzji krwi. Zabieg wykonała pielęgniarka bez posiadania wymaganych w tym zakresie uprawnień. Zabieg nie został pisemnie zlecony przez lekarza.

Niespokojnemu pacjentowi zlecono podanie Relanium. We wpisie w kartę zleceń brak jest określenia dawki leku, postaci, częstotliwości oraz drogi podania. Pielęgniarka podała lek dwukrotnie w ciągu doby.

Przed zabiegiem operacyjnym pielęgniarka wykonała pacjentowi premedykację. Wykonanie zabiegu nie było poprzedzone zleceniem lekarskim, wpisanym w dokumentację medyczną.

Zabieg cewnikowania pęcherza moczowego wykonywany przez pielęgniarkę nie był poparty zleceniami lekarskimi.

Przyczyny powstawania błędów medycznych związanych z wykonywanymi przez pielęgniarkę czynnościami zawodowymi dzielimy na:

1. Personalne – leżące po stronie pielęgniarki

2. Organizacyjne – leżące po stronie zakładu pracy

Przyczyny personalne dotyczące pielęgniarki

Fachowość pielęgniarki można określić dwojako:

Czy poprawnie i zgodnie z obowiązującymi procedurami zostały wykonane wszystkie zabiegi (czynności samodzielne oraz wynikające ze zleceń lekarskich).

Czy całodobowa opieka pielęgniacyjna była zgodna z obowiązującymi przepisami i oczekiwaniami pacjenta.

Powszechnym błędem, leżącym po stronie pielęgniarek, jest wykonywanie zleceń lekarskich nieudokumentowanych wpisem w kartę zleceń lekarskich. Obowiązek ten wynika między innymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2006 r. Nr 9, poz. 45), gdzie określone zostały zasady zlecania leków i zabiegów.

1. Podstawą wykonania zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę jest wpis w dokumentację medyczną, tzw. kartę zleceń lekarskich,

2. Pielęgniarka wykonuje zabieg lekarski zgodnie ze zleceniem, które zawiera: nazwę leku, dawkę, postać leku, częstotliwość podania, drogę podania, autoryzację lekarza potwierdzającego zlecenie na daną dobę.

Jeśli w zleceniu brak jest któregośkolwiek z wpisów, pielęgniarka ma prawo odmówić wykonania zlecenia, informując o tym lekarza zlecającego. Wyjątek stanowią sytuacje nagłe, interwencje oraz reanimacje, określone odrębnymi przepisami.

Indywidualna karta zleceń lekarskich jest jedynym dokumentem, w oparciu o który pielęgniarka może wykonać zabieg medyczny (lekarski). Znaną praktyką w szpitalach jest przepisywanie zleceń wpisanych w dokumentację medyczną do różnego rodzaju „pomocników” – zeszytów, notesów, na karteczki itp. Wpisy te stanowią podstawę wykonywania różnorodnych czynności i zabiegów u pacjentów. Od pobierania krwi na badania diagnostyczne, zlecenie konsultacji, przetaczanie krwi, wykonywanie iniekcji dożylnych, domięśniowych, do wykonywania toalet

włącznie. Przepisywanie zleceń to prosta droga do pomyłek.

W praktycznej działalności pielęgniarek wykonywanie zleceń lekarskich źle udokumentowanych, nieczytelnych jest zjawiskiem dość częstym, niejednokrotnie akceptowanym przez same pielęgniarki, które:

- wykonują zabiegi zleczone przez telefon,
- wykonują zlecenia wydane ustnie,
- wykonują zlecenia źle lub nieprawidłowo zapisane.

Pielęgniarka zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, uprawniona jest również do wykonywania pewnych czynności medycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Niektóre z nich wymagają jednak od pielęgniarki przeszkolenia specjalistycznego. Powszechnym zjawiskiem w szpitalach jest wykonywanie przez pielęgniarki badania EKG, które to badanie często nie jest wpisane w kartę zleceń lekarskich. Jeśli nie jest wpisane, a pielęgniarka wykona go, to zgodnie z obowiązującym prawem powinna posiadać odpowiednie, uprawniające do wykonania tej czynności, przeszkolenie. Pielęgniarki na zadawane pytanie, dlaczego wykonują zabiegi EKG bez udokumentowanego zlecenia, nie posiadając do tego uprawnień odpowiadają najczęściej, że robią to dla chorego. Nie doczekająby się nigdy na wpis, a pacjent czeka. Nie chcą narażać się na niepotrzebne komentarze, to powoduje powstawanie złej atmosfery. Badanie trzeba wykonać szybko, nie ma czasu na formalności.

Pielęgniarki wykonując swój zawód niejednokrotnie stają przed dylematami, czy mogą wykonać daną czynność, nie posiadając przeszkolenia specjalistycznego, mimo zlecenia lekarskiego? Lub inaczej, czy wszystkie czynności

pielęgniarka powinna wykonać mając na nie udokumentowane zlecenie lekarskie? Najczęściej je wykonują, bo znowu brak jest znajomości zasad i przepisów dotyczących wykonywanego zawodu, istnieją niejasne zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności. Do czynności tych można między innymi zaliczyć:

- wykonują szczepienia ochronne,
- zakładają próby tuberkulinowe,
- odczytują próby uczuleniowe,
- podłączają krew lub preparaty krwiopochodne,
- wykonują próby biologiczne,
- wykonują intubacje pacjentów
- obsługują dializatory.

Największym ryzykiem powstania błędów w praktyce pielęgniarskiej, obciążona jest terapia lekiem.

Z badań przeprowadzonych na ten temat przez amerykańską agencję zajmującą się jakością wynika, iż 30 proc. wszystkich podań leków obciążonych jest błędem medycznym. Leki w szpitalach podają głównie pielęgniarki, w związku z tym to właśnie tej grupie zawodowej należy przypisać tę statystykę.

W Polsce brak jest danych na ten temat, ponieważ nie prowadzi się takich obserwacji. Szpitale nie rejestrują – personel nie zgłasza.

Cały szereg czynników wpływa na ich powstawanie. Do najistotniejszych mieszczących się w kategorii leżących po stronie pielęgniarki, należą:

- niewłaściwe odczytanie zlecenia,
- przeoczenie zlecenia,
- złe wyliczenie dawki leku,
- niewłaściwa droga podania leku,
- podanie leku przeterminowanego,
- zbyt szybkie podanie leku,
- podanie innego leku, najczęściej ze strzykawki leżącej obok,
- zastosowanie innego zamiennika,
- nieprzestrzeganie zasad aseptyki,
- pomylenie godzin podania leku,
- zła technika podania leku.

Pielęgniarki posiadają świadomość istniejącego ryzyka, co potwierdzają wyniki sondaży przeprowadzonych na ten temat przez ośrodki zajmujące się problematyką jakości.

Przyczyny organizacyjne leżące po stronie zakładu pracy

Z badań przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie wynika, że spośród zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych zaledwie w kilku procentach winna popełnienia błędu jest konkretna osoba. W większości przypadków jest to efekt niewłaściwej organizacji pracy. Jeśli w szpitalu przyjęty jest wspomniany wcześniej zwyczaj przepisywania zleceń lekarskich do „pomocników”, zaakceptowany przez organizatorów i kadrę kierowniczą, to jest to przykład złej organizacji pracy. Organizacji, która sprzyja wystąpieniu błędów medycznych.

Pracy pielęgniarki towarzyszy wiele okoliczności, które mogą sprzyjać występowaniu błędów, a nawet wykroczeń zawodowych. Szczególnie gdy skomplikowane zadania wykonywane są przez pracowników przeciążonych pracą, u których występuje dodatkowo niski poziom motywacji do pracy.

Przykład 3:

Lekarz zlecił pielęgniarce doustne podanie dwóm pacjentkom przygotowanym do badania związanego z wziernikowaniem żołądka - roztworu lignocainy. Lek ten przygotowywany przez aptekę szpitalną, na oddziale jest przechowywany w butelkach z ciemnego szkła, dwulitrowych, dokładnie takich samych jak roztwór formaliny, który pielęgniarka myląc butelki podała pacjentkom. Pośpiech, zły sposób przechowywania leków z truciznami spowodowały, że doszło do bardzo przykrego w skutkach zdarzenia, w efekcie którego pacjentki zostały poddane bardzo skomplikowanej kuracji na oddziale toksykologii. Sąd orzekający obciążył winą pielęgniarkę, ponieważ do jej obowiązków należało przygotowanie leków do podania. Pielęgniarka nie zachowała należytej staranności podczas tej procedury, nie sprawdziła leku w trakcie przygotowywania oraz przed jego podaniem.

Zbyt duża liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, brak

wypracowanych standardów dotyczących obsad kadrowych na oddziałach z podziałem na poszczególne odcinki pracy i zmiany dyżurowe, to kolejny przykład sytuacji sprzyjającej powstawaniu błędów.

Określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, zwłaszcza w szpitalach, to odwieczny problem grupy zawodowej pielęgniarskiej. Nie da się stworzyć jednego uniwersalnego dokumentu z podaniem konkretnych liczb, ponieważ każdy szpital jest inny, oddziały nawet tej samej specjalności nie są takie same. Normy zatrudnienia – niezwykle ważne dla prawidłowego i bezpiecznego zorganizowania pracy w szpitalu, muszą powstawać w konkretnych jednostkach, uwzględniających ich specyfikę i indywidualne warunki pracy. Niezwykle istotny element niejednokrotnie pomijany przy prowadzonych rozmowach na temat zatrudnienia, to obok norm zatrudnienia, przyjęcie przez szpitale alternatywnych form pracy na wypadek absencji chorobowych i nieobecności pielęgniarek. Brak takich systemów pracy powoduje, że zaczynają się pojawiać błędy w podejmowanych decyzjach organizacyjnych, które skutkować mogą błędami medycznymi. Do takich decyzji należy zaliczyć dokonywanie rotacji personelu między oddziałami, bądź pozostawianie na dyżurach pielęgniarek „młodych” niedoświadczonych.

Kolejnym przykładem sytuacji organizacyjnej, która skutkować może pojawianiem się błędów jest akceptowanie przez kadrę kierowniczą faktu dublowania zmian dyżurowych spowodowanych dodatkowymi zatrudnieniami pielęgniarek – łączeniem np. dyżuru dziennego z nocnym.

Kolejny problem to wykonywanie zadań nie wynikających z zakresu obowiązków. Obciążanie personelu pielęgniarskiego zadaniami ze zredukowanych stanowisk pracy, najczęściej pomocniczych.

Następnie:

– niesystematyczny rozkład dyżurów,

- niewłaściwe dobranie osób w zespołach dyżurowych,
- niewłaściwy przepływ informacji w zespole terapeutycznym,
- nieczytelnie prowadzona dokumentacja medyczna,
- brak lekarza na dyżurze,
- nadmierna biurokratyzacja, zbyt rozbudowana dokumentacja pielęgniarska,
- wydawanie zleceń przez telefon,
- niewłaściwe wyposażenie stanowisk pracy,
- złe oznakowanie leków, podobne opakowania.

Zdarza się, że w oddziałach jest praktykowany zwyczaj wykonywania zabiegów medycznych przez pielęgniarki z innych oddziałów, ponieważ na oddziale na którym przebywa pacjent żadna z zatrudnionych na nim pielęgniarka nie posiada wymaganych w określonym zakresie uprawnień, np. szczepienia, transfuzja krwi. Takie działania nie są poprawne formalnie i nie powinny mieć miejsca w szpitalach.

Brak programów adaptacji zawodowej to kolejny czynnik predysponujący powstawaniu błędów. Młode niedoświadczone pielęgniarki, pozostawiane na samodzielnych dyżurach nie należą do rzadkości w szpitalach borykających się z niedostatkiem kadrowym.

Podsumowanie

Nadrzędnym celem każdego szpitala jest zarządzanie ryzykiem poprzez prowadzenie właściwej polityki bezpieczeństwa. Zadaniem w tym zakresie powinno być opracowanie i przyjęcie standardów, zwłaszcza tych bezpośrednio związanych z bezpieczeństwem pacjenta. Ponadto, wypracowanie metody pozwalającej systematycznie oceniać ryzyko powstawania błędów i zdarzeń niepożądanych.

Odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta spoczywa na wszystkich pracownikach szpitala, szczególnie zaś na personelu lekarskim i pielęgniarskim. Przejawem tej odpowiedzialności jest podejmowanie działań

zapobiegawczych, chroniących pacjenta przed ryzykiem utraty zdrowia lub życia.

Nie ma idealnych rozwiązań, tak jak nie ma idealnych szpitali. Błędy medyczne i zdarzenia niepożądane były i będą. Są one wpisane w charakter pracy tych jednostek organizacyjnych. Problem w tym, aby ich nie ukrywać, otwarcie o nich mówić. Jest to sprawdzona metoda jakości. Poprzez podejmowanie działań naprawczych jesteśmy w stanie skutecznie je monitorować i eliminować.

Profesor Teodor Billroth był jednym z tych, którzy przekształcili chirurgię z prymitywnego rzemiosła uprawianego przez cyrulików w sztukę ścisłą i udokumentowaną. On też pierwszy ośmielił się publikować sprawozdania z przeprowadzonych operacji. Lektura była makabryczna, ponieważ znacznie więcej wykonywano w tym czasie zabiegów nieudanych niż udanych. Billroth jednak nie ustępował: niepowodzenia muszą być podane do ogólnej wiadomości, bez tuszowania błędów. Jest rzeczą znacznie ważniejszą wiedzieć wszystko o jednym zabiegu nieudanym, niż niewiele o kilku udanych operacjach. •

Literatura:

1. Z. Marek: Błąd Medyczny, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007, wyd. 2.
2. M. Nestorowicz: Prawo Medyczne, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2001, wyd.5.
3. J. Nesko: Ekonomia i Zarządzanie w Opiece Zdrowotne, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001, wyd.1.
4. Sara T. Fry Megan-Jane Johstone: Etyka w praktyce pielęgniarskiej, Warszawa - Lublin 2009, wyd.1.

Przykłady zaczerpnięto z monografii prof. Zdzisława Marka „Błąd medyczny”.

dr n. med. *Sylvia Marczevska*
Naczelną Pielęgniarką WSSzp. im dr
Wł. Biegańskiego w Łodzi
Wizytator Ośrodka Akredytacji
CMJ w Krakowie

Posiadanie rodziny i dzieci dla większości ludzi jest jedną z najważniejszych wartości. Marzenia o własnym dziecku są istotne dla wielu kobiet, bez względu na ich status serologiczny. Zważywszy na fakt rosnącej liczby młodych kobiet wśród osób zakażonych, możemy założyć, iż coraz częściej pielęgniarki i położne będą miały pod opieką noworodki matek seropozytywnych. Współczesna profilaktyka odmatczynej transmisji zakażenia HIV pozwala zdecydowanej większości tych matek na posiadanie zdrowego potomstwa i cieszenia się jego wychowaniem. Wiele zależy jednak od świadomości pracowników ochrony zdrowia i prawidłowego realizowania programów zapobiegawczych, rekomendowanych w Polsce przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS oraz Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG) pod przewodnictwem prof. Tomasa Niemca, jak również od szeroko pojętej edukacji dotyczącej zdrowia prokreacyjnego i dobrej współpracy z podopiecznymi. Na niepełną realizację zaleceń ekspertów wpływa między innymi nadal funkcjonujące, błędne pojęcie grup ryzyka (ryzykowne są pewne zachowania, nie przynależność do określonej grupy). Badanie w kierunku infekcji HIV

oferowane jest sporadycznie i spotyka się z niezrozumieniem ze strony kobiet. Tymczasem zakażenie HIV, jako przenoszone drogą płciową, może dotyczyć każdej osoby aktywnej seksualnie. Kobieta nieświadoma swego pozytywnego statusu serologicznego nie otrzymuje żadnej pomocy medycznej w trakcie ciąży i karmienia piersią, a jej dziecko niezbędnej profilaktyki. Ryzyko przeniesienia zakażenia w tej grupie jest duże i wynosi od 30 do 50 proc. (w zależności od wystąpienia innych czynników ryzyka i długości karmienia naturalnego). Wczesne rozpoznanie zakażenia HIV u kobiety – jeszcze przed zajściem w ciążę lub w ciągu pierwszych tygodni jej trwa-

nia – pozwala na zastosowanie leków antyretrowirusowych i zaplanowanie jak najbezpieczniejszego sposobu przyjścia dziecka na świat. Daje to ponad 98 proc. szans, że dziecko urodzi się nie zakażone. Z tego powodu bardzo ważne jest, by kobiety planujące ciążę, a także te, u których ciąża jest na wczesnym etapie, poddawały się testom na obecność przeciwciał anti-HIV. Aktualnie Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca aby każdy ginekolog podczas pierwszej wizyty kobiety ciężarnej proponował jej test na obecność wirusa HIV i wytłumaczył, jaki badanie ma cel. Jeśli tego nie zrobi, popełni błąd w sztuce lekarskiej. Podobnie powinna postę-

mgr Wioletta CEDROWSKA-ADAMUS

Postępowanie z noworodkiem matki zakażonej ludzkim wirusem niedoboru odporności

Wczesne rozpoznanie zakażenia HIV u kobiety
– jeszcze przed zajściem w ciążę lub w ciągu
pierwszych tygodni jej trwania
– pozwala na zastosowanie
leków antyretrowirusowych
i zaplanowanie jak
najbezpieczniejszego sposobu
przyjścia dziecka na świat.



pować położna. Badanie to powinno być wykonywane rutynowo, za zgodą zainteresowanej (ma prawo odmówić). Brytyjskie dane wskazują, że wprowadzenie takiego postępowania zmniejszyło znacząco liczbę kobiet, u których nie rozpoznano zakażenia przed porodem z 18 proc. w 2000 roku do mniej niż 10 proc. w roku 2006. W Polsce żyje około pół tysiąca dzieci z wirusem HIV. Wszystkie mogłyby być zdrowe, gdyby ich matki zrobiły w czasie ciąży badania na obecność wirusa HIV, a potem przyjmowały leki (nawet jeśli czują się dobrze) i nie karmiły dzieci piersią. Ryzyko zakażenia spadłoby z 30 proc. do mniej niż 2 proc. Znając wyniki testu, lekarze mogliby też podjąć decyzję o cesarskim cięciu, co zmniejsza ryzyko zakażenia dziecka o około 2 proc. Zdaniem niektórych profesjonalistów planowe cięcie cesarskie powinno być wykonane przed rozpoczęciem czynności skurczowej macicy, około 38 tygodnia trwania ciąży, ponieważ ryzyko przeniesienia zakażenia wertykalnego (z matki na dziecko) zwiększa się po upływie 4 godzin od pęknięcia błon płodowych. Poród fizjologiczny jest możliwy w sytuacji gdy matka jest skutecznie leczona w trakcie trwania ciąży (wiremia HIV nie przekracza progu wykrywalności) jak również gdy nie są przewidywane dodatkowe problemy położnicze. W Polsce testy robi 3 proc. ciężarnych, podczas gdy w Europie – aż 60 proc.

Bezpośrednio po urodzeniu noworodek powinien być umyty. Jest to czynność priorytetowa i różna niż w przypadku pozostałych dzieci, u których często odracza się pierwszą kąpiel do czasu osiągnięcia stabilizacji stanu ogólnego, co może nastąpić nawet w kolejnych dobach po porodzie. Kąpiel skraca czas narażenia skóry noworodka na działanie materiału potencjalnie zakaźnego jakim jest krew i wydzielina z dróg rodnych matki. Należy też usunąć wydzielinę z jamy ustnej, gardła, nosa i górnego odcinka przewodu pokarmowego noworodka. Przy odsysaniu konieczne jest zwróce-

nie uwagi na poziom ujemnego ciśnienia ssaka, które musi być ustawione tak by nie powodowało dodatkowych urazów śluzówki.

Podawanie dziecku leków antyretrowirusowych traktowane jest jako profilaktyka poekspozycyjna, dlatego należy dołożyć wszelkich starań, aby jak najwcześniej po porodzie ją wdrożyć. Dokładny czas rozpoczęcia terapii powinien być odnotowany w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, z wyjaśnieniem, jeżeli doszło do opóźnienia podawania leków. Profilaktyka lekowa wg rekomendacji PTG zależy od stopnia ryzyka zakażenia wertykalnego. Jeśli matka była leczona lekami antyretrowirusowymi, nie miała głębokiego niedoboru odporności i wiremia HIV RNA w 34 - 36 tygodniu ciąży była niska oraz nie było żadnych dodatkowych czynników ryzyka to noworodek może otrzymać tylko jeden lek: Retrovir przez 4 - 6 tygodni. Jeżeli wiremia była wyższa i wystąpiły inne czynniki zwiększające ryzyko ekspozycji noworodka (powyżej 4 godzin od odejścia wód płodowych, krwawienie przed porodem, poród zabiegowy np. kleszcze, cięcie ze wskazań nagłych), a profilaktykę zastosowano dopiero w czasie porodu lub tylko u noworodka, w terapii stosujemy dwa lub trzy leki - Retrovir, Epivir i Viramune. Dzieciom urodzonym przedwcześnie, przed ukończeniem 34 tygodnia ciąży, większość leków podaje się dożylnie. Poza Retrowirem (zydowudyną) wszystkie leki przeciwretrowirusowe można podawać wyłącznie doustnie.

Zalecane jest wykonywanie rutynowo testu w kierunku HIV u noworodków matek, u których nie wykonano tego badania podczas ciąży, lub które odmówiły wykonania badania. Test powinien być poprzedzony poinformowaniem matki dziecka i uzyskaniem jej zgody. W przypadku dodatniego wyniku testu w kierunku HIV u noworodka należy niezwłocznie powiadomić o tym rodziców. Przeciwciała przeciwko HIV są biernie przenoszone przez łożysko i mogą utrzymywać się

w krwi niemowlęcia do 18 miesiąca życia. Pomocne w diagnostyce zakażenia jest badanie metodą PCR (reakcji łańcuchowej polimerazy), które należy pobrać u noworodka w ciągu pierwszych 5 dni po urodzeniu. Krew musi być pobrana sterylnie, nie z pępowiny. W ciągu 24 godzin należy ją przetransportować do laboratorium. Diagnostykę wczesną u wszystkich noworodków i niemowląt w Polsce prowadzi Pracownia Diagnostyki Molekularnej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie. Wyniki należy przekazać do ośrodka specjalistycznego, którego opieką będzie objęte dziecko po wypisie ze szpitala. Rozpoczęcie zapobiegawczego stosowania leków antyretrowirusowych nie wpływa na badania diagnostyczne.

Przez cały czas opieki nad kobietą ciężarną zakażoną HIV i jej dzieckiem obowiązuje całkowita tajemnica zawodowa dotycząca wyniku testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV. Oprócz ustaw stanowiących o zawodzie obliguje nas do tego dobro pacjenta ze względu na często spotykaną jeszcze stygmatyzację społeczną osób żyjących z HIV.

Ponieważ wirus obecny jest w mleku kobiecym, w Polsce, tak jak w innych krajach rozwiniętych, zalecane jest pełne karmienie sztuczne dzieci matek HIV dodatnich. Oprócz potencjalnej zakaźności samego mleka istnieje również ryzyko związane z poranieniem brodawek przez ssące niemowlę. Pięłgniarka/położna powinna przekazać rodzicom wiedzę na temat sposobów i zasad dotyczących przygotowywania mieszanek. Należy również upewnić matkę, że może zapewnić swojemu maleństwu poczucie bezpieczeństwa, czułość i okazywanie miłości przez bliski kontakt z dzieckiem, przytulanie, masowanie, zabawę.

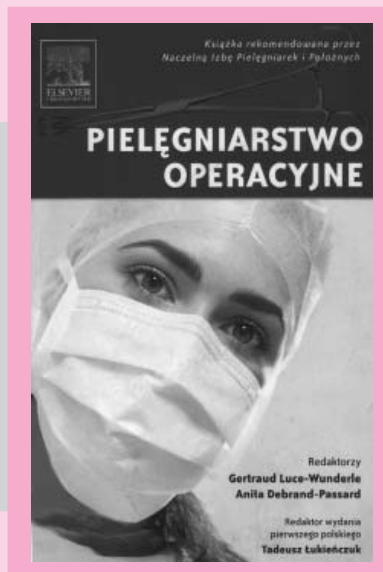
W ciągu pierwszych 24 godzin życia noworodka na zlecenie lekarza, tak samo jak inne dzieci są szczepione przeciwko WZW B domięśniowo w przednio-boczną powierzchnię uda. Szczepienie powtarza się po 1 i 6 miesiącach. Jeżeli u matki stwierdzono

HbsAg (+), aby zapewnić ochronę do czasu rozwinięcia się odporności, równocześnie, możliwie najwcześniej po porodzie, dziecku należy podać domięśniowo (w inne miejsce) immunoglobulinę anti-HBV. Nie należy szczepić BCG - szczepienie BCG jest bezwzględnie przeciwwskazane u noworodków, u których podejrzewamy możliwość zakażenia HIV. Decyzję o szczepieniu BCG podejmuje pediatra prowadzący dalszą opiekę nad dzieckiem po wykluczeniu infekcji HIV i wykonaniu próby tuberkulinowej.

Przyjmowanie leków antyretrowirusowych przez ciężarną, a następnie noworodka wiąże się z ryzykiem wystąpienia wczesnej, głębokiej niedokrwistości. Noworodki objęte profilaktyką powinny mieć skontrolowaną morfologię krwi w drugiej dobie życia, przed wypisem z oddziału noworodkowego, a następnie nie później niż w 14 dobie życia. W zapobieganiu niedokrwistości należy wcześniej stosować preparaty żelaza i kwas foliowy. Pogłębianie się niedokrwistości jest wskazaniem do podawania erytropoetyny, może też być konieczne uzupełnianie przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych. Stosowanie profilaktyki lekowej u dziecka wymaga, poza badaniami diagnostycznymi w kierunku zakażeń okołoporodowych, sprawdzania poziomu glikemii, funkcji wątroby i nerek.

Dalsza opieka nad noworodkami urodzonymi przez matki zakażone HIV powinna przebiegać w ośrodku specjalistycznym. Termin wizyty należy uzgodnić przed wypisaniem noworodka z oddziału, nie później niż do 14 doby życia dziecka. Ponieważ w Polsce noworodki wypisywane są z oddziałów szpitalnych zazwyczaj w 2 – 3 dniu po urodzeniu niezwykle istotna jest edukacja rodziców dotycząca podawania zaleconych leków i przestrzegania terminów wizyt u specjalistów. •

Literatura u Autorki
mgr *Wioletta Cedrowska-Adamus*
Klinika Neonatologii ICZMP



Pielęgniarstwo operacyjne

Gertraud Luce-Wunderle
Anita Debrand-Passard
red. wyd. polskiego: Tadeusz Łukieńczuk
Elsevier Urban & Partner
Wrocław 2010, wyd. 1
ISBN 978-83-7609-105-1

Książka „Pielęgniarstwo operacyjne” ze względu na poruszane problemy dotyczące organizacji pracy na bloku operacyjnym, zagrożeń z nią związanych, aspektów prawnych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę do przeprowadzenia operacji i zabiegów chirurgicznych wraz z omówieniem materiałów jednorazowego użytku, stanowi cenne źródło wiedzy dla pielęgniarek operacyjnych i chirurgicznych. Na uwagę zasługują szczegółowo opisane zabiegi chirurgiczne z różnych dziedzin medycyny. W spisie treści min. praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady, dezynfekcja oraz przygotowanie narzędzi, urządzenia specjalne w sali operacyjnej, materiały operacyjne, znieczulenie, techniki pracy. Podzielono również podręcznik na poszczególne działy chirurgii: chirurgię ogólną, chirurgię małoinwazyjną, chirurgię naczyniową, kardiochirurgię, chirurgię klatki piersiowej (torakochirurgię), traumatologię i ortopedię, chirurgię ginekologiczną, urologiczną, dziecięcą, otolaryngologiczną, stomatologiczną i szczękowo-twarzową, okulistyczną, neurochirurgię, transplantologię.

Książka rekomendowana przez Komisję ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jako przydatna w kształceniu ustawicznym w specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego. •

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

ogłoszenie

Klinika Salve zatrudni pielęgniarki neonatologiczne, pielęgniarki instrumentariuszki, położne z doświadczeniem w pracy w oddziale porodowym.

Przychodnia Salve zatrudni pielęgniarkę.

CV proszę kierować na adres biuro.struga@salve.pl

Ćwiczenia pamięci – Stacja

Dwudziestolecia nie będzie...

Dokładnie rok temu oficjalnie przestała istnieć Klinika Nefrologii i Dializoterapii w Instytucie CZMP w Łodzi. W tym roku obchodzilibyśmy dwudziestolecie istnienia naszej Kliniki. Piszę „naszej”, ponieważ wiele z nas pielęgniarek, a także lekarzy, pracuje tu od początku i stanowiliśmy bardzo zgrany zespół. Pracujemy teraz w utworzonej rok temu Klinice Pediatrii i Immunologii z Pododdziałem Nefrologii i nadal zajmujemy się pacjentami chorymi na nerki. Z nazwy Kliniki zniknęło słowo „dializoterapia”, chociaż, pomimo wielu zawirowań, stacja dializ w niezmienionej postaci, również działa. Zespół pracowników stacji dializ pracuje w składzie o połowę mniejszym. Wykonujemy dodatkowe zabiegi, między innymi hemodiafiltracje i plazmaferezy. Obowiązków przybyło, kadry coraz mniej. Niestety, wszędzie pod słowem „restrukturyzacja”, kryją się: cięcia budżetowe i oszczędzanie na czym się da.

W ciągu tych wszystkich lat pracy wielu pacjentów wysłaliśmy szczęśliwie na przeszczep nerki, część zmieniła ośrodek dializ na bliższy miejscu zamieszkania, część odeszła na zawsze. W październiku dwóch kolejnych pacjentów pojechało na przeszczep, wiemy, że ich nerki podjęły pracę. Wszyscy trzymamy kciuki za ich długie funkcjonowanie.

Od początku istnienia stacji, przez 20 lat dializujemy jedną pacjentkę, która pamięta wszystkie lata działalności nieistniejącej już kliniki. Te właśnie wspomnienia chciałabym przedstawić na łamach biuletynu.

mgr Agnieszka Niedźwiecka – pielęgniarka, ICZMP

Stacja, czyli przystanek. Dializ, oznacza życie... Zatem: Przystanek Życia. Następne skojarzenie, które przychodzi do głowy to serdeczność, którą otulaliśmy się jak kocem. Pacjent dializowany nie jest Łatwy. Lękliwy, często nie panuje nad ciałem i cierpliwości w nim niewiele.

Kiedy poznałam twórcę tego oddziału trochę przypominał muszkietera. Zawadiackie, oryginalnie podkręcone wąsy, długie do ramion włosy, zwinna, szczupła sylwetka. Wszystko to powodowało, iż chciało się zakrzyknąć na widok pana docenta dr hab. Wojciecha Pruszczyńskiego, bo o nim tu mowa, GARDA!

Nie należałam jeszcze do pacjentów Stacji, gdy po raz pierwszy przekroczyłam jej próg. Z powodu nasilającej się anemii przyszedłam, aby dostać zastrzyk. Ordynator, dumny ze swego dzieła, pokazał mi oddział. Niewątpliwie miał się z czego cieszyć. Pierwsze takie miejsce w regionie! Dotychczas chorzy wożeni byli do Warszawy i często trzy razy w tygodniu pokonywali tę odległość. Pamiętam, jak podczas jednej z moich wizyt w szpitalu Pan Docent pokazał mi dializowaną właśnie dziewczynkę. Opowiadał z przejęciem i oburzeniem o stanie dziecka nieprofesjonalnie potraktowanego w jednej ze świętokrzyskich

placówek. To właśnie kompetencje personelu medycznego wyznaczały tu zawsze poziom zabiegów. Oddział, o czym przekonałam się później, tworzony był z pietyzmem i starannością. Kontakty z zagranicznymi ośrodkami, nowoczesne technologie i takiż sprzęt przynosiły doskonałe efekty, często o lepszych parametrach niż te służące przykładem. Wreszcie starannie dobierany personel medyczny, zarówno lekarski jak i pielęgniarski. Uwaga w prowadzeniu pacjentów, atmosfera serdecznej życzliwości, tworzyły poczucie bezpieczeństwa i zaufania, które owocowało sympatią.

Jedna ze starszych stażem dializacyjnym koleżanek opowiadała mi, jak po operacji wyrostka robaczkowego, którą musiała odbyć w innym szpitalu, usłyszała zamieszanie na korytarzu. Podniosła się z trudem i oparta o drzwi zobaczyła panów: docenta Pruszczyńskiego i dr n.med. J. Filutowicza, zagląających do sal. Szukali jej. Dowiedzieli się telefonicznie o przebiegu operacji, ale własnym okiem postanowili dojrzeć czy „ich pacjentka” ma się rzeczywiście dobrze,

Kiedy tu trafiłam po tułaczce po innych szpitalach, wtedy (tj. 20 lat wstecz) nie było tak wielu miejsc dializoterapii jak teraz i korzystało się z tak zwanej „okazji”, poczułam ciepło bezpieczeństwa.

Taki zabieg zmienia życie pod każdym względem. Oprócz słabości fizycznej zafundował mi także wykluczenie społeczne – straciłam z tego powodu pracę. Podczas jednego z pierwszych pobytów w ICZMP rozmawiałam o tym z młodą pielęgniarką. Ukucnęła przy moim łóżku i umiejętnie prowadząc rozmowę włąła we mnie nadzieję, że sobie poradzę. Miała rację, pracę odzyskałam na

Dializ Instytutu CZMP

długie lata. Ta atmosfera panowała tu odkąd sięgnę pamięcią. Ludzie ze sobą rozmawiali, znali się wzajemnie, odnosili do siebie przyjaźnie. Człowiek rozpoczynający potyczki dializacyjne niewiele wie o tym co się z nim dzieje, o czekającym go przeszczepie, wszystkiego się boi...

Tu zatem otwiera się pole do pedagogizacji pacjentów, albowiem lęk to nieznanne, a znane można oswoić. Było to wiadome wszystkim pracownikom, nawet tym najniższego szczebla. To przecież jedna z salowych nagrała relacje osób po przeszczepie nerki i zmusiła nas do ich wysłuchania. Sytuacja iście gombrowiczowska, „uświadamiani przez uszy”, jak bohater Ferdynand. A na tym atrakcji nie dosyć. Pewnego razu zdarzyły się odwiedziny księżnej Czetwertyńskiej, która wchodziła w skład francuskiej grupy zainteresowanej poziomem polskiej dializoterapii. Sfotografowała nas wraz z pełniącym dyżur doktorem i pochwaliła poziom sal zabiegowych. Poczuliśmy się dowartościowani.

W owym czasie, ze względu na dużą ilość dzieci w wieku szkolnym, odbywały się w trakcie pobytu zajęcia edukacyjne. Zajmowała się tym nauczycielka zatrudniona przez szpital, pani Teresa. To jej zawdzięczałyśmy, wraz z koleżankami, śpiewniki popularnych piosenek. Po podłączeniu do dializy śpiewałyśmy przy akompaniamencie dwóch gitar, na których grały panie Wiola i Majka, pielęgniarki dyżurne.

Niezatarte, niezwykle wesołe Święta. Szalone, rzecz można, Wielkanoc, kiedy woda lała się strumieniami. Zawsze ostrożnie skradałam się w Poniedziałek Wielkanocny z pistoletem na wodę i obawą, że jednak ktoś mnie zaskoczy. Uroczą, niezapomniana beztroska.



Boże Narodzenie z choinką w pokoju pacjentów i na konsoli pielęgniarek. Pyszne ciasta zostawiane przez panią Monikę – dietetyczkę na naszym stole. Tak smacznych wypieków, jak te z kuchni szpitalnej nie było w całym mieście!

Troska, wspomniana już przeze mnie, dotyczyła także posiłków. Ze względu na pracę zawodową nie nadążałam przyjeżdżać na czas, kiedy rozdawano obiad. Jednak zawsze czekał on na mnie w piecyku oddziałowej kuchni, gdzie z troską doglądały go pani Monika, albo Pani Mirka – siostra oddziałowa.

Pacjent to niewątpliwie był KTOŚ. Nie, godzien pogardy kandydat na nieboszczyka, ale czujący człowiek. Nigdy nie słyszałam od kolegów, aby spotkało ich lekceważenie, czy brak pomocy.

Niestety nasz Ordynator, pan docent Pruszczyński, odszedł od nas przedwcześnie... Teraz po tych wszystkich latach, myślę czasem co by było gdybyśmy się nie spotkali, gdyby nasze

drogi nie przecięły się... Czy podjęłabym trud dializy? Chyba nie. Wraz z jego śmiercią zaczęły się różnorodne trudności. Rozpadł się w konsekwencji tak wysoko kwalifikowany i starannie dobrany zespół. Dawne zwyczaje i atmosfera odeszły. Nie ma też moich koleżanek. Zabrał je czas...

Obecnie i tu dominuje pośpiech wynikający, jak przypuszczam, z nadmiaru obowiązków. Życie pędzi naprzód – grzeczna uprzejmość zastąpiła dawną zażyłość – pozwala zachować bezpieczny dystans. Jednak zostaje wspomnienie tamtych ludzi i tamtej atmosfery.

Dwadzieścia lat to całkiem ładny „kawał czasu”. Niech zatem i mnie wolno będzie „zostawić swój ślad wrażliwości”, albowiem pisanie to powstało w 20. rocznicę mojej pierwszej dializy. •

E.T.T.

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji

Radzenie sobie ze



Pacjent po zawale serca musi dokonać, często diametralnych, zmian w swoim życiu, co wyzwala lęk i szereg innych negatywnych emocji.

Zawał mięśnia sercowego to poważny problem zdrowotny współczesnego świata, ponieważ jest jedną z głównych przyczyn zgonów w krajach uprzemysłowionych, a więc również w Polsce. Stanowi także jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji. Ze względu na częstość występowania zawał serca to problem medyczny, psychologiczny, jak i społeczny. Mimo wieloletniej tradycji badań nad psychologicznymi aspektami niedokrwiennej choroby serca, chorzy często nie otrzymują należytej pomocy terapeutycznej w radzeniu sobie w nowej dla nich, silnie stresującej sytuacji. Tymczasem zrozumienie psychologicznych uwarunkowań związanych z tą chorobą pozwala na podejmowanie przez personel medyczny profesjonalnych działań, które zwiększają skuteczność leczenia medycznego i pomagają w procesie szeroko rozumianej rehabilitacji.

Podstawą problemów pacjentów z zawałem serca jest stres związany z przechodzeniem przez kolejne etapy choroby. Okoliczności wystąpienia zawału serca i jego objawy, przebieg hospitalizacji, konieczność dostosowania życia do choroby po opuszczeniu szpitala, wreszcie reakcje chorego na

wszystkie te wydarzenia to czynniki, które składają się na sposób, w jaki dana osoba radzi sobie ze stresem związanym z niedokrwinną chorobą serca. Już samo wystąpienie choroby niedokrwiennej serca wiąże się z bardzo silnym stresem. Bóle za mostkiem, w nadbrzuszu, wymioty, parcie na stolec i zimny pot to objawy, które są często mylnie interpretowane przez chorego. Wywołują one silne poczucie zagrożenia, spotęgowane brakiem zrozumienia sytuacji. Odczucie to nie ustępuje bynajmniej po przewiezieniu chorego do szpitala. Mimo że z obiektywnego punktu widzenia zagrożenie zostało zmniejszone, a pacjent ma zapewnioną fachową opiekę, subiektywne poczucie zagrożenia utrzymuje się nadal. Chory nie rozumie zwykle sensu wykonywanych wokół niego zabiegów. Podłączony do wydającej dziwne dźwięki aparatury, gwałtownie wyrwany ze swojego codziennego trybu życia, z dala od rodziny, pacjent skazany na przymusowy bezruch, koncentruje się na rozpamiętywaniu tego, co się stało, co tylko pogłębia odczuwany przez niego stres. Podana przez lekarza diagnoza o zawale serca, zwykle bez wyjaśnień o przyczynie choroby, zastosowanym leczeniu czy

o dalszych perspektywach potęguje stan niepewności. Sam fakt pobytu na oddziale intensywnej terapii, gdzie pacjent jest całkowicie uzależniony od innych, pogłębia również wrażenie bezradności i uświadamia choremu jego ograniczenia. Wszystko to sprawia, że osoba, która jeszcze przed kilkoma dniami była niezależna i aktywna zawodowo, odczuwa obecną sytuację jako diametralną, niekorzystną zmianę.

Następująca wskutek opieki medycznej poprawa wydolności wieńcowej, co wiąże się z przeniesieniem na oddział ogólny, oznacza, że pacjent może powoli być uruchamiany. Jednocześnie jednak otrzymuje on od personelu medycznego szereg nowych dla niego zaleceń, których będzie musiał przestrzegać także po opuszczeniu szpitala. Choremu zaleca się niepalenie papierosów, przestrzeganie odpowiedniej diety, uwzględnienie czasu na aktywność fizyczną i wystarczającą ilość snu. Dla niektórych pacjentów takie perspektywy oznaczają diametralną zmianę stylu życia. Zawał dotyka najczęściej mężczyzn w wieku 45-60 lat (a więc u szczytu możliwości zawodowych), nie należy się więc dziwić, że opuszczając szpital, mają oni często



stresem po zawale serca

poczucie życiowej porażki i końca kariery zawodowej. Muszą też wtedy po raz pierwszy skonfrontować określone nastawienia nabyte w szpitalu z realnymi sytuacjami życiowymi.

Przedstawiony tu ogólnie opis sytuacji chorych, którzy przeszli zawał serca, zawiera wszystkie cechy sytuacji stresowych: stanowi zagrożenie pod względem fizycznym i psychospołecznym, utrudnia zaspokojenie potrzeb oraz realizację dotychczasowych celów, wprowadza dysonans w codzienne czynności życiowe. Pacjent po zawale serca musi dokonać, często diametralnych, zmian w swoim życiu, co wyzwała lęk i szereg innych negatywnych emocji (Guzowska, 2004). Dla pełnego zrozumienia tego zagadnienia warto w tym miejscu przypomnieć poznawczą koncepcję stresu i radzenia sobie z nim w ujęciu Richarda Lazarusa, gdzie stres to: „określona relacja pomiędzy osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (Heszen- Niejodek, 2000, s.470). Pomiedzy jednostką a otoczeniem zachodzi wzajemne oddziaływanie, które z czasem zmienia zarówno jednostkę jak i samo otoczenie. Nie da się rozdzielić stanu stresu od radzenia sobie z nim. Skuteczne radzenie sobie ze stresem zmniejsza jego poziom i odwrotnie – nieskuteczne go zwiększa. O tym, w jaki sposób jednostka poradzi sobie ze stresem, decydują trzy aspekty: style, strategie i proces radzenia sobie ze stresem. Podstawowym ogniwem

są strategie radzenia sobie rozumiane jako konkretne sposoby o charakterze zaradczym, poznawczym i behawioralnym, mające na celu opanowanie konkretnej sytuacji stresowej. W przypadku osób, które przeszły zawał serca, zaobserwowano 8 kategorii strategii (Jakubowska-Winecka, 2004). Należą do nich: konfrontacja, dystansowanie się, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego, przyjmowanie odpowiedzialności, ucieczka (unikanie), planowe rozwiązywanie problemu i jego pozytywne przewartościowanie.

Zmiany sytuacji stresowych wywołują w nas konieczność zmian stosowanych dotychczas strategii – ciąg tych zmian, mających określoną strukturę i przebieg czasowy, nazywamy procesem radzenia sobie ze stresem (Wrześniewski, 1996). Styl radzenia sobie ze stresem definiuje się natomiast jako względnie stałą, osobowościową tendencję do określonych zachowań mających na celu usunięcie bądź redukcję stanu stresu. Nie oznacza to oczywiście, że jest on wyłączną determinantą sposobu postępowania podmiotu w sytuacji stresowej. Wyróżniono trzy style radzenia sobie ze stresem (Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski, 1996): styl skoncentrowany na zadaniu, emocjach lub na unikaniu.

O tym, czy dana sytuacja jest stresowa, w dużej mierze decyduje sama jednostka. Wyróżnia się ocenę pierwotną i wtórną. Ocena pierwotna jest punktem wyjścia do określenia znaczenia całej sytuacji dla podmiotu, która może być uznana za: zagrożenie,

wyzwanie lub krzywdę/stratę. Gdy jednostka oceni daną sytuację jako stresową, pojawia się konieczność dokonania oceny wtórnej. Podmiot próbuje wówczas odpowiedzieć sobie na pytanie, co mogą zrobić w takiej sytuacji, czyli próbuje poradzić sobie ze stresem. K. Wrześniewski uzupełnia propozycję Lazarusa wprowadzając pojęcia oceny dyspozycyjnej i sytuacyjnej (Wrześniewski, 2004). Dyspozycyjna ocena stresu to stała, indywidualna tendencja jednostki do podobnej oceny różnych sytuacji stresowych. Wprowadzenie tej zmiennej pozwala na wyjaśnienie, dlaczego ta sama sytuacja jest postrzegana w odmienny sposób przez różnych ludzi i odwrotnie – dlaczego dana osoba różne sytuacje stresowe postrzega w podobnych kategoriach. Sytuacyjna ocena stresu zależy przede wszystkim od cech zdarzenia stresowego. Istnieje wszak duża grupa wydarzeń losowych, które będą oceniane podobnie, bez względu na pochodzenie, płeć czy doświadczenie życiowe. Należą do nich: śmierć kogoś bliskiego, rozwód, choroba w rodzinie.

Rozróżnienie sytuacyjnej i dyspozycyjnej oceny stresu jest pomocne dla zrozumienia funkcjonowania osób, które przeszły zawał serca, podobnie jak pojęcie mechanizmów obronnych osobowości. Ich rolę najlepiej wyjaśnić na przykładzie wyparcia. Wyparcie można zdefiniować jako: „... proces bądź zjawisko niedopuszczania do świadomości nieakceptowanych idei, myśli bądź uczuć”

(Grzegońska- Klarkowska, 1986, s. 65). Wyparcie odgrywa ogromną rolę w radzeniu sobie ze stresem po przebyciu zawale serca. Rola ta ma charakter dwojaki: pozytywny i negatywny. Pozytywny polega na redukcji towarzyszącego pierwszym dniom po wystąpieniu zawału serca lęku, który ma ujemny wpływ na proces leczenia. Dzięki mechanizmowi wyparcia (o umiarkowanej sile) chory bierze bardziej aktywny udział w rehabilitacji szpitalnej i poszpitalnej, łatwiej podejmuje role społeczne, które pełnił przed chorobą. Z drugiej jednak strony mechanizm wyparcia może też mieć niekorzystny wpływ dla przebiegu rehabilitacji i profilaktyki wtórnej. Już na początku wystąpienia zawału serca- kiedy pojawiają się pierwsze objawy choroby, stosowanie mechanizmu wyparcia, który w tym wypadku prowadzi do opóźniania wezwania pomocy medycznej, może doprowadzić do tragicznych skutków. Podobnie dzieje się w pierwszych dniach pobytu w szpitalu, kiedy ten sam mechanizm wyparcia każe choremu nie przyjmować do wiadomości informacji o swoim stanie zdrowia, podejmować przedwczesne próby aktywności przekraczające wydolność układu krążenia. Taki pacjent bagatelizuje również zalecenia lekarskie dotyczące zmian w trybie życia, typu odpowiednia dieta

czy rzucenie palenia, co w efekcie może prowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych, z kolejnym zawałem serca włącznie.

Przyjmując rozróżnienie między dyspozycyjną i sytuacyjną oceną stresu, w oparciu o wyodrębnienie stylów, strategii i procesów radzenia sobie ze stresem oraz uznanie mechanizmów obronnych osobowości za jeden ze sposobów radzenia sobie ze stresem, K. Wrześniewski opracował interakcyjny model radzenia sobie ze stresem. (Wrześniewski, 2004), stanowiący uzupełnienie prezentowanej tu koncepcji Lazarusa i Folkman.

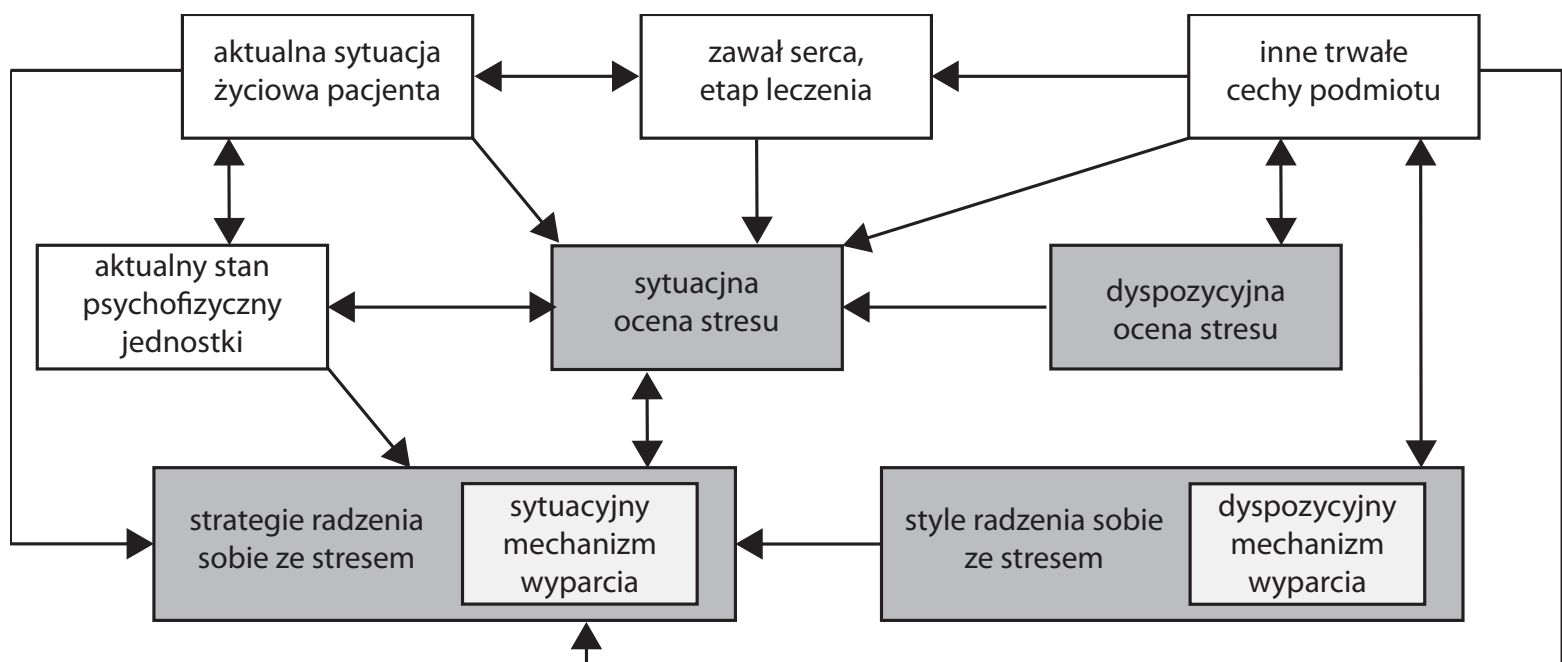
Prezentowany na rycinie 1 model przedstawia podmiotowe i sytuacyjne uwarunkowania funkcjonowania osoby po przebyciu zawału serca z uwzględnieniem interakcji zachodzących pomiędzy tymi grupami uwarunkowań. Najważniejszy czynnik stanowi oczywiście zawał serca: jego rodzaj i przebieg. Sytuacja chorego, u którego zawał jest związany z zamknięciem cienkiej tętnicy znajdującej się w ścianie bocznej, jest odmienna od sytuacji osoby z rozległym zawałem serca. Brak powikłań w przebiegu zawału owocuje mniejszymi problemami ze strony pacjenta w leczeniu niż w przypadku, gdy u chorego wystąpiła śmierć kliniczna itd. Dla oceny sytuacji i radzenia sobie

ze stresem ma również znaczenie, czy to pierwszy czy kolejny zawał oraz czy chory leczył się wcześniej ambulatoryjnie z powodu choroby niedokrwiennej serca. Znaczenie ma także etap i miejsce leczenia; najgroźniejsze dla chorego są pierwsze dni pobytu w szpitalu, kilka miesięcy po zawałe. Kiedy sprawność fizyczna pacjenta ulega znacznej poprawie, jego samopoczucie jest znacznie lepsze.

Na ocenę sytuacji dokonywaną przez chorego rzutują także: jego stan psychofizyczny, na który składa się obecność bólów wieńcowych, ich częstotliwość i intensywność oraz inne właściwości osobowościowe, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie (Wrześniewski, 2004).

W sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent po zawałe serca, ogromne znaczenie ma również zachowanie otoczenia; mowa tu zarówno o najbliższych chorego, jak i o personelu medycznym oraz instytucjach wspierających. Wynika to z faktu naturalnej dla każdego człowieka potrzeby interakcji z innymi; wszyscy należymy do sieci społecznej, której niezwykle ważnym elementem jest wsparcie społeczne. Spośród różnych ujęć tego pojęcia w wypadku poruszanej problematyki najbardziej zasadne wydaje się podejście funkcjonalne, które definiuje wsparcie społeczne jako: „interakcję

Rycina 1: Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem, źródło: Wrześniewski, 2004, s.76



społeczną, w toku której dochodzi do przekazywania lub wzajemnej wymiany emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr rzeczowych, a celem tej interakcji, podejmowanej w sytuacji trudnej, jest pomoc w pokonaniu trudności”. Literatura przedmiotu dzieli tak rozumiane wsparcie na kilka rodzajów:

Wsparcie emocjonalne: polega ono na przekazywaniu osobie wspieranej emocji o charakterze podtrzymującym, uspokajającym, odzwierciedlającym troskę i pozytywne nastawienie do tejże osoby. W zakresie wsparcia emocjonalnego mieści się również opieka. Dzięki takim działaniom osoby cierpiące stopniowo uwalniają się od odczuwanego poczucia zagrożenia i negatywnych uczuć, mogą wyrazić swoje obawy. Pozwala to na poprawę samopoczucia i wzrost samooceny, wyzwala poczucie nadziei na poprawę stanu zdrowia i wyzdrowienie. Tego rodzaju wsparcia chory po zawale serca oczekuje zarówno ze strony bliskich, jak i personelu medycznego.

Wsparcie informacyjne. Polega na dostarczeniu informacji na temat skuteczności działań podejmowanych przez osobę wspieraną. Ten rodzaj wsparcia może polegać na dzieleniu się własnymi doświadczeniami przez osoby przeżywające podobne problemy, np. w grupach samopomocy. Dzięki takim działaniom osoba wspierana zyskuje poczucie kontroli nad sytuacją. W rzeczywistości szpitalnej najczęściej tego typu wsparcie wynika ze wzajemnych kontaktów pacjentów danego oddziału.

Wsparcie instrumentalne. Stanowi rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu konkretnych informacji o sposobach postępowania. Może wyrażać się w modelowaniu u osoby wspieranej skutecznych zachowań zaradczych. Tego typu wsparcie może, i powinien, zapewnić choremu po zawale serca przede wszystkim personel szpitala, choćby poprzez przekazywanie instrukcji pacjentowi i jego rodzinie, jak powinni postępować.

Wsparcie rzeczowe. W jego zakres wchodzi wszelka pomoc materialna, a także bezpośrednio działania fizyczne na rzecz osób potrzebujących, takie jak: karmienie, udostępnianie schronienia, dostarczanie środków do życia i lekarstw.

Wsparcie duchowe. Wiąże się ze strategią duchowego radzenia sobie ze stresem. Dzięki niemu osoba wspierana uzyskuje pomoc w momentach kryzysu egzystencjalnego, w sytuacjach wywołujących cierpienie duchowe, lęk przed śmiercią. Wsparcie duchowe często ma charakter duszpasterski.

Roli wsparcia społecznego w zmaganiu się ze stresem i trudnościami nie sposób przecenić. Chory, mając świadomość oparcia w innych osobach, odbierając pozytywne sygnały ze strony otoczenia, odczuwa niższy poziom stresu. Dzięki wsparciu pacjent uzyskuje pozytywne doświadczenia, które podnoszą jego odczucie komfortu psychicznego, co z kolei wpływa na somatyczny stan zdrowia. Wsparcie społeczne działa jak bufor w sytuacji silnego stresu, takiego jak zawał serca. Obniża ono odczuwane napięcie stresowe, pozwala na podjęcie próby przezwyciężenia choroby, wreszcie osłabia negatywne skutki przeżywanego stresu. Brak wsparcia wywołuje reakcje odwrotne, a więc w efekcie może być jedną z najpoważniejszych przeszkód na drodze powrotu do zdrowia. To właśnie z tego powodu ogromne znaczenie dla sposobu radzenia sobie z sytuacją po zawale serca ma aktualna sytuacja rodzinna pacjenta. Jeśli chory może liczyć na wsparcie najbliższych, łatwiej poradzi sobie ze stresem związanym z chorobą. Odwrotnie dzieje się w sytuacji, gdy chory nie ma bliskiej rodziny lub jest z nią skłócony. Nie mogąc liczyć na wsparcie bliskich, pacjent może polegać jedynie na sformalizowanych grupach wsparcia. W takim wypadku jego motywacja do walki z chorobą jest dużo niższa.

W artykule kilkakrotnie podkreślano, że stres odczuwany przez cho-

rego po zawale serca jest wartością zmienną, zależną od wielu czynników. Kolejne etapy procesu dochodzenia do zdrowia sprawiają, że pacjent coraz lepiej radzi sobie z chorobą. Zakończenie leczenia szpitalnego oznacza poprawę samopoczucia i wzrost poczucia bezpieczeństwa. Kolejną cezurę stanowi rehabilitacja sanatoryjna. Badania wykazały, że u osób, które z niej skorzystały, zaobserwowano korzystne zmiany w obrębie funkcjonowania psychologicznego. (Włodarczyk, 2004). Wiązą się one przede wszystkim ze spadkiem poziomu niepokoju związanego z chorobą, zwiększeniem stopnia akceptacji i poprawą nastroju. Wszystko to sprzyja pomyślnemu leczeniu. Dzięki rehabilitacji sanatoryjnej wzrasta też subiektywna ocena własnego stanu zdrowia. Za ostatni etap uznaje się zakończenie rehabilitacji, które oznacza stabilizację stanu zdrowia pacjenta i następuje zwykle w czasie 7-12 miesięcy od wystąpienia zawału. Jeśli nie pojawią się dalsze powikłania, pacjenta można uznać za wyleczonego.

Wiedza na temat przedstawionych czynników składających się na to, w jaki sposób chory poradzi sobie ze stresem jest istotna dla zapewnienia należytej opieki ludziom po przebytej chorobie wieńcowej serca. Dzięki świadomej obserwacji takiego chorego, a także należyście przeprowadzonemu wywiadowi możemy w znaczny sposób wpłynąć na redukcję odczuwanego przez niego stresu poprzez udzielanie wsparcia, przekazywanie jasnych, zwiezłych informacji na temat choroby, zachęcanie do szukania oparcia w rodzinie, motywowanie do korzystania w przyszłości z rehabilitacji sanatoryjnej, a także przez okazanie zwykłego, ludzkiego zrozumienia dla sytuacji, w jakiej się znalazł chory. •

Literatura u Autorki

mgr *Monika Kowalska-Wojtyśiak*
psycholog
Zakład Pedagogiki
w Pielęgniarstwie, UM w Łodzi

mgr JOLANTA KAŁUŻNA

Zobacz w lustrze wartościowego człowieka



W ostatnim okresie swojej pracy zawodowej zauważyłam, że ludzie coraz częściej zaczynają zastanawiać się nad poczuciem własnej wartości. To jest bardzo budujące, ponieważ niskie poczucie własnej wartości wpływa na całość naszego życia. To ono sprawia, że czujemy się nieszczęśliwi i nie możemy samorealizować się i doskonalić. Brak wiary w siebie rzutuje negatywnie na związki, pracę oraz zwiększa stres. Przyjrzyjmy się zatem bliżej temu zagadnieniu.

Poczucie własnej wartości stanowi część naszego wyobrażenia na temat samego siebie. Wyobrażenie samego siebie odnosi się do wierzeń, przekonań i odczuć, jakie mamy na własny temat. Nasze wyobrażenie samego siebie przedstawia obraz - jaki mamy własnej osoby oraz nasze uczucia związane z tym, jak siebie widzimy i jak myślimy, kim jesteśmy. Poczucie własnej wartości jest sędzią wyobrażenia samego siebie danej osoby. Jest to uczucie, które mierzy poważanie lub szacunek, jaki mamy sami dla siebie. Poczucie wartości wyraża się w odczuwaniu pozytywnych emocji w stosunku do samego siebie (np. dumy, zadowolenia z siebie) oraz pozytywnym ocenianiu siebie pod różnymi względami (np. jako osoby inteligentnej, dotrzymującej postanowień, o silnej woli itp.).

Poczucie wartości zwykle realizujemy w następujących obszarach:

Realizacja założonych celów: powodzenie w ich realizacji wzmacnia nasze poczucie wartości.

Gotowość do radzenia sobie z problemami w życiu prywatnym i zawodowym: im większe poczucie wartości, tym szybciej radzimy sobie ze stratą i tym łatwiej zbieramy w sobie siły, by zacząć wszystko od nowa.

Ambicja: im większe poczucie wartości, tym więcej chcemy w życiu dokonać.

Otwartość w wyrażaniu uczuć: im większe poczucie wartości, tym chętniej mówimy o tym, co planujemy, realizujemy, czujemy.

Komunikacja: poczucie wartości wpływa na otwartość i uczciwość naszych rozmów z innymi osobami.

Związki: wysokie poczucie wartości pomaga nam tworzyć pozytywne, trwałe i zdrowe związki.

Szacunek wobec innych: poczucie wartości jest podstawą szacunku wobec drugiego człowieka. Jeśli o sobie myślimy dobrze, nie będziemy pochopnie wydawać sądów o innych. Nie będziemy również wtedy oczekiwać, że każda nowa znajomość oznaczać będzie odrzucenie czy upokorzenie.

Poczucie własnej wartości pozostaje w ścisłym związku z przewidywaniem zakresu swoich możliwości. Jest to ważne podczas podejmowania działań,

szczególnie w sytuacjach nowych, nieznanych i trudnych do opanowania. Każdy człowiek rozpoczynając jakąkolwiek aktywność zawsze bierze pod uwagę własne możliwości. Jeśli ocena samego siebie jest adekwatna, podejmowane działania odpowiadają realnym możliwościom jednostki. Adekwatne poczucie wartości - redukuje lęk, niepokój, pozwala człowiekowi formułować ambitne cele i podejmować trudne zadania oraz odpowiednio radzić sobie z porażkami.

Osoby z niskim poczuciem własnej wartości nie wykorzystują szans na osiągnięcie sukcesów tam, gdzie jest to możliwe, ponieważ boją się spróbować, wycofują się, z góry skazując na przegraną. Ponadto generalizują konsekwencje porażki na wszelkie aspekty swego życia oraz stosują destruktywne techniki radzenia sobie ze stresem.

Warto podkreślić, że tylko adekwatne poczucie własnej wartości jest warunkiem osobistego szczęścia. Zatem patrząc w lustro warto zobaczyć prawdziwego siebie. Kot patrzący w lustro powinien widzieć kota a nie lwa, a lew patrzący w zwierciadło winien ujrzeć lwa a nie kota.

Brak poczucia własnej wartości (autodestruktywny wstyd) uniemożliwia osiągnięcie sukcesów w różnych dziedzinach życia. Niskie poczucie



własnej wartości może być globalne, czyli obejmować wszystkie sfery życia, albo może dotyczyć określonych, wybranych sfer. Możemy zatem mieć niskie mniemanie o swojej atrakcyjności fizycznej, a czuć się pewnie jako pracownik. Niskie poczucie własnej wartości odczuwa wiele osób, ale nie jest ono związane z rzeczywistymi ich osiągnięciami czy zaletami.

Na drugim krańcu mamy do czynienia z zawyżonym poczuciem (nierealnym) poczuciem własnej wartości, jest to autodestruktywna duma. Osoby posiadające ją odbierane są przez innych jako zarozumiałe, napuszone itp. Autodestruktywna duma wynika z braku pewności siebie, powstaje ze strachu. Ludzie boją się i myślą, że inni zawsze będą ich atakować, zatem wolą atakować jako pierwsi. Warto też podkreślić, że adekwatna duma buduje się w oparciu o własne sukcesy, a autodestruktywna na porażkach innych osób.

Oczywiście niskie poczucie własnej wartości hamuje ludzi i unieszczęśliwia, ale - na szczęście - można nad nim pracować. Warunkami niezbędnymi do budowania poczucia wartości są:

Poczucie przynależności. Przynależność oznacza, że dana osoba czerpie satysfakcję z powiązań, które są istotne dla niej i te powiązania są potwierdzone przez innych. Gdy mamy poczucie przynależności potrafimy identyfikować się z osobą lub grupą. Czujemy się częścią dziedzictwa przeszłości wraz z ludźmi, miejscami, tradycjami i zwyczajami. Przynależność zaspokaja potrzebę osobistej i kulturowej tożsamości. Kiedy jesteśmy powiązani z innymi, wiemy że nasza obecność jest ceniona. Gdy wierzymy, że komuś na nas zależy, nie poddajemy się, nie

popadamy w depresję, lepiej radzimy sobie z trudnościami.

Niepowtarzalność. Jest to szczególne odczucie własnej osobowości. Ludzie, którzy je mają, akceptują i szanują te cechy, które sprawiają, że są inni, a w rezultacie są szanowani i podziwiani przez innych za posiadanie tych cech.

Poczucie sprawstwa (władzy). Pochodzi ono z przeświadczenia, że ma się to, czego się potrzebuje, by mieć wpływ na własną sytuację i pewne okoliczności w swoim życiu. Ludzie, którzy mają poczucie władzy - czują, że w dużej mierze kontrolują swoje życie. Wierzą, że mogą użyć szczególnych umiejętności w sytuacjach stanowiących dla nich wyzwanie. Gdy ludzie mają poczucie władzy, zdają sobie sprawę z tego, że mają wybór, mogą podejmować decyzje i że ponoszą odpowiedzialność za podjęcie tych decyzji oraz za swoje zachowanie. Poczucie sprawstwa sprawia, że osoby chętniej podejmują ryzyko, co z kolei pomaga czuć się kompetentnymi i odpowiedzialnymi.

Wzorce. To one dostarczają ludziom życiowych przykładów, pomagają określić sensowne wartości, cenne ideały i standardy. Wzorce to ludzie, których znamy i czujemy, że warto ich naśladować. To wzorce pomagają odróżnić dobro od zła, prawdę od fałszu, są przewodnikami i stwarzają poczucie uporządkowania w życiu. Ponadto wzorce to osoby, które uczą nas, jak polubić siebie samego, jak podejmować decyzje i ponosić odpowiedzialność za swoje życie. Stanowią też wzór pozytywnego poczucia wartości.

Poniżej zamieściłam kilka pytań, odpowiadając na nie można zastanowić się nad swoim poczuciem własnej wartości. Możliwe odpowiedzi: – tak zdecydowanie, – tak przeważnie, – tak czasami, – nie przeważnie, – nie wcale, – doświadczenie życia nauczyło mnie doceniać siebie, – mam dobre zdanie o sobie, – traktuję siebie dobrze i odpowiednio o siebie dbam, – lubię siebie, – przywiązuję tak wielką wagę do moich cech, zdolności, atutów i mocnych stron, jak do moich słabości i wad, – czuję się z sobą dobrze, – uważam, że mam prawo do uwagi i czasu innych osób, – sądzę, że mam prawo, by spotykały mnie w życiu dobre rzeczy, – moje oczekiwania wobec siebie nie są bardziej surowe niż moje oczekiwania wobec innych.

Jestem raczej życzliwy i wspierający wobec siebie niż samokrytyczny.

Jeżeli ktoś pragnie popracować nad swoim poczuciem własnej wartości warto:

1. Odrzucić stare przekonania. Posiadanie niskiego poczucia własnej wartości wiąże się głównie z wydarzeniami z dzieciństwa. Wówczas znaczące osoby zaszczyliły w jednostce myślenie w kategoriach „jestem beznadziejny”. Warto zatem zastanowić się kto miał na nas wpływ w dzieciństwie i znaleźć ich słabe strony. Warto też pomyśleć, dlaczego tak dużą wagę przywiązujemy do tego, co powiedziały te osoby. Należy uświadomić sobie, że jest się teraz kimś innym, niż było dawno temu. Warto również pamiętać, że każdy z nas ma w sobie mocne strony, które mogą być fundamentem dla dalszego rozwoju.

2. wziąć odpowiedzialność za swoje życie. Warto powiedzieć sobie „To ja jestem odpowiedzialny za to, co dzieje się w moim życiu i tylko ja mam siłę i moc aby to zmienić”.

3. Znaleźć obszary problematyczne. Osoby z niskim poczuciem własnej wartości często stosują uogólnione, negatywne elementy – myślą: „jestem beznadziejny”, „moje życie jest do niczego”, „ to nigdy nie zmieni”. A przecież każdy ma też mocne strony!

4. Zacząć pracę nad poszczególnymi, słabszymi obszarami np. jesteś mało asertywna – poćwicz ją, uważasz się za mało atrakcyjną – idź do fryzjera, kosmetyczki itp.

5. Celebrować porażki – one są nauką na przyszłość. Warto zastanowić się, gdzie popełnia się błąd, by go w kółko nie powtarzać.

mgr Jolanta Kałużna
psycholog



MIŁOŚĆ a NIEPEŁNOSPRAW

Tęsknota za miłością

Potrzeba kochania i bycia kochanym to najbardziej ludzkie właściwości. Nic bardziej niż miłość nie jest w stanie poderwać nas do życia, a jednocześnie nic bardziej od niego „oderwać”. Wszystkie problemy egzystencji ludzkiej skupiają się w naszej umiejętności lub, jeszcze bardziej, w nieumiejętności kochania. Bez miłości nie ma pełni człowieczeństwa.

Prawo do szczęścia – jawnie lub nieświadomie – jest odbierane niepełnosprawnym. Osoby niepełnosprawne bardzo często gotowi jesteśmy traktować też jako aseksualne, niepotrzebujące uczuć, wręcz niezdolne do miłości. Przystosowane, przez swoje inwalidztwo, jedynie do samotnego życia.

Czy to znaczy, że tęsknoty i potrzeby duszy ludzi niepełnosprawnych posiadają inne parametry? Czy rządzą nimi inna logika i natura emocji? Czy to znaczy, że kochają inaczej? A może potrzebują więcej miłości?

Każdy człowiek, także niepełnosprawny, jeżeli jest kochany, może pokonywać największe bariery i osiągnąć niewiarygodne cele.

Najważniejsza jest osobowość

Przy wyborze partnera życiowego sprawą dla Polaków najważniejszą – wskazaną przez ponad trzy czwarte (77 proc.) ankietowanych przez CBOS – jest osobowość kandydata,

jego cechy charakteru oraz to jakim jest człowiekiem. Drugim ważnym kryterium – wskazanym przez niemal jedną trzecią (31 proc.) osób – okazuje się podobieństwo światopoglądów, a trzecim – wygląd i uroda kandydata (19 proc.). W dalszej kolejności Polacy zwracają uwagę na wspólne zainteresowania (15 proc.), warunki materialne, finansowe (14 proc.) oraz wykształcenie (11 proc.). Tylko nieliczni (3 proc.) przyznają, że ważna jest dla nich atrakcyjność seksualna partnera. Większość – prawie trzy piąte (59 proc.) – Polaków uważa za właściwą sytuację, w której to dziewczyna proponuje chłopcu randkę. O niestosowności takiego zachowania przekonana jest ponad jedna trzecia (35 proc.) naszego społeczeństwa.

O fenomenie miłości pisali filozofowie i ojcowie kościoła. Platon uznawał ją za największe szczęście. Łączył miłość z pojęciami dobra, piękna i prawdy, dla których „warto żyć człowiekowi”. Miłość, a jeszcze więcej dążenie ku niej, jest najbardziej twórczą właściwością. Dzięki kochaniu nabywamy zdolności duchowego rozwoju.

Święty Augustyn uważał, że najpierw trzeba pokochać, a potem można robić, co się chce. Dla niego zasada *caritas*, czyli miłości niezmysłowej, była naczelną zasadą szczęścia. Dopiero przez nią powinniśmy dochodzić do kochania zmysłowego innych ludzi i rzeczy. Konieczna przy tym jest łaska boska, wspierająca i motywująca wolny wybór człowieka. W takiej sytuacji wskazanie chrześcijańskiego myśliciela

– „kochaj, a wtedy czyn, co chcesz” – nabiera głębokiego uzasadnienia.

Materializm pomijał wszystko, co się wiązało z uczuciem miłości. Uznawał ją za fałszywego bożka. Jednak nawet klasyk marksizmu – Karol Marks – uznawał, że „miłość można wymienić tylko na miłość, zaufanie tylko na zaufanie”. Dla racjonalisty Friedricha Hegla miłość stanowiła podstawową wartość, która zdolna jest łączyć ludzi. W połowie XX wieku Erich Fromm w swoim głośnym traktacie „O sztuce miłości” przekonywał świat, że miłość jest lekarstwem na człowieczą alienację.

„Człowiek wszystkich kultur boryka się z dylematem swego osamotnienia i poszukuje sposobów jego przezwyciężenia.” Częściowymi sposobami radzenia sobie z samotnością istnienia może być praca, rozrywka, działalność twórcza, społeczna, polityczna. Ale w tym wszystkim – jak twierdzi Fromm – „bez miłości ludzkość nie przetrwałaby ani jednego dnia”.

Co tak naprawdę gotowi jesteśmy uważać za miłość? Uległość, poddanie się drugiemu człowiekowi? Czy dominację nad nim? Zaborczość i chęć kontroli? Pożądanie seksualne? Niezdolność do samotnego życia? Fałszywie uważamy, że kochać jest rzeczą łatwą. Pstryk i już świat pod naszymi nogami. Jak dalece do głosu dochodzi w nas interesowność? Jak często przecież kocha się za coś – wbrew wszelkim deklaracjom – za urodę, bogactwo, władzę, sławę. Nawet niepełnospraw-

AWNOŚĆ

ność partnera, a nie on sam w sobie, może chwilowo stać się atrakcyjnym elementem danego związku.

Niektórzy niepełnosprawni świadomie wybierają partnerów z podobnym inwalidztwem. W przekonaniu, że dzięki temu będą lepiej zrozumiani i będą lepiej wiedzieli jak budować swój związek. Bywają dobre i złe małżeństwa: niewidomych, głuchoniemych, wózkowiczów itp. Jest to tak samo dobry sposób na uciekanie przed dojrzałą miłością jak sposób na całe, szczęśliwe uczuciowo życie. Na nieszczęście i szczęście. Nie ma tutaj żadnej, jedynie słusznej reguły.

Upragniona chwila

Panna młoda w białej sukni. Pan młody odświętnie ubrany. Ich wzruszeni rodzice w orszaku gości. Zapach kadzidła. Świece. Słowa przysięgi o tym, że do śmierci, że na dobre i złe. Błysk obrączek. Dostojna muzyka kościelnych organów. Ślub to przełomowy, doniosły, uroczysty moment w życiu każdej zakochanej osoby. Joni Earekson w powieści pt. „Nowa Joni” tak oto wspomina swoją ślubną ceremonię: „Ojciec wspaniale wygląda w szarym surducie, kamizelce i krawacie... Cały promienieje, z dumą uśmiechając się do mnie (...) – Denerwujesz się? – pyta. Uśmiecham się i potrząsam głową, że nie. Przysuwam wózek bliżej drzwi i zaglądam przez szczelinę, aby ujrzeć Kena (...) Czeka, stojąc wyprostowany na baczność (...) wysoki i okazały...”

Po najbardziej uroczystym i pięknym ślubie zaczyna się jednak proza życia. Często jeszcze przed ślubem kochankowie muszą pokonać strach swoich rodziców. Najczarniejszą chwilą bywa dla nich oświadczenie dziecka, że zakochało się w osobie niepełnosprawnej. Lub odwrotnie - niepełnosprawne dziecko oznajmia, że pragnie związać swoje życie z osobą sprawną. Obie rodziny wtedy biją na alarm i robią wszystko, aby oddalić od siebie dorosłych, zakochanych ludzi. Kiedy nie ma możliwości przekonania rodziny, a miłość jest silna porywa się swoją wybrankę, bierze ślub bez błogosławieństwa jej rodziców.

Czasem niepełnosprawność pojawia się w związku nagle, bez przygotowania i możliwości wyboru. Wówczas bardzo boleśnie rozdziela ludzi. Ale równie dobrze niepełnosprawność może związać ludzi jeszcze bardziej.

Żona czy pielęgniarka?

Doświadczenie wykazuje, że takie wyzwania podejmują częściej kobiety. One też częściej wchodzą w „heroiczne” związki z niepełnosprawnymi mężczyznami. W ten sposób mogą realizować kobiece potrzeby: opiekuńczości, czułości, dawania ciepła, poczucia bezpieczeństwa, pewności i stałości związku. Jeżeli jednak chodzi tylko o poświęcenie – bez miłości – wówczas, w pewnym momencie pojawi się uczucie wykorzystania i duchowego wypalenia.

Związki z niepełnosprawnym partnerem mogą być bogatsze o dodatkowe wymagania, jakie stawia przed kochankami niepełnosprawność. Bywają jednak takie niepełnosprawności, gdzie każdy związek wydaje się niemożliwy.

Więcej szczęścia w swoim życiu miał znany na całym świecie fizyk Stephen Hawking, który swym wyglądem zdecydowanie odbiega od męskiego ideału. Z porażeniem mózgowym i genialnym mózgiem wytycza nowe wyzwania i ścieżki w nauce. Od lat towarzyszy mu kochająca żona i... pie-

lęgniarka z zawodu. Co ona w nim widziała, zastanawia się wiele dziewcząt. Pani Hawking jest z zawodu pielęgniarką, ale dla męża, Stephena jest przede wszystkim partnerką.

Co ciekawe, kobiety zawodowo związane z medycyną – pielęgniarki, rehabilitantki, lekarki – często znajdują swoich partnerów wśród byłych pacjentów.

Bolesne lekcje

Aby pokonać swoje wyobcowanie, samotność, ból i cierpienie, powinniśmy uczyć się kochać. Tak samo jak uczymy się wielu różnych umiejętności w życiu. Tak jak niewidomi orientacji w terenie czy czytania i pisanie w brajlu. Jak po urazie kręgosłupa czy innych fizycznych niesprawnościach poruszania się na wózku. Jak głuchoniemi języka migowego. Jak każdego zawodu i umiejętności, jaką chcemy udoskonalić.

On – mgr Modest Sękowski (1920-1972) – energiczny, zdolny, niewidomy, założyciel pierwszej w Polsce spółdzielni niewidomych (w Lublinie). Walczył o włączenie niepełnosprawnych wzrokowo w nurt ruchu dążącego do usamodzielnienia inwalidów wzroku, do podejmowania przez nich pracy zawodowej i aktywności w dostępnych dziedzinach życia. Poświęcił całe swoje życie trosce o rehabilitację ruchową, poznawczą, psychiczną, kulturalną i społeczną osób niewidomych i słabo widzących.

Ona – prof. zw. dr hab. Zofia Sękowska (1924-1998) – założycielka Zakładu Psychopedagogiki Specjalnej UMCS, wybitny tyflopadałog, wychowawca polskich pedagogów specjalnych. Pedagogikę rewalidacyjną ubogacają po dziś dzień jej osiągnięcia naukowe z zakresu kształcenia niewidomych i słabo widzących, procesów adaptacji, kompensacji i usprawniania zmysłu wzroku, zagadnień przystosowania społecznego niewidomych, rehabilitacji osób ociemniałych.

Spotkanie było takie proste, zwyczajne na Katolickim Uniwersytecie

Lubelskim, gdzie oboje studiowali, ale miłość, która ich połączyła – niezwykle trudna do nazwania. Obdarzali nią swoich ukochanych czterech synów, a także ludzi (szczególnie niepełnoprawnych), dla których potrafili angażować się bez miary. Sądzę, że miłość ta była swego rodzaju wyzwaniem rzuconym wszystkim „niemożnościom”, „utrudnieniom”, „brakom”, jakich niewątpliwie doświadczali w swoim szczęśliwym związku. Rozumieli, że prawdziwym schronieniem dla człowieka jest drugi człowiek.

Tematy tabu

Wiadomo, że w Polsce wszystkie poważne rozmowy na temat seksualności ludzkiej wywołują uśmiechy, zażenowanie, zawstydzenie czy poczucie nieprzyzwoitości. Niepełnosprawni zaś przez całe lata byli i, niestety, nadal są uważani za osoby bezpłciowe. Pozbawione potrzeb i pragnień w tej dziedzinie. A przecież seksualność jest integralną częścią natury człowieka, przez którą możemy realizować ważne życiowe zadania. Tworzyć intymne, fizyczne i psychiczne więzi.

Seks na receptę

Czy niepełnosprawni, szczególnie najbardziej ograniczeni w swojej samodzielności, mają z kim porozmawiać o swoich problemach seksualnych? W Holandii stworzono specjalną kategorię „państwowych” prostytutek, które mogą być zamawiane przez niepełnosprawnych „na receptę”. Nie jest to jednak rozwiązanie problemu. Większość ludzi przecież potrzebuje związków stałych i głębokich. Fizycznym doznaniom muszą towarzyszyć więzi psychiczne. Sprowadzenie problemu zapewnienia usług seksualnych jeszcze bardziej marginalizuje i uprzedmiotawia ludzi niepełnosprawnych.

Jeszcze więcej nieudomówień wiąże się z kwestią seksualności osób z upośledzeniem umysłowym. Problem etyczny w tej dziedzinie doskonale

ilustruje historia Toma, opowiadana i zapisana w książce „Integracja dzieci o specjalnych potrzebach” przez Gavy J. Fairbairna, wielkiego propagatora integracji w Europie.

„W wieku 12 lat Tom przebywający wówczas w małym zakładzie dla osób z upośledzeniem umysłowym został poddany zabiegowi sterylizacji. Mając 22 lata zwrócił się do swojego lekarza rodzinnego z pytaniem, czy zabieg ów można by odwrócić. Był już pełnoetatowym pracownikiem w restauracji szybkiej obsługi, mieszkał we własnym domu, miał samochód, zamierzał się ożenić i mieć dzieci”.

Co nas, przede wszystkim, szokuje w tej relacji? Otóż fakt, że Tom został, jako dziecko błędnie zdiagnozowany, a nie to, że został poddany sterylizacji jako dziecko upośledzone umysłowo. Aborcja i sterylizacja wobec niepełnosprawnych umysłowo jest jednym z trudniejszych tematów, zazwyczaj wstydliwie omijanym. Świat ludzi pełnosprawnych nie potrafi sobie z tymi problemami poradzić.

Na świecie nie jest dobrze, ale polska rzeczywistość jest prawdziwym koszmarem w tej, przecież tak bardzo istotnej dla człowieka, dziedzinie. Badania zachodnie wykazują, że osoby nawet z głębokim upośledzeniem umysłowym, które współżyją seksualnie stają się dla otoczenia łagodniejsze,

chętniejsze do współpracy, a także bardziej dbają o higienę osobistą.

Natomiast w Polsce pełna akceptacja związków ludzi upośledzonych umysłowo jest ciągle niemożliwa. Społeczeństwo pragnie już akceptować takie osoby, ale z całkowitym wyłączeniem ich potrzeb seksualnych.

Nie ma wątpliwości, że ci którzy pokochali „oderwali się” od stygmatu swojego kalectwa. Inaczej patrz na swoje ograniczenia i na innych ludzi. Bo miłość zaczyna się zawsze od siebie. •

Literatura

Eareckson J.: Nowa Joni, Fundacja Polska bez barier, Warszawa 1999.

Jodko A.: Tabu seksuologii, Academia, Warszawa 2008.

Bomba J., Janowska K.: Kim jesteśmy, czyli o seksie, Wydawnictwo literackie, Kraków 2006.

Ponikiewska W.: Seksualność człowieka dla młodych, dojrzałych i w jesieni życia, Sorus, Poznań 2008.

Beisert M.: Seksualność w cyklu życia człowieka, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2007.

Pielęgniarstwo, II rok

Łukasz Tański

praca napisana pod kierunkiem

mgr Agnieszki Renn-Żurek

Podziękowania

Serdeczne podziękowanie dla oddziałowej
Lidii Świrskiej
oraz całemu personelowi pielęgniarskiemu
Chirurgii Ogólnej szpitala w Kutnie
za troskliwą opiekę i poszanowanie godności
w dniach choroby mojej Mamy Genowefy
Tomczak
składa

córka Maryla Krawczyk

Złota polska jesień

ZDZISŁAWA KULESZA

na północnym Mazowszu

W dniu 23 października 2010 roku o godz. 7.30 wyruszamy na naszą ostatnią wycieczkę w tym roku. Jedziemy w kierunku Warszawy przez Stryków, Głowno do Wyszogrodu, przez długi most dojeżdżamy do kościoła, skręcamy w prawo, by z klifowego brzegu obejrzeć piękne widoki Wisły, gdzie wpływa do niej Bzura. Tu mieszkańcy wystawili swemu rodakowi Wacławowi Milke 30 maja 2010 roku tablicę granitową.

Czerwińsk nad Wisłą słynie tym, że w 1410 roku Władysław Jagiełło na czele rycerstwa małopolskiego połączony z litewskim i wielkopolskim wyruszył stąd pod Grunwald. W XII wieku powstało opactwo Kanoników Regularnych, część osady otrzymała w 1373 roku prawa miejskie, które utraciła w 1870 roku. Kościół mimo licznych przeróbek zachował charakter romański (1140). Oprowdza nas salizjanin barwnie przedstawiając historię, na ścianach odsłonięte malowidła z początków kościoła (XIII w.), ołtarz główny z cudownym obrazem Matki Bożej z Dzieciątkiem, liczne obrazy świętych. Następnie oglądamy klasztor gotycki z 1457 roku, który jest siedzibą salezjanów od 1923 roku. W gablotach wystawiono liczne zbiory etnograficzne przywiezione z misji z całego świata.

Jedziemy do Trębek Małych, do Jaworowego Dworu – Jaworskich. Majątek rozparcelowano w 1920 roku, przechodził burzliwe dzieje, 10 lat bez opieki i dopiero w 1984 roku nabyli go obecni właściciele. Po renowacji przedstawia się jak malownicza posiadłość w otoczeniu zieleni. Stylowe meble ozdobione pięknie serwetami, naczyniami, obrazami, szablami oraz duża kolekcja lalek – pięknych darz.

Dla gości ładnie urządzone sypialnia z nowoczesną łazienką.

Ciechanów (47 600 mieszkańców) miasto powiatowe nad Łodynią, pierwsze wzmianki w XI wieku. Po wcieleniu Mazowsza do Kororzy na zamku często przebywała królowa Bona.

Po smacznym obiedzie udajemy się do muzeum, przechodzimy poszczególne sale, gdzie zgromadzono nowoczesne obrazy, pamiątki, broń, sztylety, karabin maszynowy oraz twórczość ludową, rzeźby w miniaturze, wiatrak, kościół. Jedna z sal poświęcona jest pamiątkom po zamieszkałej tu licznie ludności żydowskiej. Z okazji 90 rocznicy bitwy warszawskiej w 1920 roku specjalna wystawa.

Opiniogóra niegdyś własność książąt mazowieckich od XVIII wieku należała do Krasińskich. W starym parku zameczek neogotycki z pierwszej połowy XIX wieku, w którym mieści się muzeum romantyzmu. Zgromadzono w nim liczne obrazy i pamiątki z tego okresu – album

polskiego malarstwa historycznego, dzieła Jana Matejki i J. I. W. Kosaków, M. Gierymskiego, studium epoki napoleońskiej, wystawa trzech pokoleń Krasińskich, stroje z epoki cesarza (czarna dama). Odbywają się tu koncerty, spotkania z poezją.

W kościele późnoklasycystycznym oglądamy grobowiec M. Krasińskiej a w podziemiach tablice nagrobne poety Zygmunta Krasińskiego i jego rodziny.

W drodze powrotnej jedziemy na cmentarz w Ciechanowie, gdzie odwiedzamy grób Janiny Fetlińskiej – senator, która zginęła w katastrofie smoleńskiej.

Wracając do Łodzi oglądamy piękno naszej polskiej ziemi w jesiennej szacie mieniającej się jeszcze zielenią, czerwienią i złotem w poświacie zachodzącego słońca i wschodzącego księżycy w pełni.

Była to wycieczka pełna uroku i miłych wrażeń, co podkreśliła w swoim pożegnaniem wystąpieniu Benia Fabian – nasza przewodnicząca. •



Bogiem obdarowani

Nadchodzi święta noc Bożego Narodzenia. Noc bogata szczególnym darem wejścia Boga w historię świata i człowieka. Tajemnicza noc pochylającej się nad nami miłości Boga. Noc ukazująca bezgraniczną dobroć Boga do ludzi. „Kształtem miłości piękno jest” – pisał Norwid. Bóg po raz kolejny przychodzi do mnie w pięknie maleńkiej dzieciny i ode mnie zależy, czy wykorzystam daną mi szansę oraz czy spotkam go w moim życiu. Może już najwyższy czas, aby obudził się z uśpienia, zrobił rachunek sumienia i wyprostował swoje życiowe ścieżki? Dlatego adwent wzywa nas do czujności i modlitwy, bo czas przyjścia Pana już wkrótce. Niech głębokiej treści słowa pieśni będą naszym adwentowym zawołaniem.

Panie przyjdź
Nim świt obudzi noc dotykami
Ciepłych mgieł
Nim dzień ożywi świat Panie przyjdź
Wołam przyjdź
Uciesz mój wzrok spokojem jasnych barw
Nim mnie zachwyci kwiat, Ty przyjdź

Choć chcę dalej iść, niewiele mogę sam
Więc znów podnoszę głos
Panie przyjdź, wołam przyjdź
Otrzyj mą oblaną łękiem twarz
Nim znów postawię krok, Ty przyjdź

I tak poprowadź mnie przez piętra trudnych lat
Bądź w dzień radością, w nocy snem
Pomóż mi Pani mój, rysować życia kształt
Bym mógł wciąż naprzód iść, bym trwał

Błogosławionych Świąt Narodzenia Pańskiego, radosnych, spokojnych i pełnych miłości. Tego życzy wszystkim Koleżankom i Kolegom Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich, Oddział Wojewódzki w Łodzi z asystentem kościelnym ks. Pawłem Sudowskim.

Informacje: Rekolekcje adwentowe dla służby zdrowia odbędą się w Kościele ks. Jezuitów (ul. Sienkiewicza 60) w terminie 16, 17, 18 grudnia 2010 roku o godz. 19.00. •

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

Z żałobnej karty

Z głębokim żalem pożegnaliśmy naszą koleżankę emerytowaną pielęgniarkę

Mariannę Goszcz (lat 59)
zmarłą 21 października 2010 roku

Zawsze uczynna i otwarta na ludzkie problemy. Pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

koleżanki i koledzy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie