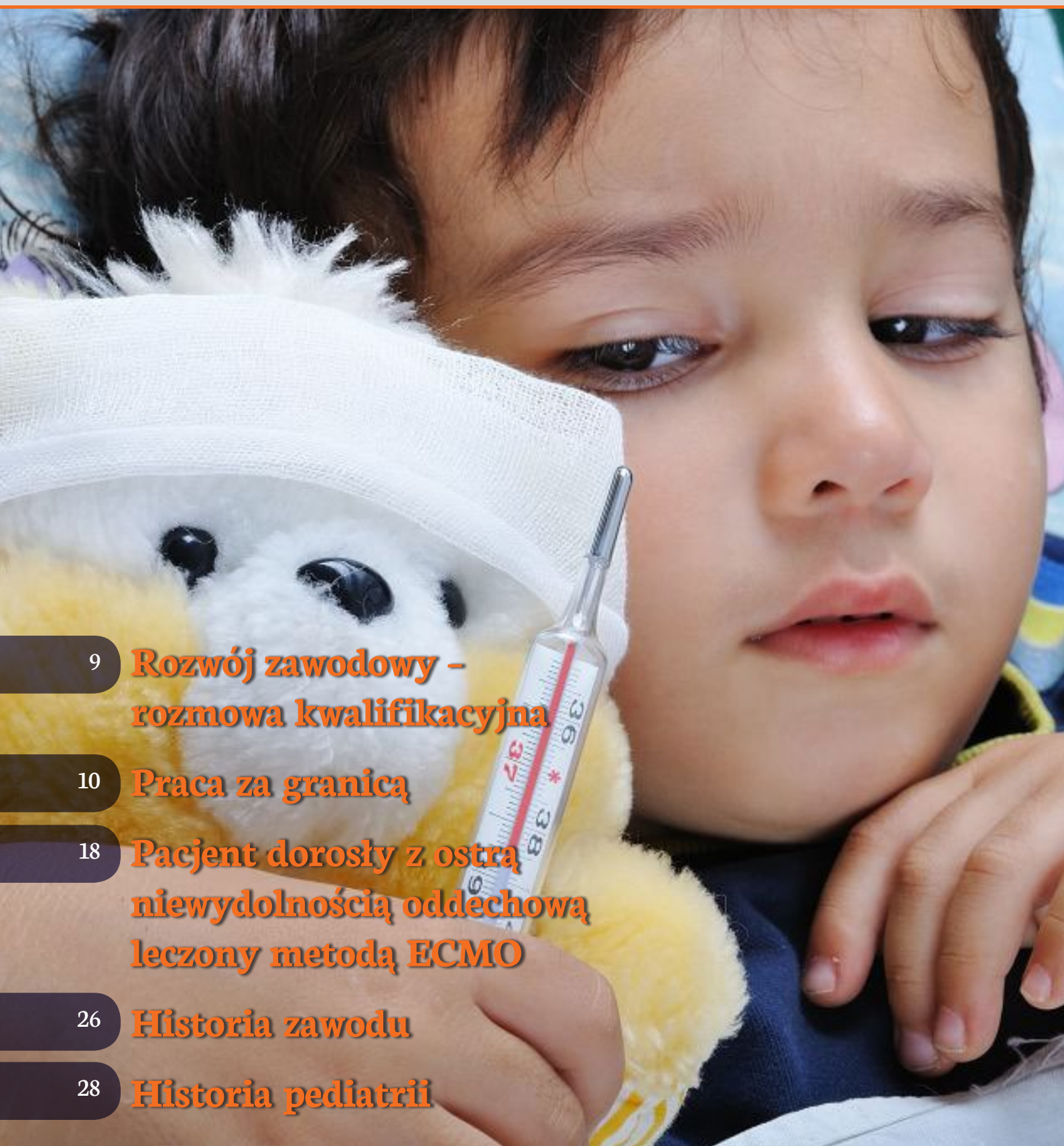


Sztuka Pielęgnowania

Nr 2 (6) Luty 2013
ISSN 2299-8136



9 **Rozwój zawodowy –
rozmowa kwalifikacyjna**

10 **Praca za granicą**

18 **Pacjent dorosły z ostrą
niewydolnością oddechową
leczony metodą ECMO**

26 **Historia zawodu**

28 **Historia pediatrii**

Aktualności
i wydarzenia

RR Refleksje
Redakcji

Pamiętnik
studentek

Praktyka
zawodowa

Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową

Problemy współczesnego pielęgniarstwa

1 marca 2013, godz. 10.00-15.00

Centrum Dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Księcia Trojdena 2, sala nr 231

- 1 Lena Kozłowska i Katarzyna Pawłowska, Od Florencji Nightingale do współczesności.
- 2 Beata Ochocka, Hygeia, dawna bogini zdrowia, a higiena dzisiaj w praktyce pielęgniarstwa.
- 3 Elżbieta Krupińska, Akty prawne regulujące wykonywanie zawodu w codziennej praktyce.
- 4 Mariola Bartusek, Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej oraz jego rola we współczesnym pielęgniarstwie.
- 5 Beata Dobrowolska, INNY człowiek w praktyce pielęgniarstwa.
- 6 Anna Jacek, Aspekty prawne samodzielności w zawodzie pielęgniarstwa.
- 7 Michał Bancerowski: Badanie fizyczne, jako wyznacznik samodzielności współczesnego pielęgniarstwa.
- 8 Anna Kamińska i Małgorzata Zgiet, Pielęgniarka w zespole leczenia środowiskowego
- 9 Monika Kuliga, Planowanie i realizacja ścieżki kariery zawodowej.
- 10 Michał Milewski i Kamila Stępień, Ścieżka kariery zawodowej w pielęgniarstwie anestezyjologicznym.
- 11 Wojciech Nyklewicz Erotyzacja relacji służbowych a możliwość zapobiegania jej.

Zgłoszenia prosimy nadsyłać do 20 lutego na adres: konferencja@sztukapielęgowania.pl

W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny: 608 463 291

Opłaty konferencyjne: udział bierny – 75 zł, studenci – 35 zł – w zgłoszeniu prosimy wpisać nazwę uczelni i numer legitymacji studenckiej.

Opłata konferencyjna dokonana do dnia przyjmowania zgłoszeń jest potwierdzeniem uczestnictwa i obejmuje: certyfikat, materiały konferencyjne, przerwę na kawę.

Przelewu należy dokonać na nr konta: 60 2340 0009 0040 2400 0000 0590 (w tytule przelewu proszę podać imię i nazwisko Uczestnika).

Szczegóły na: sztukapielęgowania.pl

Warsztaty

**Zastosowanie dramy w pielęgniarstwie,
Warsztat dla nauczycieli pielęgniarstwa
Warszawa, 16 i 23.02.2013**

Cel zajęć: Zajęcia warsztatowe są okazją do zagrania kilku etiud i poprzez to do zapoznania się z konstrukcją dramy dydaktycznej, doboru „aktorów”, układania scenariuszy, przeprowadzenia debriefingu. W drugiej części będzie szansa na wyreżyserowanie własnej etiudy i zagranie ról w autorskich etiudach innych uczestników zajęć.

Metoda: Interaktywna metoda nauczania – drama, pokaz, debriefing.

Spodziewane rezultaty: Zagranie kilku ról w etiudach daje możliwość wytworzenia **emпатii wobec studentów**, zachęcanych w przyszłości do zagrania ról w dramach przygotowanych przez nauczycieli. Staje się okazją do zainspirowania się i stworzenia własnych scenariuszy dram dydaktycznych. Poprzez obserwację i doświadczanie relacji z facylitatorem można nauczyć się nieocenianej postawy wobec uczestników zajęć. Przygotowanie własnego scenariusza, dobór „aktorów” i reżyseria własnej dramy i po tym następujący debriefing są okazją do praktycznego zastosowania nauczania metodą dramy w laboratoryjnych warunkach oraz zebrania informacji zwrotnych od „aktorów” i „widzów” o tym, jak byliśmy postrzegani w roli reżysera i jakie wywołaliśmy emocje, co było dobre i co można jeszcze poprawić we własnym warsztacie nauczania metodą dramy.

Organizacja zajęć: Zajęcia odbywają się w ciągu 2 sesji z 1 tygodniową przerwą między nimi. Jest to czas na przygotowanie własnych scenariuszy etiud do zrealizowania w czasie drugiej sesji. W razie potrzeby, istnieje możliwość zorganizowania trzeciej sesji z udziałem tej samej grupy uczestników.

Szczegóły na sztukapielęgowania.pl

Warsztaty

**— Komunikacja i asertywność w zawodzie pielęgniarki —
Warszawa, 12.04.2013**

Jakie problemy napotykamy w związku z porozumiewaniem się z innymi ludźmi? Dlaczego komunikacja w zawodzie pielęgniarki jest tak ważna? Jak poprawić jakość naszego porozumiewania się? Odpowiedzi na te pytania poznasz podczas naszych styczniowych warsztatów „Komunikacja i asertywność w zawodzie pielęgniarki.” Z pewnością nie znużysz się tutaj wywodami na temat różnorodnych teorii komunikacji, za to nauczysz się PRAKTYCZNIE usprawniać proces porozumiewania się z ludźmi i zobaczysz, jak wiele korzyści potrafi on wnieść w Twoje życie – zarówno zawodowe, jak i osobiste.

Do kogo adresowane jest szkolenie?:

- Do pielęgniarek i położnych, w tym także zarządzających

Co osiągniesz dzięki udziałowi w szkoleniu?:

- Rozpoznasz problemy, bariery i błędy w skutecznym porozumiewaniu się.
- Poznasz efektywne modele skutecznej komunikacji.
- Rozwiniesz w sobie umiejętność prowadzenia rozmów w bardzo interesujący sposób.
- Nauczysz się otwarcie i asertywnie wyrażać własne zdanie i mówić o swoich uczuciach.
- Będziesz potrafił asertywnie odmówić.
- Zdobędziesz umiejętności zarówno wyrażania uznania, jak i przyjmowania komplementów.
- Nauczysz się konstruktywnie przekazywać i odbierać krytykę.
- Zaczyniesz aktywnie słuchać i wzbudisz w sobie duże pokłady empatii.
- Pokonasz lęk przed wypowiadaniem się na forum (a nawet to polubisz).

Już zawsze będziesz świadom swoich praw, dzięki czemu wzrośnie Twoja pewność siebie.

Zdobyta wiedza i umiejętności zaowocują zarówno w Twoim życiu osobistym, jak i w codziennej pracy, poprawiając jakość Twoich rozmów z pacjentami i ich rodzinami, współpracownikami oraz kierownictwem.

Szczegóły na sztukapielęgowania.pl

Sztuka Pielęgowania

WYDAWNICTWO

Wydawnictwo

Sztuka Pielęgowania

Katarzyna Trzpieł
Tel. 608 463 291
www.sztukapielęgowania.pl
info@sztukapielęgowania.pl

Redakcja

Katarzyna Trzpieł

Współpraca

Michał Banczerowski
Beata Dobrowolska
Agnieszka Herzig
Dorota Jacyna
Lena Kozłowska
Elżbieta Krupińska
Klaudia Massalska
Wojciech Nyklewicz
Katarzyna Pawłowska
Anna Sykut

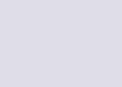
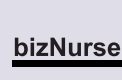
Korekta

Paulina Bator

Skład

GrantProjekt Studio Grafiki

Partnerzy:



Od redakcji



Minęły święta i rozpoczął się nowy rok

Ten czas na ogół wiąże się z podejmowaniem decyzji. Planujemy, że zaczniemy „od nowa” lub będziemy zmieniać stare, niedobre nawyki. Nowy Rok bardzo często jest to data, która ma dać początek zmianom, nowym zadaniom, nowy rok ma być lepszy i owocniejszy.

Pod choinką znalazłam pudełko – Balsam dla duszy – ultraodżywcze mądrości. Jedną z nich wybrałam na początek.

Dobrze jest zrobić czasem coś nietuzinkowego, wykroczyć poza pewne stereotypy, popatrzyć na życie z innej perspektywy.

Dalszy ciąg naszego tematu – rozwój osobisty – zabierze nas na rozmowę kwalifikacyjną. Może właśnie ona będzie okazją na nowe nietuzinkowe spojrzenie na siebie i swoją przyszłość. Często – zapatrzeni i skoncentrowani na jednym – nie zauważamy, jakie możliwości nas otaczają, a stereotypy wkładają się w każdą przestrzeń naszego życia. Śledząc kolejne historie wielkich twórczyń i reformatorek pielęgniarstwa, nie sposób nie zauważyć, że ich spojrzenie na pielęgniarstwo było nowatorskie i odkrywało inne ważne jego aspekty. Historia zawodu nie jest tylko historią przeszłą, ale tą którą tworzymy my sami, tu i teraz. Znajdziemy w kolejnym numerze rozważania na temat poszukiwań alternatywnych metod stosowanych w intensywnej terapii i opiece nad pacjentem z niewydolnością oddechową. Podjęcie tego zagadnienia jest wyjściem poza stereotypową codzienną praktykę, a poszukiwania i nowe idee mogą ją zmienić.

Czy podjęcie pracy za granicą i zmierzenie się z takim wyzwaniem jest nietuzinkowe? Na pewno tak, wymaga innego spojrzenia i wyjścia poza dobrze znany nam teren. Jest okazją do rozwijania nie tylko swoich umiejętności zawodowych, poznania nowych, nieznanych metod i struktur, ale także do rozwoju osobistego w kontaktach z inną kulturą i innymi ludźmi. Niespodziewane możliwości mogą bowiem zaowocować otwarciem na nowe i nietuzinkowe życie zawodowe i prywatne. Wybierzmy się w wirtualną podróż z tymi, którzy się jej podjęli i posłuchajmy, jakie miało to znaczenie w ich życiu.

Jeżeli nie interesują nas podróże a bardziej rozwój wąskich branż pielęgniarstwa, znajdziemy możliwość poznania ich bliżej w wypowiedziach naszych rozmówców.

Na koniec prześledzimy historię pediatrii i jej rozwoju, której podstawą były społeczno-etyczne zmiany zachodzące w społeczeństwach XIX wieku. Te przeobrażenia zachodzą nadal, zmieniają się struktury społeczne i globalizacja wymaga od nas ciągłego dostosowania się do nowych warunków. Czy nie jest to właśnie wyzwaniem dla nietuzinkowego spojrzenia i poszukiwania nowych dróg, nowego spojrzenia na nas samych i naszą rzeczywistość?

Wszystkim naszym Czytelnikom życzę, aby ambitne plany wypełniły kolejny rok i zaowocowały realizacją w życiu zawodowym i prywatnym.

Agnieszka Herzig

Informacja o prenumeracie i newsletterze

Od lutego **Sztuka Pielęgowania** dostępna jest tylko w formie prenumeraty elektronicznej. Zamówienia prenumeraty można składać bezpośrednio ze strony: www.sztukapielęgowania.pl.

Również na stronie możliwość zamówienia newslettera Sztuki Pielęgowania.



Spis treści



Rozwój zawodowy

9

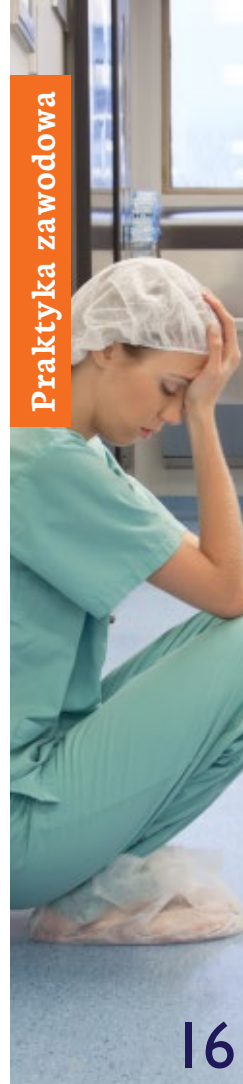
Praca za granicą - wyzwanie, przygoda, przyszłość? cz.2



Praktyka zawodowa

14

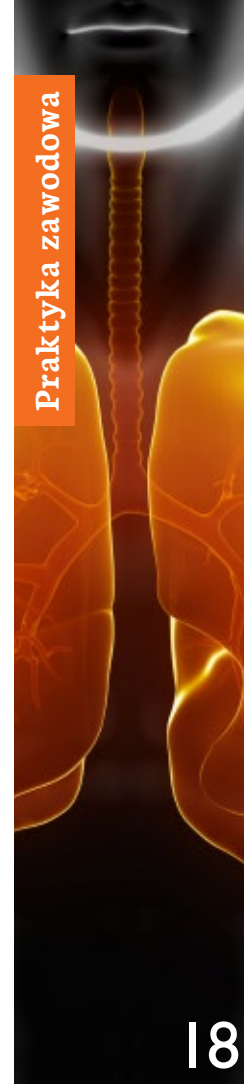
Primary Nursing w szpitalach w Niemczech



Praktyka zawodowa

16

Elementy profilaktyki wypalenia zawodowego pielęgniarek



Praktyka zawodowa

18

Pacjent dorosły z ostrą niewydolnością oddechową leczony metodą ECMO

- 6 Aktualności
- 7 Nadchodzące wydarzenia

Rozwój zawodowy

- 9 5 kroków do sukcesu na rozmowie kwalifikacyjnej
- 10 Praca za granicą - wyzwanie, przygoda, przyszłość? cz.2

Praktyka zawodowa

- 14 Primary Nursing w szpitalach w Niemczech

- 16 Elementy profilaktyki wypalenia zawodowego pielęgniarek
- 18 Pacjent dorosły z ostrą niewydolnością oddechową leczony metodą ECMO
- 21 Opiekun medyczny wsparcie dla kadry pielęgniarskiej

RR czyli Refleksje Redakcji

- 23 Jak się relaksujemy

Pamiętnik

- 25 Komunikacja interpersonalna



Historia pediatrii

21

**Opiekun medyczny
wsparcie dla
kadry pielęgniar-
niarskiej**



Refleksje Redakcji

23

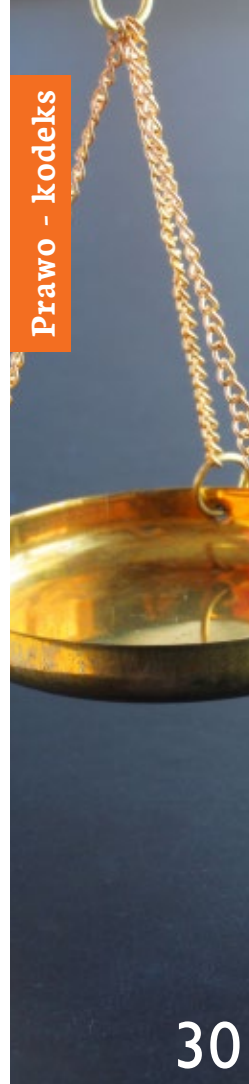
**Jak się
relaksujemy**



Historia pediatrii

25

**Historia
pediatrii**



Prawo - kodeks

30

**Kodeks
Etyki
Zawodowej**



Sprawdź się / Zapowiedzi

32

**Zapowiedzi
Marzec 2013**

Historia zawodu

**26 Standardy kształcenia
pielęgniarek - 1928 vs. 2013**

Historia pediatrii

28 Historia pediatrii

Prawo - kodeks

30 Kodeks Etyki Zawodowej

Sprawdź się / Zapowiedzi

31 Sprawdz się

31 Zapowiedzi Marzec 2013



Informacja o prenumeracie i newsletterze

Od lutego **Sztuka Pielęgowania** dostępna jest tylko w formie **prenumeraty elektronicznej**. Zamówienia prenumeraty można składać bezpośrednio ze strony: www.sztukapielnegowania.pl.

Również na stronie możliwość zamówienia newslettera **Sztuki Pielęgowania**.



Nowe Rozporządzenie, Nowe Normy!

Z dniem 1 stycznia 2013 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Rozporządzenie wywołało w środowisku protesty i wezwanie do jak najszybszej nowelizacji. Jednomysłne stanowisko w tej sprawie zajęły: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Szczegóły stanowisk można znaleźć na poszczególnych stronach internetowych.

Elżbieta Krupińska
pielęgniarka

Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorstwem ma obowiązek stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych¹. Obowiązkiem ustalenia sposobu obliczania tych norm Ustawodawca obarczył Ministra Zdrowia. Trwały zatem prace nad projektem stosownego Rozporządzenia, spływały opinie w ramach konsultacji społecznych, pielęgniarki i położne nie bez emocji śledziły postęp prac z nadzieją na poprawę sytuacji pracowniczej, kres jednoosobowym dyżurom, kiedy nie wiadomo co jest pilne, a co pilniejsze.

Szczególnie pozytywnie zatem odbierano zapis: *obsada pielęgniarek lub położnych w oddziale lub innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę*².

Kolejnymi przykładowymi punktami w cytowanym wyżej Projekcie, mającymi duże znaczenie dla środowiska pielęgniarek i położnych, był zapis o minimalnej obsadzie bloku operacyjnego (I pielęgniarka lub położna operacyjna i I pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarse/położna operacyjnej plus pielęgniarka anestezjologiczna), fakt niewliczania pielęgniarek oddziałowych i ich zastępców do minimalnych norm zatrudnienia, norma jednej położnej na jedną rodzącą, u której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu.

To tylko niektóre z obietnic.

Wróćmy jednak do rzeczywistości: 28 grudnia 2012 r. zostało wydane Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Okres świąteczny, czas prezentów i niespodzianek!

Pierwsza z nich to usunięcie wszystkich wyżej cytowanych zapisów. Wykreślono zakaz pełnienia jednoosobowych dyżurów. Przytoczmy argumentację NFZ zamieszczoną w ramach konsultacji społecznych: *zapis (red: o jednoosobowych dyżurach) pozostaje w oderwaniu od specyfiki szerokiego profilu rodzajów działalności, od anestezjologicznego i intensywnej terapii, poprzez rehabilitacyjny po paliatywny, gdzie opieka jednoosobowa jest absolutnie wystarczająca*³.

Dodatkowo likwidacja kolejnego punktu z projektu o niewliczaniu pielęgniarek oddziałowych powoduje uszczuplenie zespołu o cały etat pielęgniarski.

Wszystkie projekty Rozporządzenia podawały średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich kolejno:

- 38 minut na dobę na pacjenta w przypadku I kategorii,
- 95 minut na dobę na pacjenta w przypadku II kategorii,
- 159 minut na dobę na pacjenta w przypadku III kategorii.

Wielu z nas doskonale pamięta liczenie liczby procedur, pracę ze stoperem w rękę, aby te czasy wyliczyć. Uzyskane dane uśredniono i podano jako narzędzie do dalszych działań.

3. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/normzatrudnienia_20121205_03.pdf [dostęp: 22.01.2013 r.]

W obowiązującym zaś od 1 stycznia 2013 roku Rozporządzeniu czasy się nie pojawiają, dostajemy zaś „możliwość” liczenia czasu czynności bezpośrednich i pośrednich samodzielnie, dowolnie, bez żadnego narzędzia (nie licząc na standaryzowane).

Nie sposób nie odnieść się do czasu obecnych zmian w ochronie zdrowia, chociażby o galopującej informatyzacji placówek, gdzie wielu z nas musi zmierzyć się z często nieznaną techniką, gdzie stajemy przed koniecznością wyborów form zatrudnienia: etat – kontrakt. W tej to oto rzeczywistości powinniśmy dokonać pomiaru średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich. Czas zaś świadczeń pośrednich będzie liczony procentowo od czasu bezpośredniego i będzie wynosić 10 – 25% czasu bezpośredniego. Wybór zaś procentowy w wyznaczonym przedziale będzie uzależniony od organizacji pracy w podmiocie. Nasuwa się pytanie: kto z pracodawców przyzna, że ma złą organizację? Taki zapis wyraźnie zmniejsza czas czynności pośrednich. Dodajmy, że projekty zakładały wyższy, bo 25 – 50%, zatem czas ten może zostać zmniejszony nawet o 40% czasu przeznaczonego na czynności bezpośrednie (maksymalnie 50% minus minimalne 10%), co znacząco zmniejszy nasze normy.

Zważywszy na konieczność odniesienia się do wyliczeń średniej roku poprzedniego niebawem musimy zabrać się do pracy, ponieważ dotychczas liczone minimalne normy nie mogą być stosowane dłużej niż do 31 marca 2014 roku.

Trudno nawet podsumować te refleksje. Chciałoby się zapytać, po co nam projekty, po co konsultacje, kiedy ostatecznie ukazuje się akt prawny diametralnie różny od wszystkich kolejnie prezentowanych projektów. Rozporządzenie obowiązujące od 1 stycznia 2013 roku, a już wnioski o jego zmianę/aktualizację. NRPiP w dniu 16 stycznia 2013 r. wystosowała sprzeciw w sprawie niniejszego rozporządzenia. Możemy tylko mieć nadzieję na powodzenie tych działań, chociaż czy polskim pielęgniarkom i położnym jeszcze na długo wystarczy tej nadziei?

1. Art. 50 ust.2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Art. 1 ust.3 projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami z dnia 18 października 2012 r.

Testament życia

Projekt Testamentu życia znalazł się w Sejmie bez poparcia większości posłów. Obawy o „przyzwolenie na eutanazję”, poszanowanie woli pacjenta sprzecznej z wolą zespołu medycznego, skracanie życia zamiast przedłużanie – to niektóre z głosów polityków. Czym jest Testament życia pisze dr Beata Dobrowolska z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Instytucja testamentu życia jest złożona zarówno z etycznego, jak i prawnego punktu widzenia. Istnieje kilka jej odmian i różny zakres obowiązywania na świecie.

Generalnie można powiedzieć, że jest to forma oświadczenia woli, w której pacjent deklaruje, jakich działań medycznych nie życzy sobie (rzadziej – jakich sobie życzy), kiedy będzie w takim stanie, w którym sam nie będzie mógł podejmować świadomych decyzji – a nie chciałby, aby podtrzymywano jego życie w sposób agresywny za pomocą np. skomplikowanej aparatury, bez szansy na poprawę jego kondycji. Takie oświadczenie woli może także dotyczyć pacjenta w tzw. stanie terminalnym, którego życie dobiega końca i jego sztuczne przedłużanie przeczy naturalnemu biegowi a jednocześnie zinstrumentalizuje proces umierania, naruszając godność pacjenta.

Uogólniając, najczęściej wola pacjenta dotyczy rezygnacji z uporczywej terapii, a więc z działań nadzwyczajnych, niewspółmiernych do rezultatów,

jakie mają być osiągnięte, kosztownych, ryzykownych, obciążających dla pacjenta i jego rodziny. Problem polega jednak na tym, że z etycznego punktu widzenia pojęcie rezygnacji z uporczywej terapii nie jest jednoznaczne. Kwestią dyskusyjną jest bowiem to, które procedury medyczne można uznać za nadzwyczajne i z nich zrezygnować, a które są bezwzględnie zwyczajne i należy je pacjentowi zawsze zapewnić. Np. procedurą sporną jest sztuczne odżywianie pacjenta w stanie wegetatywnym. Mocno upraszczając, dla etyków personalizmu chrześcijańskiego odżywianie pacjenta, bez względu na drogę jego podawania, jest środkiem zwyczajnym, od którego nie można odstąpić. Z kolei dla etyków związanych z nurtem etyki utilitaryzmu, sztuczne odżywianie można uznać w niektórych sytuacjach za środek nadzwyczajny i zrezygnować z niego.

Kolejną kwestią sporną jest stan pacjenta, w którym można zrezygnować z terapii uporczywej. Generalnie twierdzi się, że dotyczy to pacjenta w stanie terminalnym. Ale wiemy, że stan taki wymaga doprecyzowania.

Np. trudno tu zakwalifikować pacjenta w stanie trwale wegetatywnym.

Inne, podlegające dyskusji aspekty związane z instytucją testamentu życia dotyczą aktualności takiego dokumentu (czy wola pacjenta, który stracił świadomość i możliwość decydowania o sobie byłaby wciąż taka sama, kiedy podpisywał oświadczenie?) czy zasadności jego obowiązywania w świetle wiedzy i doświadczenia lekarza, który podejmuje działania lecznicze.

Pomijając w tym miejscu analizę wymienionych wątpliwości, chcę podkreślić, że w sytuacji opieki nad pacjentem w stanie terminalnym, po uprzedniej rozmowie z pacjentem i uświadomieniu mu istoty instytucji testamentu życia – takie oświadczenie woli ma dużą wartość. Daje bowiem personelowi medycznemu, który opiekuje się pacjentem wskazówki, co do granic terapii podtrzymującej życie, a jednocześnie ułatwia decyzje dotyczące rezygnacji z uporczywej terapii. Szczególnie, kiedy wiedza i doświadczenie podpowiada nam, że pacjent odchodzi i czas zmienić podejście – rozpocząć proces opieki nad człowiekiem umierającym. ■

Więcej na: sztukapielęgowania.pl



Pielęgniarka roku 2012

31 stycznia zakończył się I etap konkursu „Pielęgniarka Roku” organizowanego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.

Polegał on na wyłonieniu uczestników w poszczególnych ZOZach. Eliminacje w oddziałach wojewódzkich PTP potrwać do 31 marca, a uroczyste zakończenie konkursu i wyłonienie zwycięzcy Pielęgniarki Roku 2012 odbędzie się na przełomie maja i czerwca. Trzymamy kciuki za wszystkich uczestników.

Szczegóły: www.ptp.nal.pl



Olimpiada wiedzy o laktacji dla medyków

Warszawa, 25.02.2013

W siedzibie Centrum Medycznego „Żelazna” już w lutym odbędzie się olimpiada dla położnych, pielęgniarek, lekarzy,

konsultantów i doradców laktacyjnych oraz studentów.

Szczegóły na stronie: www.szpiatzelazna.pl



II Ogólnopolski Konkurs na najlepszy film promujący zawód pielęgniarki w Polsce

trwa do 28.02.2013

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie zaprasza do udziału w konkursie na film promujący pielęgniarstwo w Polsce, my również zachęcamy do chwycenia kamery i nakręcenia filmu. Promujmy pielęgniarstwo, bo kto zrobi to lepiej niż my?

Szczegóły: www.ptp.nal.pl



XVI Zjazd

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek

Epidemiologicznych

Wisła, 13-16.04.2013

Zjazd połączony jest z XV leciem istnienia PSPE. Jak co roku jest on doskonałą okazją do spotkania pielęgniarek epidemiologicznych z całej Polski, wymiany doświadczeń, nawiązywania nowych znajomości... Szczegóły na stronie Stowarzyszenia: www.pspe.pl



Terapia i Pielę- gnacja Chorych w Opiece Długoterminowej

Kielce, 19.04.2013

W czasie konferencji towarzyszącej Targom Rehabilitacji, Terpii i Pielęgnowacji Chorych REHMED-PLUS poruszane będą tematy:

- kardiologia XXI wieku,
- Europejski Kodeks Walki z Rakiem,
- samobadanie piersi,
- wpływ więzi rodzinnych na jakość życia w chorobie,
- zespół słabości,
- stres i wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarskiego,
- otępienie w stopniu zaawansowanym.

Szczegóły na stronie: www.targikielce.pl



Ewalucja kształ- cenia pielęgniarek i położ- nych w Polsce. Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla zespołu opieki interdyscyplinarnej

Łódź, 10.05.2013

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna z Łodzi zaprasza na konferencję dotyczącą ewaluacji kształcenia pielęgniarek i położnych. Planowane tematy wystąpień to:

- starzenie się społeczeństwa jako zjawisko medyczne, psychologiczne, socjalne i kulturowe,
- problemy zdrowotne i choroby wieku podeszłego jako wyzwanie dla

pielęgniarstwa i zespołu interdyscyplinarnego,

- zapobieganie powikłaniom wynikającym z wielochorobowości wieku starczego,
- gerohigiena jako proces opóźniający tempo zmian w procesie starzenia się, varia

Szczegóły i rejestracja na stronie uczelni: www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl



Pielgrzymka do Ostrej Bramy w Skar- żysku Kamiennej

13.05.2013

Pielgrzymka dla pielęgniarek i położnych organizowana jest już po raz 15 z okazji Dnia Położnej przypadającego 8 maja i Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, który obchodzony jest 12 maja. W pielgrzymce może uczestniczyć każda pielęgniarka i położna.

Szczegóły: www.izbapiel.org.pl w dziale Aktualności.



Kurs dla pielęgniarek diabetologicznych

Londyn, 1-5.07.2013

Fundacja Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych (FEND Foundation of European Nurses in Diabetes) w ramach Uniwersyteckiego Programu Współpracy Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych (ENDCUP European Nurses Diabetes Collaborative University Programme) organizuje kurs, który odbędzie się w dniach 1-5 lipca 2013 w King's College w Londynie. Wymiana doświadczeń i zdobywanie najnowszej wiedzy w Londynie? Cemu nie?

Szczegóły na stronie: www.pfed.org.pl



2 International Conference for Peri Anaesthesia Nurses

Dublin, 19-22.09.2013

Można jeszcze zapisać się na konferencję dla pielęgniarek anestezjologicznych,

która odbędzie się jesienią w Dublinie. Na konferencji będzie można posłuchać m.in. o: opiece nad pacjentem przed zabiegiem i po zabiegu, anestezji w pediatrii, leczeniu bólu.

Szczegóły: www.ptpaio.pl



Kongres Klub Insulinowy

Berlin, 14-16.10.2013

Pod hasłem *Od nauk podstawowych do praktyki klinicznej* jesienią w Berlinie odbędzie się Insulin Club, który ma być forum do zaprezentowania najnowszych osiągnięć, jak również dyskusji jak możliwie szybko wdrażać w życie zdobycze nauki.

Szczegóły na stronie: www.pfed.org.pl



Pielęgniarskie różności

Świat bez pielęgniarek?

Obejrzyj film na stronie Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii. Prognozy na całym świecie są nieubłagane, większość pielęgniarek w najbliższych latach przejdzie na emeryturę, a coraz mniej młodych osób chce wykonywać ten zawód. Czy Polska również stanie w obliczu tego problemu? Czy zaczniemy o tym myśleć, gdy będzie za późno?

Florencja Nightingale,

„Pierwsza” pielęgniarka, założycielka pierwszej szkoły dla pielęgniarek w Londynie, osoba, bez której pielęgniarstwo prawdopodobnie nie byłoby takie samo również dzisiaj... Czy wiesz, że możesz posłuchać Jej głosu? Wystarczy wpisać na youtube imię i nazwisko. Głos został zarejestrowany 30 lipca 1890 roku.

Pielęgniarka w oczach dziecka

W maju 2012 CKPPIP ogłosiło konkurs dla dzieci *Pielęgniarka w oczach dziecka*. W grudniu CKPPIP postanowiło przekazać prace na licytację Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Promocja zawodu wśród najmłodszych, może przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy, a także wsparcie Orkiestry, która w tym roku zbierała fundusze dla ratowania życia dzieci i godnej opieki medycznej seniorów. Na stronie CKPPIP można obejrzeć nadesłane na konkurs prace dzieciaków.



5 kroków do sukcesu na rozmowie kwalifikacyjnej

Prezentujemy 5 zagadnień, nad którymi warto się zastanowić przed udaniem się na rozmowę kwalifikacyjną na stanowisko pielęgniarki, niezależnie od tego czy spotkanie dotyczy pracy w kraju czy za granicą. Przemyslenie i przygotowanie poniższych kwestii pozwoli nam poczuć się pewnie podczas rozmowy z rekruterem i zwiększy nasze szanse na otrzymanie wymarzonego stanowiska.

Adriana Dmitriew
Business Development Manager
MedPharmJobs.pl

1. Przygotowanie portfolio

Przyszły pracodawca z pewnością zapyta o przebieg kariery zawodowej, w szczególności o wykonywane dotychczas obowiązki pod kątem oferowanego stanowiska. Z tego względu na rozmowę kwalifikacyjną należy zabrać ze sobą CV i inne dokumenty aplikacyjne: list motywacyjny, listy referencyjne, dyplomy ukończonych szkół, certyfikaty ukończenia kursów i szkoleń. Będą one nie tylko dowodem posiadanych kwalifikacji i doświadczenia, ale pomogą także poczuć się pewnie podczas rozmowy z pracodawcą. Warto pamiętać o tym, aby wszystkie dokumenty były czyste i wyglądały profesjonalnie.

2. Zdobyć wiedzy na temat działalności firmy

Niezbędnym krokiem, jaki należy poczynić przed udaniem się na rozmowę kwalifikacyjną, jest gruntowny research na temat firmy oferującej posadę lub kraju, do którego chcemy wyjechać. Wiele prywatnych instytucji medycznych zaznacza na swojej stronie internetowej dziedzinę, w której się specjalizuje oraz przedstawia zakres świadczonych w niej usług. Wiedza na temat placówki, w której chcemy pracować, będzie plusem podczas rozmowy z rekruterem oraz będzie świadczyć

o zainteresowaniu potencjalnym miejscem pracy i o poważnym podejściu do całego procesu.

3. Odpowiedzi na pytania o przeszłość i przyszłość

Jak wspominaliśmy, pracodawca z dużym prawdopodobieństwem zada wiele pytań dotyczących dotychczasowego przebiegu kariery zawodowej. W równie dużym stopniu mogą interesować go także przyszłe plany zawodowe pielęgniarki, którą chciałby zatrudnić.

Warto zastanowić się:

- które doświadczenia z poprzedniej pracy mogą najbardziej zaprocentować na stanowisku, o które się ubiegamy,
- dlaczego wybraliśmy tę ścieżkę kariery, w jakiej dziedzinie w szczególności chcielibyśmy się rozwijać i dlaczego, w jaki sposób planujemy udoskonalać swoje kwalifikacje i umiejętności zawodowe.

Na pytania pracodawcy nie należy odpowiadać prostym „tak” lub „nie”, zawsze warto rozwinąć wypowiedź i poprzeć ją przykładami z pracy w szpitalu, przychodni lub innej placówce medycznej, a także osiągniętymi sukcesami.

4. Analiza mocnych i słabych stron

Przed rozmową kwalifikacyjną warto zrobić rachunek sumienia i zastanowić się

nie tylko nad tym, co nas wyróżnia, ale również nad słabymi stronami. Wielu pracodawców pyta pielęgniarki ubiegające się o pracę nie tylko o zalety, ale też o wady. Do odpowiedzi na takie pytanie warto przygotować się wcześniej, brzmie ono bowiem banalnie, a w rzeczywistości może przysporzyć nam niepotrzebnego stresu. Warto przemyśleć:

- które cechy charakteru najbardziej u siebie lubimy i w jaki sposób mogą być przydatne w pracy pielęgniarki,
- jakimi cechami opisałby nas osoby, które nas znają,
- których cech w sobie nie lubimy i czy mają one negatywny wpływ na pracę,
- które z naszych cech są najbardziej przydatne w zawodzie pielęgniarki.

5. Odpowiedni wygląd

Wygląd ma znaczenie. Odpowiednio dobrany do sytuacji nie będzie odwracał uwagi od tego, co mamy do powiedzenia, a także będzie świadczył o tym, że zależy nam na oferowanym stanowisku. Pozytywne nastawienie do rozmowy oraz pozytywna energia nie umkną przyszłemu pracodawcy, który bez wątpienia chciałby mieć w swoim zespole zaangażowaną i pełną entuzjazmu pielęgniarkę.

Chociaż nie ma recepty na rozmowę kwalifikacyjną, która gwarantowałaby stu procentowy sukces, to jesteśmy głęboko przekonani, że zastosowanie się do powyższych wskazówek pomoże w zrobieniu jak najlepszego wrażenia na rekruterze, dzięki czemu będziemy postrzegani jako osoby kompetentne, opanowane i doskonale radzące sobie w stresowej sytuacji. ■

Życzymy udanych rozmów!



Praca za granicą wyzwanie, przygoda, przyszłość? cz.2

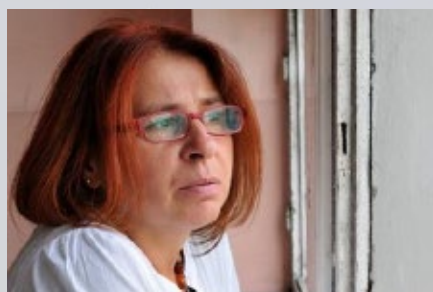
O pracy pielęgniarek w innych krajach czytamy chętnie nie tylko dlatego, że myślimy o wyjeździe, ale również z ciekawości, jak w innych krajach pielęgniarki pracują, jakie mają ułatwienia w pracy czy z jakimi borykają się problemami.

W poprzednim numerze opublikowaliśmy relacje czterech pielęgniarek, które podjęły lub za chwilę podejmą pracę w innym kraju, były to Finlandia, Szwecja, Hiszpania i USA. Dzisiaj o pracy położnych i pielęgniarek w krajach niemieckojęzycznych, chętnie wybieranych przez nas ze względu na bliskie położenie, jak również coraz większą liczbę ofert pracy.

Wszystkie wypowiedzi prezentowane w cyklu „Praca za granicą” są oryginalnymi wypowiedziami autorów.



Jak zostać położną w Austrii?



mgr położnictwa Agnieszka Herzig
Szpital Miejski w Wiedniu

Moja droga do wykonywania zawodu położnej w Austrii różni się od tej, którą obecnie może podjąć wchodząca w życie zawodowe położna. Od tego czasu upłynęło 25 lat i wiele się zmieniło.

Mój wyjazd za granicę, a co za tym idzie – podjęcie pracy zawodowej – nie

był świadomym wyjazdem emigracyjnym. Jako osoba z doświadczeniem fachowym wyjechałam, aby opiekować się małą dziewczynką, a pobyt był zaplanowany na rok. Okazja wyjazdu i mieszkania przez ten czas w Paryżu była na początku lat 80. nie do pogardzenia. Tak się złożyło, że osobiste losy i małżeństwo zaprowadziły mnie do Austrii, gdzie po trzech latach nauki języka i nostyfikacji polskiego dyplomu mogłam podjąć pracę w moim zawodzie. Przyjeżdżając do Austrii, języka nie znałam i musiałam się go uczyć od podstaw. Oczywiście nauka i życie na co dzień z tym językiem dało mi większe szanse na zdobywanie jego praktycznych i miejscowych szlifów. Codzienny kontakt z ludźmi oraz konieczność komunikacji wyzwalają na pewno większe pokłady motywacji niż uczenie się języka na kursach. Fakt, że nostryfikowanie dyplomu wiązało się z odbyciem praktyk szpitalnych, braniem udziału w wykładach w szkole położnych i zdaniem egzaminów w języku niemieckim pomagał w pogłębianiu znajomości niemieckiego, ale był też ogromnym wyzwaniem. Najtrudniejsze było przełamanie oporu mówienia. Mają to wszyscy bez względu na to gdzie i jak uczyli się języka, boją się mówić, często już dobrze rozumieją, ale nie mają

odwagi na kontakty. Zawodowo jest niemożliwe, aby położna nie komunikowała się, więc rzeczywistość wymusza to na nas. Bez względu na dobrą, średnią czy bardzo dobrą znajomość języka umiejętność płynnej komunikacji jest sprawą bardzo indywidualną. Ciekawość ludzi i tego co nas otacza na pewno jest pozytywną cechą pomagającą w kontaktach. Chęć zaistnienia w nowej społeczności i pokazania na co nas stać jest też pozytywnym bodźcem do działania. Nauczyłam się w Austrii innego położnictwa niż w ówczesnej Polsce, często podkreślam, że to tutaj rozpoczął się mój zawodowy rozwój.

Dla wszystkich wybierających się na poszukiwanie pracy i nowego życia poza granicami jest to wyzwanie – szansa – przygoda. Decydują się oni na pozostawienie przyzwyczajeń, utartych dróg, znajomych zakątków, dobrych przyjaciół i bliskich daleko od siebie. Budowanie więzi w nowym otoczeniu jest nieodzownym elementem współistnienia i zachowania psychicznej równowagi, więc nie tylko znajomość języka i praca są w tym przypadku ważne, ale zgoda na podjęcie nowego życia.

Dzięki Unii Europejskiej i międzynarodowym porozumieniom wykształcenie położnych zostało unormowane i daje możliwość podjęcia pracy na terenie wszystkich krajów unijnych. Akty prawne regulujące uznawanie kwalifikacji zawodowych znajdziemy w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej – Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego z dnia 7 września 2005 r. w sprawie

uznawania kwalifikacji zawodowych. Punkty: 3, 19, 21, 23 dotyczą równego traktowania i uznawania kwalifikacji, Artykuły: 40, 41, 43, 42, 44, 45, 46 dotyczą warunków kształcenia położnych, wykonywania zawodu, procedury uznawania dokumentów potwierdzających posiadania kwalifikacji, nabytych praw – <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:p1:PDF>.

Posiadanie dyplomu licencjata lub dyplomu ukończenia studiów II stopnia otwiera drogę do podjęcia pracy w zawodzie w całej Uni Europejskiej, ale podstawą tego jest znajomość języka kraju, do którego chcemy wyruszyć. Kształcenie językowe, a zwłaszcza specjalistyczne, nie stoi na wysokim poziomie i dlatego pozostaje dodatkowym indywidualnym programem dla każdej noszącej się z tym zamiarem położnej. Znajomość języka angielskiego pozwala na poszerzenie swojej wiedzy, ale nie jest przepustką do pracy w Europie. Aby móc podjąć zatrudnienie wymagane jest posługiwanie się językiem danego kraju.

W Austrii nie obowiązują egzaminy językowe kwalifikujące do podjęcia pracy, bazą wyjściową jest rozmowa kwalifikacyjna, na której ocenia się poziom znajomości języka kandydatki.

Procedury ubiegania się o rejestrację należy podjąć przez zgromadzenie dokumentów: dyplomu, zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, zaświadczenia o ewentualnym stażu pracy, osobista prośba z własnoręcznie wypełnionym i podpisanym formularzem rejestracyjnym dostępnym na stronie <http://www.hebammen.at/downloads/HEBREGBLATT-erst-ERF-post.pdf>, poświadczenie o posiadaniu obywatelstwa – przetłumaczona kopia paszportu, zaświadczenie o niekaralności wystawione przez Krajowy Rejestr Karny, zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalające na wykonywanie zawodu, zaświadczenie o zameldowaniu, 2 zdjęcia paszportowe. Wszystkie dokumenty muszą być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego i złożone w Austriackim Związku Położnych Hebammengremium.

Österreichisches Hebammengremium
Gremialsekretariat - Hebammenregister
7372 Draßmarkt, Neug. 6
Tel.: +43 2617 2910 Fax: +43 2617 21033
E-mail: register@hebammen.at

Wszystkie dokładne informacje można znaleźć na stronie:
www.hebammengremium.at.

Poszukiwanie pracy jest zajęciem wymagającym cierpliwości i samozaparcia. W Gazecie Położnych ukazują się czasami ogłoszenia, ale pracę znajduje się najlepiej, pisząc listy motywacyjne do poszczególnych szpitali. Austria jest małym krajem i zarejestrowanych położnych jest niewiele ponad 2000 i w związku z tym osobiste kontakty najczęściej dają większą możliwość znalezienia miejsca pracy.

Ze względu na brak bariery językowej w taki sposób zaczynają pracować na terenie Austrii niemieckie położne, a pracę znajdują właśnie wysyłając swoje tezkę motywacyjne do poszczególnych szpitali.

Warte zaznaczenia jest, że położne w Austrii są zatrudniane na stanowiskach pracy tylko na sali porodowej lub zintegrowanych oddziałach położnictwa i patologii ciąży, nie pracują na oddziałach ginekologii czy noworodków.



Niemcy



mgr Damian Walicki, specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, Klinikum Stuttgart

Mam na imię Damian, ukończyłem studia magisterskie na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu i w międzyczasie zrobiłem specjalizację z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Pracuję w Niemczech od kilku miesięcy, lecz pomysł na wyjazd narodził się o wiele wcześniej. Dopiero kiedy skończyłem studia i uzyskałem specjalizację,

mogłem zabrać się za jego realizację. Dlaczego wyjechałem? Pewnie wszyscy znacie odpowiedź. Miałem dość harówki ponad siły za – delikatnie mówiąc – nieadekwatną pensję i bycia traktowanym jak zło konieczne przez władze szpitalne.

Niemiecki rynek pracy jest dla pielęgniarek bardzo chłonny, praktycznie każda klinika w Niemczech boryka się z problemem braku personelu pielęgniarstwa, a zwłaszcza wykwalifikowanego w jakiejś dziedzinie np. intensywnej terapii. W związku z tym wiele firm zajęło się rekrutowaniem polskiego personelu do pracy w Niemczech. Dziennie w Internecie pojawia się co najmniej kilkanaście nowych ofert pracy. Osobiście skorzystałem z pomocy takiej firmy, a jej pracownicy okazali się rzetelni, wiedzieli, jakie procedury trzeba przejść przy uznawaniu dyplomu, była to nieoceniona pomoc. Jednak trzeba być ostrożnym w zbyt pochopnym podejmowaniu współpracy z tego typu biurami. Ja zostałem raz oszukany i nie było to nic miłego. Zatem uważajcie!

Przygotowanie do wyjazdu stało pod znakiem załatwiania mnóstwa dokumentów i intensywnej nauki języka. Osoby, które zaczęły naukę po 2004 roku i uzyskały minimum tytułu licencjata, nie będą miały problemu z uznaniem dyplomu, osobom, które ukończyły studia pomocnicze też powinno to pójść gładko. Tu jednak zaczynają się schody, a mianowicie znajomość języka.

Struktura niemieckich izb pielęgniarstwa nie jest jednolita, każdy land rządzi się swoimi prawami. W związku z tym można spotkać się z różnym podejściem do umiejętności językowych. Oficjalnie, aby pracować w Niemczech, potrzebna jest znajomość języka na poziomie B1/B2 potwierdzona certyfikatem językowym. W praktyce wygląda to tak, że podczas składania dokumentów w jednym landzie, mówiąc płynnie po niemiecku, a nie mając certyfikatu, nie dostanie się zezwolenia na pracę, a w innym urzędnik podczas rozmowy stwierdzi, że znamy język wystarczająco, nawet jeżeli nie jest to poziom B1/B2. Jeżeli przejdziemy pozytywnie rozmowę rekrutacyjną, należy zapłacić 150 euro za wydanie niemieckiego prawa wykonywania zawodu.

Kształcenie pielęgniarek w Niemczech jest na poziomie szkół średnich, tak jak do niedawna było w Polsce, z tą różnicą, że Polska bardzo szybko przystosowała się do wymogów Unii Europejskiej, a w Niemczech dopiero pojawiają się pierwsze głosy, aby podwyższyć poziom

nauczania (trzeba będzie mieć maturę, aby iść do szkoły pielęgniarskiej, co tej pory nie było wymagane). Tutaj studia kończą tylko ludzie, którzy aspirują na stanowiska kierownicze. W moim odczuciu polskie pielęgniarki są bardzo dobrze wykształcone, posiadają duże umiejętności i nie powinny mieć cienia kompleksów. Władze tutejszych klinik na pewno zdają sobie z tego sprawę. Gdyby naszym pielęgniarkom zapewnić warunki pracy, jakie panują w Niemczech, to mielibyśmy najlepszą służbę zdrowia.

Ważną rolę w niemieckiej służbie zdrowia odgrywają Altenpfleger (w wolnym tłumaczeniu: opiekunowie osób starszych). Niwelują oni braki personelu pielęgniarskiego na oddziałach geriatrycznych i w domach opieki, na których mimo tego i tak notuje się niedobór personelu. Funkcjonują tutaj również z powodzeniem pomoce pielęgniarskie tzw. Helfer.

Jest kilka różnic w pracy między naszymi krajami. Wszystkie informacje o pacjentach, zlecenia badań i konsultacji czy zamawianie sprzętu prowadzi się drogą elektroniczną. Jest to duże ułatwienie. Mimo tego, trzeba wypełniać osobną papierową dokumentację dla każdego pacjenta, której jest co nie miara. Kolejną rzeczą jest 8-godzinny system pracy, polegający na tym, że sąsiadujące zmiany zachodzą na siebie ok. 1h i czas ten przeznaczony jest na zdawanie raportu, przekazanie wszystkich ważnych informacji. Ciekawe też jest, że tutaj Niemce pielęgniarki nie pobierają krwi i nie zakładają wenflonów, zwyczajnie im nie wolno, jest to zadanie lekarzy, którzy otrzymują za to dodatkowe wynagrodzenie. Jakże było ich zdziwienie, kiedy powiedziałem, że ja to wszystko potrafię i nie stanowi to dla mnie problemu.

Zarobki pielęgniarki pozwalają tutaj na wiele, można bez obaw zaplanować sobie zagraniczne wakacje lub iść na zakupy. Ceny w dyskontach takich jak Lidl czy Aldi są porównywalne z tymi w Polsce, przy czym w Niemczech są zupełnie inne zarobki.

Obecnie pracuję na Oddziale Psychiatrii w celu podszkolenia języka, ale myślę, że niebawem przeniosę się na „moją” Intensywną Terapię lub na Anestezjologię na blok operacyjny.

Czy warto było wyjechać?

Początki nie są łatwe, ale zdecydowanie tak.

Czy zostanę tu na stałe?

Nie wiem, za jakiś czas chciałbym spróbować swoich sił w Szwajcarii.

Czy wróciłbym do Polski?

Może kiedyś.

Jeżeli chcesz wiedzieć więcej zapraszam na mój blog:

<http://niemcyokiempolskiejpielęgniarki.blogspot.de/>

oraz na Facebook'a:

<https://www.facebook.com/Niemcy-OkiemPolskiejPielęgniarki>



...a może Szwajcaria?



mgr Lena Kozłowska, pielęgniarka, doktorantka w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator Edukacyjny Curaswiss* w Polsce

Niedawno *The Economist* opublikował ranking krajów, w których najlepiej jest urodzić się w tym roku. Na pierwszym miejscu plasowała się Szwajcaria. Jest to kraj, który od lat zajmuje zaszczytne pierwsze miejsca w wielu rankingach, dotyczących nie tylko względów ekonomicznych, ale również socjalno-medycznych. Nikogo nie muszą zapewne przekonywać, że jest to kraj, w którym standard i jakość życia należą do najwyższych na świecie.

A jak wygląda praca pielęgniarki w Szwajcarii? Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia jest to kraj, w którym liczba pielęgniarek i położnych przypadających na 1000 mieszkańców należy do najwyższych na świecie (trzęście miejsce – 16,4 pielęgniarki na 1000 mieszkańców). Wiąże się z tym również dużo mniejsze obciążenie pracą, podczas dyżuru pielęgniarka jest zazwyczaj odpowiedzialna za 1-3 pacjentów. Personel pielęgniarski stanowi największą grupę specjalistów medycznych. Dostarcza on

około 80% bezpośredniej opieki świadczonej pacjentowi. Pomimo tego, że liczba pielęgniarek w ostatnich latach sukcesywnie zwiększała się, statystyki pokazują, że w nadchodzących dziesięcioleciach będzie ich coraz mniej, a zapotrzebowanie na opiekę będzie wzrastało. Do roku 2020 zabraknie około 25 000 pielęgniarek. Szwajcarzy już dziś martwią się o swoją przyszłość. Organizują programy skierowane do pielęgniarek z innych krajów, aby ułatwić im nostryfikację dyplomów oraz w miarę możliwości zwiększyć ich liczbę. Zarówno warunki pracy, jak i zarobki są na tyle wysokim poziomie, że wielu obcokrajowców nie waha się podjąć pracę właśnie w Szwajcarii.

Kształcenie pielęgniarek w Szwajcarii nieco odbiega od standardów zachodnioeuropejskich. Jednak nostryfikacja zagranicznego dyplomu i podjęcie pracy w zawodzie nie jest aż tak ciężkie, jakby się wydawało. Dowodem na to są dane prezentowane w publikacji F. Artigot (2003 r.) – 30% zatrudnionych pielęgniarek była edukowana za granicą. Instytucją, która wydaje prawo wykonywania zawodu, jest Szwajcarka Czerwony Krzyż. System kształcenia jest oparty na dwóch filarach. Ogólne kształcenie zawodowe (liceum zawodowe) zakończone otrzymaniem certyfikatu oraz kształcenie na poziomie wyższym. Realizując kształcenie drugiego typu, student może wybrać jedną z dwóch opcji: zaawansowane kształcenie zawodowe (trwa 3 lata) oraz kształcenie uniwersyteckie (trwa 4 lata) i jest zakończone otrzymaniem tytułu licencjata. Nie bez przyczyny pielęgniarstwo szwajcarskie jest postrzegane jako pionier edukacji klinicznej. Podczas edukacji duży nacisk kładziony jest na kształcenie kliniczne oparte na Evidence Based Nursing. Po ukończeniu studiów licencjackich można kontynuować naukę na studiach magisterskich, a następnie doktoranckich. Program kształcenia może jednak różnić się nieco w poszczególnych kantonach, podobnie jak różni się system ochrony zdrowia. Jest to spowodowane tym, że kraj składa się z 26 kantonów, które cechuje duża autonomia.

Oczywiście poza względami socjalno-ekonomicznymi warto wybrać życie w Szwajcarii również ze względu na klimat. Średnia długość życia mieszkańców tego państwa należy do najwyższych na świecie. Otoczenie jezior, gór oraz lasów, które pokrywają około 2/3 kraju sprzyja dobremu nastrojowi. Ponadto czystość i porządek szwajcarskiej

rzeczywistości mogą powodować miłość od pierwszego wejrzenia i na zawsze...

*Curaswiss jest programem, skierowanym do polskich pielęgniarek. Daje im możliwość edukacji oraz zdobywania doświadczenia zawodowego w Szwajcarii. <http://www.curaswiss.com/>

System kształcenia i organizacja pracy pielęgniarek w Niemczech

mgr Krystyna Seewald
Gefäßzentrum Berlin-Brandenburg
Ev. Hubertus Krankenhaus

Kształcenie pielęgniarek w Niemczech przebiega na poziomie zawodowym, wyższym zawodowym i uniwersyteckim.

Absolwenci szkoły głównej, szkoły realnej oraz gimnazjum mają uprawnienia do rozpoczęcia nauki w szkole pielęgniarskiej (Krankenpflegeschule). 3-letnia szkoła zawodowa kończy się egzaminem państwowym. Absolwenci otrzymują tytuł zawodowy Gesundheits-und-Krankenpfleger. Absolwenci Krankenpflegeschule z dwuletnim stażem zawodowym mają uprawnienia do podwyższania swoich kwalifikacji w wyższych szkołach zawodowych. Tylko pielęgniarki i pielęgniarze posiadający maturę (Abitur) mogą rozpocząć kształcenie na poziomie uniwersyteckim.

Zasadnicza różnica w systemie edukacyjnym pielęgniarek polskich i niemieckich polega na tym, że w Polsce kształcenie pielęgniarek rozpoczyna się od poziomu wyższego zawodowego, zaś w Niemczech od poziomu zawodowego.

Absolwenci szkoły pielęgniarskiej są zatrudniani w szpitalach, hospicjach, domach opieki oraz w opiece domowej (Hauskrankenpflege). Coraz trudniej jest znaleźć zatrudnienie w niemieckich klinikach, ponieważ które obecnie zatrudniają coraz mniej personelu pielęgniarskiego, co jest wynikiem kryzysu ekonomicznego i nowego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Absolwenci mają także duże szanse zatrudnienia w opiece domowej i w domach opieki nad ludźmi starszymi.

System pielęgniarstwa tradycyjnego (zadaniowego) w Niemczech ma coraz mniej zwolenników.

Elkeles określił tradycyjne pielęgniarstwo zadaniowe jako model hierarchiczno-centralistyczny: czynności są możliwe do podzielenia i rozdzielenia według hierarchicznych punktów widzenia – im

bardziej czynność jest oddalona od pacjenta, tym wyższy jest jej prestiż społeczny. Tendencję tę zauważa się również w polskim pielęgniarstwie tradycyjnym, czynności realizowane przez pielęgniarki odcinkowe są mniej prestiżowe od czynności wykonywanych przez pielęgniarki opatrunkowe, zabiegowe lub dyżurkowe. W niemieckim systemie pielęgniarstwa tradycyjnego nie zauważa się tego rodzaju podziału. Zadania zostają podzielone na czynności do wykonania przez kilka pielęgniarek. W niemieckim żargonie pielęgniarskim mówi się o tak zwanych rundach (wizyty pielęgniarskie u pacjentów), to znaczy, że każda pojedyncza pielęgniarka wykonuje określoną czynność przy kilku lub wszystkich pacjentach. Są to na przykład: runda łóżkowa, runda mierzenia ciśnienia krwi, glikemii lub runda zastrzykowa. Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej, udział w wizytach i opracowanie ich oraz uzgadnianie terminów badań diagnostycznych to czynności należące do pielęgniarki oddziałowej lub jej zastępczyni. W systemie pielęgniarstwa tradycyjnego pielęgniarka oddziałowa jest instancją centralną. Wydaje zlecenia i wymaga informacji zwrotnych o wykonaniu prac. Pełni ona przede wszystkim funkcję kontrolną, zorientowaną głównie na realizację zadań. Kooperacja, koordynacja i komunikacja z innymi grupami zawodowymi odbywa się bezpośrednio przez pielęgniarkę oddziałową, a podyktowane jest to tym, że dysponuje ona większą ilością informacji niż inne pielęgniarki. Oznacza to również, że pielęgniarki pracujące przy pacjencie rzadko komunikują się bezpośrednio z innymi grupami zawodowymi [1, 2, 3]. System pielęgniarstwa zadaniowego w Niemczech pozostawał wciąż w fazie zmian i ulepszeń. W wyniku tego procesu powstały znaczące różnice pomiędzy systemem opieki tradycyjnej w pielęgniarstwie niemieckim i polskim. Dotyczą przede wszystkim hierarchicznego podziału zadań wśród pielęgniarek. Takie pojęcia, jak: pielęgniarka dyżurkowa, opatrunkowa, odcinkowa, w niemieckim pielęgniarstwie nie istnieją. Każda pielęgniarka po otrzymaniu dyplomu ma prawo do wykonywania wszystkich czynności praktycznych, korzystania z wiedzy i umiejętności nabytych w procesie kształcenia. Zakres i rodzaj świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę są podzielone na: bezpośrednio dotyczące pacjenta, dotyczące organizacji pracy na oddziale, dotyczące obowiązków i uprawnień pracowniczych.

Do świadczeń bezpośrednich należą: rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych,

indywidualne zestawienie zakresu świadczeń pielęgnacyjnych dla każdego pacjenta, przeprowadzenie ich i ocena, samodzielna praca na oddziale, sprawowanie opieki pielęgniarskiej, obserwacja chorego, przygotowanie pacjenta i dokumentacji do zabiegów operacyjnych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych, opracowanie zleceń lekarskich, znajomość przepisów prawnych i obowiązujących standardów pielęgniarstwa i procedur, opieka paliatywno-hospicyjna nad pacjentem i jego rodziną oraz współpraca z innymi grupami zawodowymi na terenie szpitala.

Druga grupa świadczeń dotyczy organizacji pracy na oddziale: sporządzanie zamówień na potrzeby oddziału, ocena zamówień pod kątem oszczędności, dbałość o mienie szpitala, dyspozycyjność, działanie na rzecz podnoszenia jakości w procesach pracy, zbieranie informacji o jakości pracy na oddziale, zapewnienie płynnego obiegu informacji w placówce, przestrzeganie obowiązujących przepisów prawnych.

Świadczenia dotyczące obowiązków i uprawnień pracowniczych: czynny udział w przekazywaniu zmiany, czynny udział w posiedzeniach i naradach pracowniczych, motywowanie siebie i innych, wprowadzanie nowych pracowników w zakres obowiązków, ocena praktykanta i ucznia pielęgniarstwa, udział w kursach podwyższających kwalifikacje.

Zdobywanie przez pielęgniarki coraz wyższych kwalifikacji, kompetencji zawodowych, profesjonalizm i rosnąca świadomość autonomii pielęgniarstwa spowodowały, że system ten powoli zanika na rzecz nowych, lepszych systemów, które odpowiadają filozofii współczesnego pielęgniarstwa. ■

Piśmiennictwo

1. Manthey M., Vortrag vor Führungskräften des LBK Hamburg im Oktober 2002, www.lbk-hh.de/html/aktuell/publ/pubpflege.php
2. Stöhring E., Pflegesysteme und Modelle der Pflegeorganisation, [in:] Kellnhauser E. et al., Pflege, Stuttgart/New York 2000, s. 155-161.
3. Sowinski Ch., Esser H., Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), Planungshilfe, Bezugs(personen)pflge, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2004, s. 13-17.

Primary Nursing w szpitalach w Niemczech

mgr Krystyna Seewald
Gefäßzentrum Berlin-Brandenburg
Ev. Hubertus Krankenhaus

Już pod koniec lat 80. XX wieku system organizacyjny *Primary Nursing* wzbudził zainteresowanie środowiska pielęgniarskiego w Niemczech, w Polsce nieco później, bo dopiero w latach 90. XX wieku. Dla terminu *Primary Nursing* w krajach niemieckojęzycznych przyjęto określenie *Bezugspersonenpflege*. Według Heger *Primary Nursing* jest formą pielęgniarstwa, ewentualnie organizacją pracy, która z pomocą jednoznacznego przyporządkowania określonej liczby pacjentów do jednej pielęgniarki przejmie szeroko rozumianą i odpowiedzialną opiekę nad nimi. To forma i organizacja powinny urzeczywistnić zindywidualizowaną opiekę pielęgniarską [11].

Prof. Krohwinkel*, wykorzystując model organizacyjny opieki pielęgniarskiej M. Manthay, rozpoczęła w 1988 roku badania nad procesem pielęgowania w grupie pacjentów po udarze mózgu. Badania trwały od 1988 do 1991 roku. Ich głównym celem było zrozumienie i rozwój znaczenia ciągłości, odpowiedzialności i jakości opieki pielęgniarskiej. Na ich podstawie opracowała model graficzny (ryc. 1) głównych zadań i ramy odpowiedzialności *Primary Nursing* w niemieckiej profesjonalnej opiece.

I. M. Krohwinkel urodziła się 1941 roku w Hamburgu; pedagog, naukowiec, autorka wielu publikacji z dziedziny pielęgniarstwa, profesor wyższej szkoły w Darmstadt.

System organizacji pracy pielęgniarskiej *Primary Nursing* stanowi najważniejszy element zindywidualizowanej opieki. Jego zalety – w porównaniu z pielęgniarstwem tradycyjnym – są do nie do przecenienia. Pielęgniarka – *Primary Nurse* (PN) odpowiada samodzielnie za 8 do 12 pacjentów. Główne zadania i zakres odpowiedzialności zawodowej *Primary Nurse* zostały ujęte w modelu graficznym (ryc. 1). Planowanie opieki pielęgniarskiej przez PN sprzyja jej samodzielności i odpowiedzialności, a opieka może być lepiej dopasowana do indywidualnych potrzeb pacjenta. Pielęgniarki towarzyszą swoim pacjentom we wszystkich fazach procesu opieki pielęgniarskiej. Mają lepszą możliwość poznania krewnych pacjenta oraz ich zaangażowanie w opiekę. Przeciętnie ta sama pielęgniarka spędza więcej czasu przy każdym pojedynczym pacjencie, a każdorazowy kontakt z nim jest wyraźnie dłuższy niż w przypadku pielęgniarstwa tradycyjnego. Są one lepiej poinformowane o aktualnym stanie pacjenta i jego potrzebach. Komunikacja w grupie terapeutycznej jest bezpośrednia, przez co możliwe jest wyeliminowanie skąpych, błędnych informacji albo ich utraty. Poprzez jakościowo wyższe wymagania w pielęgniarstwie zindywidualizowanym pielęgniarki mogą lepiej wykorzystać swoje kwalifikacje. Dobra znajomość podopiecznych podwyższa wydajność, ponieważ unika się źródła błędów. Mniej czynności koordynacyjnych z innymi koleżankami i uzgodnień prowadzi do zmniejszenia nakładu czasu.

Mimo wielu wad system ten nie stracił na popularności w środowisku pielęgniarskim, lecz ma coraz więcej zwolenników. Konsekwentne wprowadzanie *Primary Nursing* w niemieckich klinikach znacznie przyczyniło się do osiągnięcia opieki zorientowanej na pacjenta, bazującej na indywidualnym, świadomym odpowiedzialności związku pomiędzy pielęgniarką a pacjentem [3, 4, 5, 6, 7, 8].

Organizacja *Primary Nursing* na oddziałach szpitalnych

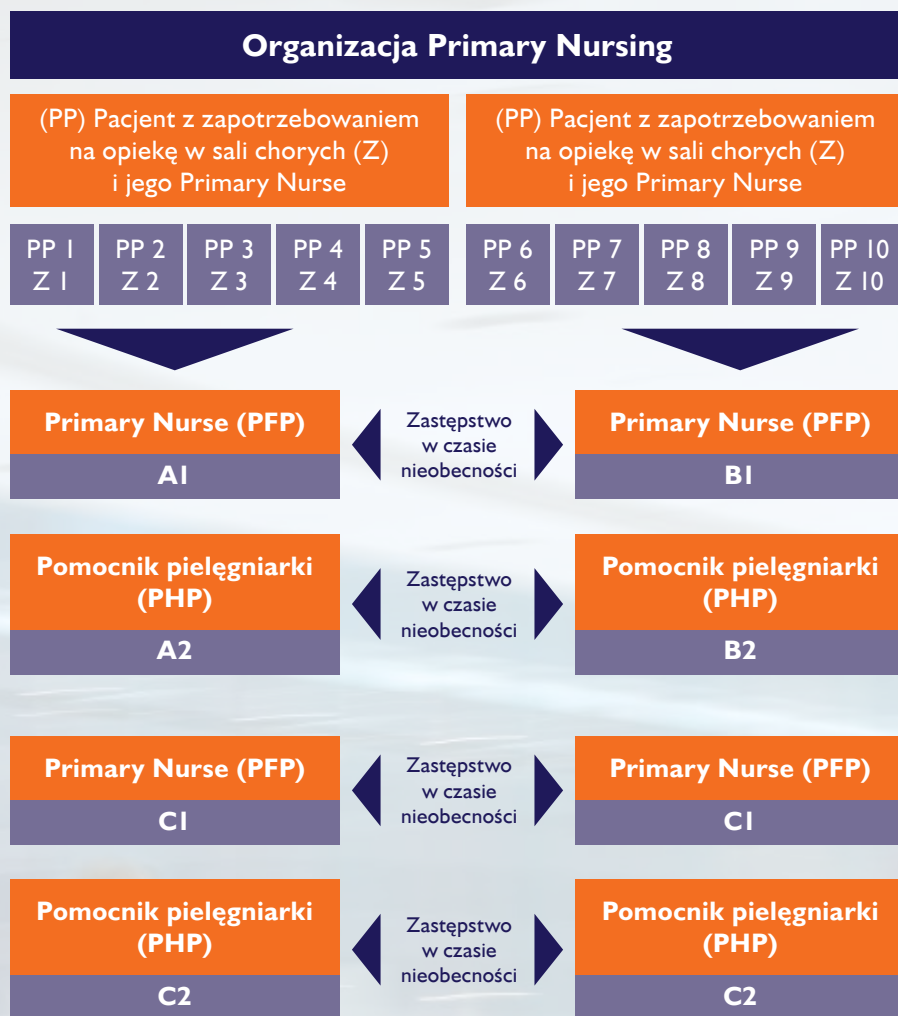
Jak wynika z badań prof. dr. Michaela Simona, obecnie szpitale zatrudniają

Rycina 1. *Primary Nursing* według modelu prof. M. Krohwinkel



Źródło: M. Krohwinkel, *Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens*.

Rycina 2. Organizacja Primary Nursing



Źródło: Krohwinkel

Opis symboli zastosowanych w systemie organizacyjnym Primary Nursing w Niemczech:

PP = pacjent

Z = sala chorych

PFP = personel pielęgniarski (może grać rolę Priemary Nurse albo jej asystentki)

PHP = pomocnik pielęgniarstwa

A1 + A2, B1 + B2, C1 + C2, D1 + D2 = tworzy grupę i realizuje proces pielęgnowania

coraz mniej personelu pielęgniarskiego. Zauważa się nową tendencję w zarządzaniu zasobami personalnymi w opiece nad pacjentem, np. korzysta się z systemu Dreier-Mix-Modell (3-poziomowy model kwalifikacji personelu). Zakłada on, że opieka nad pacjentem składa się w 30-40% z pracy pomocy pielęgniarskiej, w 50% pracy pielęgniarki i w 10% – wysoko wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego.

(DFE 2007, *Pflege Netzwerk Nord Greifswald 11/2007, Auftrag Idealtypischer Qualifikationsmix fuer 30- Betten-Station*)

Z reguły jedna PFP ma pod opieką od jednego do siedmiu pacjentów i dla tej grupy gra rolę Primary Nurse, a dla pozostałych pacjentów, którymi się opiekuje, występuje w roli asystentki. Primary Nurse bierze pełną odpowiedzialność za wszystko, co jest związane z procesem pielęgnowania. Ma ona do dyspozycji PHP, tzw. pomocnika pielęgniarki, z którym realizuje opiekę w swojej grupie pacjentów. Pomocnik przejmuje część zadań, np. mycie pacjenta, i ponosi odpowiedzialność za wykonaną usługę pielęgnacyjną. PFP w momencie delegowania czynności jest zobowiązana do udzielenia fachowych informacji, porad i wyjaśnień,

a po wykonaniu ich – do skontrolowania. Ta reguła występuje praktycznie tylko pomiędzy pielęgniarką a pomocnikiem pielęgniarstwa. ■

piśmiennictwo

1. I. Manthey M., Vortrag vor Führungskräften des LBK Hamburg im Oktober 2002, www.lbk-hh.de/html/aktuell/publ/pubpflege.php
2. Niemann I., Gute Erfahrung mit dem Primary Nurse – Konzept in Hamburg. *Ärztezeitung*, 27.11.2005.
3. Schulz M., CNE Zertifizierende Fortbildung für die Pflege, „Primary Nursing“, *Pflege neu organisieren*, wydawnictwo Thieme, 2007, s. 1-15.
4. Needham I., Abderhalden C., *Bezugspflege in der stationären psychischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen*, <http://home.datacomm.ch/npfp>
5. Neumann C., Streubelt M., *Qualifikation notwendig. „Pflege aktuell Heft“ nr 2/2002*, s. 77-80.
6. Manthey M., *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*, Verlag Hans Huber, Bern 2005, s. 41, 61-79, ISBN-3-456-84158-2.
7. Baniewicz D., *Patientenorientierung im Alltag – aus Sicht einer Funktionsleitung* [w:] Harms K., Woiwoda R., Dieffenbach S. (red.), *Handbuch für die Stations- und Funktionsleitung*, Stuttgart 2003, Verlag Thieme, s. 31-49, ISBN 3-13-125032-1.
8. Mürbe M., Stadler A., *Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde*, Urban & Fischer, 2004, s. 28-30, ISBN 3-437-26282-3.
9. Bazlen U., *Organisation und Planung der Pflege* [w:] Menche N., Bazlen U., Kommerell T. (red.), *Pflege Heute*, Urban & Fischer, München 2006, s. 53-57.
10. Heger L., *Die Einführung der Bereichspflege. „Die Schwester/Der Pfleger“ nr 7/1997*, s. 609.
11. Kaiser M., *Einführung von Bereichspflege* [w:] Harms K., Woiwoda R., Dieffenbach S. (red.), *Handbuch für die Stations- und Funktionsleitung*, Verlag Thieme, Stuttgart 2003, s. 149, ISBN 3-13-125032-1.
12. www.pflegeheim-eichert.de/.../Pflegemodellkrowinkel.php
13. www.vision-altenpflege.de/aedl.html
14. Stöhling E., *Pflegesysteme und Modelle der Pflegeorganisation*, [in:] Kellnhauser E. et al., *Pflege*, Stuttgart/New York 2000, s. 155-161.
15. Sowinski Ch., Esser H., *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), Planungshilfe, Bezugs(personen)pflge, Kuratorium Deutsche Altershilfe*, Köln 2004, s. 13-17.



Elementy profilaktyki wypalenia zawodowego pielęgniarek

„W styczniu 2054 roku zmarł Wojciech Nyklewicz” – taka informacja ukazała się w mediach krystalicznych drugiej połowy XXI wieku. Dowiadujemy się z niej, że „pan Wojtek miał 95 lat, jeszcze aktywnie działał w organizacjach pozarządowych, a na ostatnie Boże Narodzenie ukazała się jego najnowsza książka. Zmarł w swoim domu, uprzednio pożegnawszy się z bliskimi i znajomymi. Jego ostatnim życzeniem było zapewnienie mu ciszy, wygody i możliwości całkowitego skupienia się na misterium umierania.”



Wojciech Nyklewicz

Foto. Maciej Krajewski

Co wspólnego ma powyższa notatka z profilaktyką wypalenia zawodowego? Właśnie to, że specjalnie przygotowane rozmyślanie o własnej śmierci w perspektywie długowieczności może chronić pielęgniarki przed narażeniem na szkodliwe czynniki emocjonalne, obecne w środowisku pracy. Z badań wynika, że blisko połowa pielęgniarek, jako źródło zawodowego stresu podaje śmierć pacjenta [1].

Jednak bezpośrednim zagrożeniem dla zdrowia psychicznego nie jest umierający pacjent i rozmowa o śmierci w ogóle, lecz **sposób interpretowania** tych osób i zdarzeń przez pielęgniarki. Nadawanie negatywnych znaczeń temu, co nas otacza, nieuchronnie wywołuje negatywne uczucia, a tych z kolei, jako nieprzyjemnych, chcielibyśmy unikać. Baisert [2] w swoich badaniach wykazał właśnie taki mechanizm powstawania wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Dominujące myślenie o stracie bądź o zagrożeniu staramy się kontrolować poprzez unikanie źródeł nieprzyjemnych uczuć. A zidentyfikowanymi przez nas źródłami smutku i poczucia zagrożenia są m.in. umierający pacjent, chory, wobec którego lekarze mówią „medycyna jest w tym momencie bezsilna” lub rozmowa o czyjejś śmierci albo spodziewanie się umierania. Starając się uniknąć nieprzyjemnych uczuć, unikamy ich źródeł, czyli pacjentów w określonym stanie i ich bliskich. Takie zachowania sprawiają,

że jakość świadczonej przez nas opieki jest niska, o czym doskonale wiemy. Tę wiedzę z kolei postrzegamy jako źródło poczucia winy i, po jakimś czasie, tego typu refleksji również staramy się unikać. Sam proces unikania jest niezwykle energochłonny, a na dodatek, gdzieś „pod skórą”, i tak zdajemy sobie sprawę z tego, że wiadomość o śmierci pacjenta wcześniej czy później do nas dotrze, i że dopadną nas negatywne myśli i uczucia, których tak bardzo staraliśmy się unikać. Wygląda na to, że cała ta procedura jest zupełnie nieskuteczna, a na dodatek pochłania mnóstwo życiowej energii, którą moglibyśmy zainwestować we własne życie, by żyć jak najpełniej. Tymczasem „wegutujemy” w oczekiwaniu negatywnych zdarzeń z nastroszonym orężem zabezpieczeń w postaci mechanizmu unikania, i wydaje nam się, że żyjemy. Tak, żyjemy „tragicznym” życiem innych ludzi, rozpamiętując własne negatywne sposoby interpretowania cudzych zdarzeń życiowych, identyfikujemy się, a nawet utożsamiamy się z „bohaterami” naszego zawodowego życia i... „cierpiemy” jak oni. Przynajmniej tak nam się wydaje, że wiemy, jak bardzo cierpi umierający pacjent oraz członkowie jego rodziny i gro- no bliskich znajomych.

Niestety, umiejętność „czytania w cudzych myślach” i przeżywania cudzych uczuć jest złudzeniem. Po prostu, widząc określoną gestykulację i mimikę twarzy oraz słysząc brzmienie głosu, a także postrzegając inne niewerbalne sygnały pacjenta, interpretujemy je w określony sposób, używając do tego celu nieświadomych programów, które „zapisane” są w naszej mentalności i wierzymy, że taka jest właśnie rzeczywistość pacjenta,

jaką „widzimy”, „słyszymy” i „czujemy”. A wystarczyłoby zapytać osobę umierającą o samopoczucie, żeby poznać prawdę o jej aktualnej sytuacji. Na dodatek, im bardziej mamy negatywne myśli na temat stanu pacjenta, tym silniejsze, również negatywne uczucia będziemy przeżywać.

A tymczasem, źródło mojego szczęścia jest we mnie. Nikt inny, oprócz mnie, nie jest źródłem mojego szczęścia czy poczucia bezpieczeństwa. Tym samym, nikt inny nie może być źródłem jakichkolwiek uczuć przeżywanych przeze mnie. To oznacza, że źródłem negatywnych uczuć, występujących w związku z czyjąś śmiercią nie jest osoba umierająca. To źródło jest w człowieku doświadczającym takich uczuć, np. w pielęgniarence. Zatem, jeśli unikanie jest głównym sposobem radzenia sobie ze stresem w pracy, to kogo należałoby unikać w sytuacji umierania pacjenta? Jego samego czy siebie samego?

Jeśli pielęgniarka umiejscawia poczucie kontroli w sobie samej (wewnętrzsterowność), to wie, że wszystkie uczucia, także negatywne, powstają w niej samej, że to ona te uczucia wywołuje określonym sposobem interpretowania otaczającej rzeczywistości. Dlatego, jeśli chce, może o śmierci pacjenta myśleć pozytywnie, nie zadręczając się uczuciami, których nie chce przeżywać. Po prostu, wybiera sposób przeżywania śmierci z dostępnego, pozytywnego repertuaru myśli na ten temat i stanów emocjonalnych. Na swój użytek potrafi zmienić kulturowy system przekonań o śmierci, w którego tradycji wyrosła. Ten „zabieg” jest możliwy do wykonania, ponieważ kulturowe przekonania o śmierci często nie są oparte na faktach, czyli że można je podważać. Na dodatek, w przeważającej części są one destrukcyjne i też takie skutki wywołują u ludzi. Zatem, jeśli chcemy czuć się dobrze w sytuacji opieki nad umierającym pacjentem, to naszym osobistym obowiązkiem, wynikającym

z dbałości o siebie i z troski o chorego, jest **wytworzenie konstruktywnych przekonań zawodowych**, w tym **pozytywnych przekonań o śmierci**. Po prostu, pielęgniarka myśląc pozytywnie jest bezpieczna dla siebie i podopiecznego. W tym miejscu, tradycjonaliści najczęściej mówią, że „taka postawa wobec umierającego człowieka jest nieprzychylna”. Warto wtedy zapytać siebie, „czyje zdanie powtarzam i gdzie jest napisane, że obowiązkiem pielęgniarki po śmierci pacjenta jest zadreczanie się smutkiem i żalem?”. To pytanie ujawnia przemożną chęć obrony negatywnych reakcji na śmierć, choć ich obrońcy deklarują, że nie chcą cierpieć i wypalać się zawodowo. Oczywiście, sposób poradzenia sobie z zawodowymi zagrożeniami zależy od osobistych wyborów. Tu prezentowany jest jeden z bardziej skutecznych, choć wywołujących kontrowersje.

Ważnym elementem tej metody ochrony przed wypaleniem zawodowym jest wiedza o tym, że układ вегетативny człowieka reaguje z taką samą siłą na bodziec rzeczywisty jak i na wyobrażenie jakiejś sytuacji lub interpretację jakiegoś zdarzenia. Oznacza to, iż myślenie negatywne wywołuje tak samo silną reakcję stresu i ogólnej mobilizacji organizmu, co prawdziwe zagrożenie. Podobnie, pozytywne wyobrażenie, snucie dobrych marzeń, jest tak samo silnym bodźcem dla вегетативного układu nerwowego, jak wygrana w loterii albo inny sukces. Generalnie można powiedzieć, iż вегетативnemu układowi nerwowemu jest wszystko jedno, jaki rodzaj bodźca zadziała – rzeczywisty czy wyobrażony. Jego zadaniem jest **reagowanie**. Dlatego, z punktu widzenia higieny psychicznej i dbałości o siebie, korzystne jest dostarczanie sobie pozytywnych bodźców rzeczywistych i wirtualnych tak, aby reakcje вегетативne wzmacniały naszą odporność, a życie doczesne było możliwie jak najwyższej jakości.

Praktyka zawodowa pokazuje, że pielęgniarki mają częściej do czynienia ze śmiercią niż przeciętny człowiek, zatrudniony w innej gałęzi gospodarki. Choroba, cierpienie i umieranie – to środowisko pracy pielęgniarek szpitalnych. Pracując przez wiele lat w takim otoczeniu, można nabyć przekonania, że „ludzie umierają w wyniku ciężkich chorób, wypadków komunikacyjnych i katastrof (ewentualnie wojen)”. To spostrzeżenie często staje się osobistym przekonaniem, które – jako nieświadomy program – możemy zrealizować u kresu życia. Tymczasem ludzie umierają również w innych okolicznościach, np. w domu, pogodzeni ze śmiercią, pożegnani z bliskimi, doczekawszy sędziwego wieku, we względnej sprawności

psychofizycznej i duchowej, szczęśliwi, że udają się do miejsca, w którym spodziewają się samych dobrych rzeczy. Tego świata pielęgniarki nie znają, chyba że taka była śmierć osoby bliskiej, np. babci. O takich śmierciach opowiadają niektórzy studenci pierwszego roku pielęgniarstwa i położnictwa, jako o bardzo pozytywnym i dającym siły i wiary wydarzeniu.

„Klinem” w stosunku do przekonania o tym, że „ludzie umierają w wyniku ciężkich chorób, wypadków komunikacyjnych i katastrof (ewentualnie wojen)” jest świadome wytworzenie pozytywnego wizerunku własnej śmierci. Jest to dość złożona procedura tworzenia osobistego pozytywnego wyobrażenia o sobie samym i o tym, jak będziemy umierać oraz w jakim wieku i w jakich okolicznościach. Jest to niejako planowanie tego, co wydarzy się u kresu życia, a także po śmierci oraz w wymiarze duchowym. Podstawowym warunkiem jest to, aby wyobrażenie było **pozytywne**. Tu należy kierować się tym, co naszym zdaniem jest dla nas samych najlepsze. Jeśli nie potrafimy skonstruować pozytywnej wizji śmierci, możemy skorzystać z pozytywnych wyobrażeń religijnych lub mitologicznych. Jeśli zaś do pozytywnego obrazu własnej śmierci, zupełnie nieoczekiwane i automatycznie włączają się negatywne wątki, to świadczą one o sile destrukcyjnych przekonań nt. śmierci, które jeszcze wymagają przepracowania. Do wytworzenia pozytywnego wizerunku własnej śmierci konieczna jest zmiana przekonań na jej temat. Jest to długotrwały proces, ale możliwy do przeprowadzenia i skuteczny. Wśród pielęgniarek są osoby, które od zawsze pozytywnie myślą o śmierci, lecz starają się ukrywać przed krytyką otoczenia społecznego. Te osoby nie muszą zabezpieczać się przed wypaleniem zawodowym przy użyciu wspomnianej metody.

Procedurę rozpoczynamy od wyboru wieku, w którym chcielibyśmy umrzeć. Należy go określić w latach, a także policzyć rok, w którym to nastąpi. Dobrze jest wybrać możliwie odległą datę i sędziwy wiek, aby można było w czasie do śmierci zaplanować interesujące nas wydarzenia. Można samemu lub grupowo uczestniczyć w wizualizacji własnej śmierci wg Carla Simontona [3].

Niektórzy w tym miejscu przytaczają fakty z życia, które przeczą takim pozytywnym planom, argumentując, że nieoczekiwane wydarzenia mogą wszystko zniweczyć. Tak, to prawda, lecz w takim samym stopniu zagrożone są wakacyjne plany na urlop, a jednak nie rezygnujemy z ich snucia.

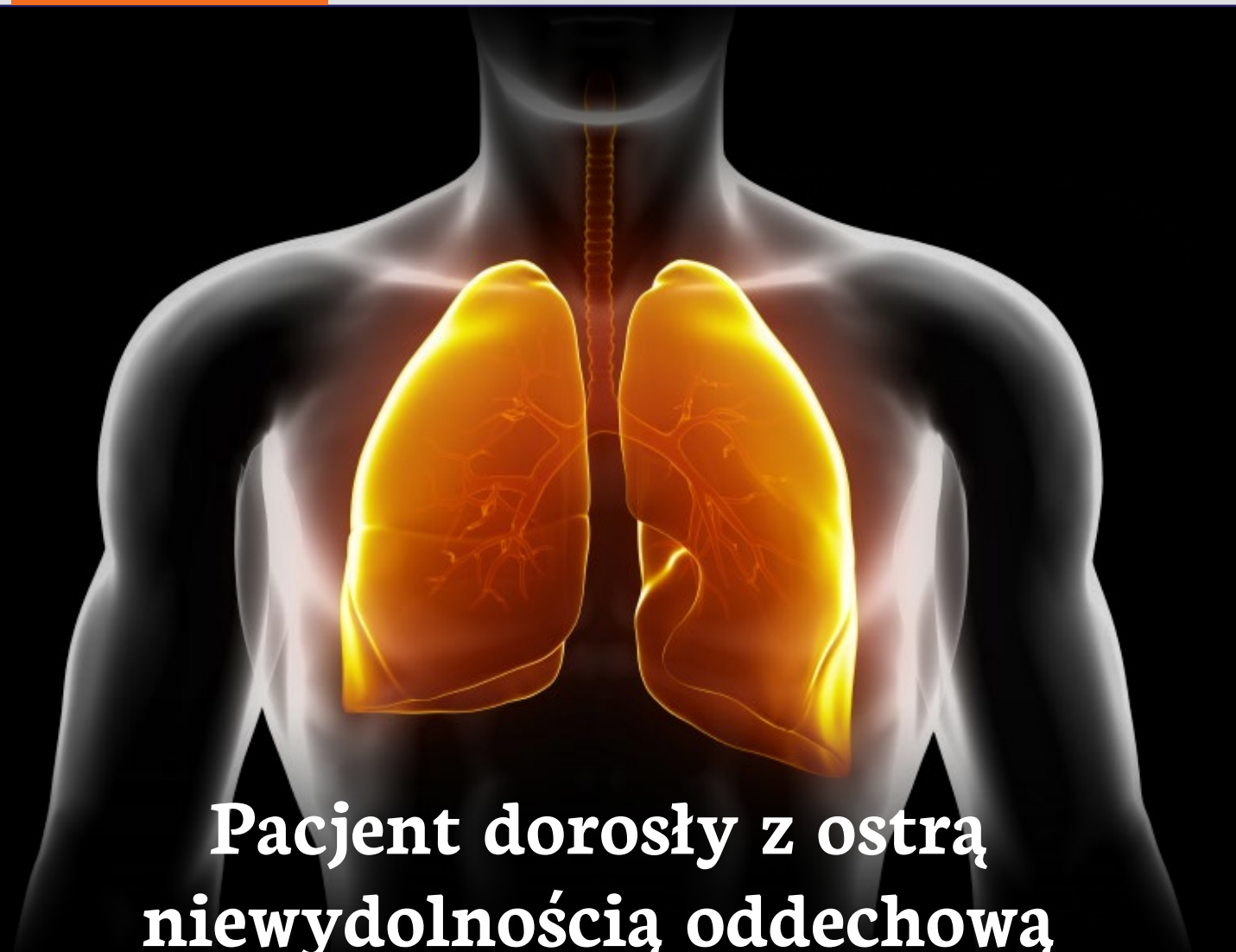
O ile wyjazd na wakacje jest zaledwie prawdopodobny, to śmierć jest pewna, że kiedyś nastąpi. Zatem, nie ma żadnych przeciwwskazań, aby nie planować jej okoliczności i czasu nadejścia niezależnie, czy zdarzy się tak, jak byśmy tego chcieli. **Oczekiwanie pozytywnych wydarzeń poprawia jakość aktualnego życia**. Z perspektywy osób, które przepracowały system osobistych przekonań wobec śmierci, oczekiwanie pozytywnego kresu życia i to, co po nim nastąpi, poprawia ich aktualną kondycję psychofizyczną i duchową. Dodatkowo, z doświadczenia wielu pielęgniarek wynika, że pacjenci sterują swoim umieraniem – „widać, że czekają na kogoś” lub „umierają po wyjściu rozpaczających osób bliskich, jakby czekając na spokojną śmierć”. Skoro pacjenci mają możliwość sterowania swoją śmiercią, to dlaczego nie miałyby mieć takiej możliwości również pielęgniarki?

Pozytywny wizerunek własnej śmierci uogólnia się, czyniąc postrzeganie umierania pacjentów również pozytywnym. O ile przyjemniejsze i skuteczniejsze jest towarzyszenie osobie umierającej, gdy nie obciążają nas negatywne uczucia. W takiej sytuacji wzrasta poczucie kompetencji i własnej skuteczności zawodowej, które zmniejsza zagrożenie wypaleniem zawodowym [4].

Przytoczona na wstępie „informacja z mediów krystalicznych ze stycznia 2054 roku” jest efektem zastosowania takiej właśnie procedury. Nie mam żadnej gwarancji, że wydarzy się tak, jak napisałem w tej notatce i jednocześnie akceptuję wszystko, co mnie spotka. Niezależnie od zdarzeń, jakość mojego doczesnego życia jest wysoka i o to właśnie chodzi. Po prostu, dzieje się tak, jak ma się dzieć i wszystko jest w porządku. ■

piśmiennictwo:

1. M. Tartas, G. Derewicz, M. Walkiewicz, W. Budziński, Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej, *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 2009, 39, 145–153.
2. M. Beisert, *Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek* [w:] H. Sek (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, PWN, Warszawa 2004, 182–216.
3. O. C. Simonton, *Powrót do zdrowia*. Wydawnictwo Ravi, Łódź 1996.
4. C. Cherniss, *Role of Professional Self-Efficacy in the Etiology and Amelioration of Burnout* [w:] B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.), *Professional Burnout: Recent developments in Theory and Research*, Taylor and Francis, Waszyngton 1993, 135–150.



Pacjent dorosły z ostrą niewydolnością oddechową leczony metodą ECMO

Rozwój intensywnej terapii niesie ze sobą potrzebę doskonalenia sposobów wentylacji mechanicznej pacjentów. Pojawianie się coraz to doskonalszych respiratorów gwarantowało coraz lepsze warunki wentylacji oraz zwiększały jej bezpieczeństwo, jednak w dalszym ciągu czynnikiem warunkującym wymianę gazową pozostawały nieuszkodzone płuca. W bardzo ciężkich przypadkach, gdy nie odnotowywano poprawy stanu pomimo wentylacji chorego 100% stężeniami O₂ oraz w stosowaniu wysokich ciśnień wdechowych przy jednoczesnym wzroście powikłań takiej terapii [1,8], rozpoczęto prace nad poszukiwaniem alternatywnych metod utlenowania krwi, pozwalających pominąć zmienione chorobowo płuca.

mgr pielęgniarstwa Grzegorz Ulenberg
10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
w Bydgoszczy Kliniczny Oddział Anestezjologii
i Intensywnej Terapii

Cel

Celem pracy jest podjęcie dyskusji nad wypracowaniem modelu specjalistycznej opieki pielęgniarstwa nad chorym z prowadzoną pozaustrojową oksygenacją krwi. Polska literatura odnosząca się do leczenia chorych metodą ECMO minimalizuje rolę zespołu pielęgniarstwa w procesie prowadzenia terapii, podczas gdy to właśnie ta część zespołu fizycznie przebywa całą dobę przy łóżku chorego, będąc przez to

ogniwem, które, dysponując odpowiednią wiedzą, jako pierwsze może odnotować niepokojące objawy u chorego.

Omówienie

Pierwszą próbę przeprowadzenia terapii z pompą zewnątrzustrojową połączoną z wymiennikiem gazów, które miały przejąć pracę serca i płuc przeprowadzono już w 1865 r. [7]. Jednak dostępne w tym czasie materiały nie pozwalały osiągnąć efektywnej terapii – elementy morfotyczne krwi w kontakcie z niefizjologiczną powierzchnią drenów i oksygenatora ulegały uszkodzeniu, co prowadziło do zgonu chorego w kilka godzin od rozpoczęcia terapii.

Sama idea jednak wydawała się być na tyle obiecująca, że nie zaniechano prób prowadzenia terapii z wykorzystaniem coraz to nowszych materiałów. Przełom nastąpił w 1957 roku wraz z wprowadzeniem do budowy oksygenatora gumy silikonowej zsyntezowanej przez Krammermeyera [3, 8]. Budulec ten nie powoduje znacznej hemolizy erytrocytów, a dodatkowo jego wytrzymałość mechaniczna pozwoliła na skomponowanie z niego błony dyfuzyjnej [5, 8]. Pierwszy 72-godzinny zabieg krążenia pozaustrojowego przeprowadził w 1972 r., Hill i wsp., a zdarzenie to zostało opisane w 1979 r. [8, 9].

Metoda ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) jest metodą, która polega na utlenowaniu krwi oraz usuwaniu CO₂ w oksygenatorze z wykorzystaniem krążenia pozaustrojowego [1, 6]. W Intensywnej Terapii, ECMO używa się u pacjentów, których serce i płuca uległy tak poważnemu uszkodzeniu, że nie są w stanie podjąć swoich funkcji. Wskazania

do wprowadzenia ECMO u osoby dorosłej możemy podzielić na ogólne oraz szczegółowe [1]. Ogólnym wskazaniem do stosowania terapii jest wystąpienie ostrej niewydolności oddechowej oraz/lub krążeniowej o etiologii chorobowej możliwej do odwrócenia. Brak przeciwwskazań katerycznych również można traktować jako wskazanie ogólne. ECMO jako metoda skrajnie inwazyjna powinna być wprowadzana w momencie, gdy inne konwencjonalne metody terapeutyczne nie przynoszą skutku. Jak podaje Grzybowski i wsp. *Prowadzenie pozaustrojowego utlenowania krwi nie leczy płuc, lecz daje szansę przetrwania pacjentowi, krytycznego okresu, gdy same nie są w stanie prowadzić wystarczającej oksygencji* [1, 8].

Wskazania szczegółowe dla pacjentów dorosłych:

Niewydolność krążeniowo-oddechowa, oporna na konwencjonalne metody leczenia (O_2 w stężeniu $\uparrow 80\%$, PIP $\uparrow 35$ cm H_2O), ARDS w wyniku sepsy, masywna zatorowość płucna, konieczność prowadzenia krążenia pozaustrojowego po zakończonym zabiegu kardiochirurgicznym oraz przewidywane krótkotrwałe oczekiwanie na przeszczep mięśnia sercowego.

Jednostki chorobowe, w których z powodzeniem wdraża się ECMO to głównie: zapalenie płuc, ARDS, zator tętnicy płucnej [1, 8].

Głównymi przeciwwskazaniami do prowadzenia terapii są: przewlekła niewydolność oddechowa (PNO) lub krążeniowo-oddechowa o nieodwracalnych znamionach, przeciwwskazania do długotrwałej heparynizacji, znaczne pogorszenie jakości życia oraz funkcjonowania całości organizmu przewidywane po zakończeniu terapii, niewyrażenie zgody przez samego pacjenta lub jego prawnych opiekunów. Podczas prowadzenia terapii metodą ECMO konieczna jest ścisła współpraca pomiędzy wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego w skład którego wchodzi: lekarz prowadzący ogólne leczenie chorego, lekarz specjalista ECMO, perfuzjonista odpowiedzialny za sprawne prowadzenie krążenia pozaustrojowego, oraz przeszkolona pielęgniarka (pielęgniarz) anestesjologiczna zajmująca się wyłączeniem chorego z ECMO [1, 6, 8]. Rozpoczęcie i zakończenie terapii, czyli kaniulacja i dekaniulacja naczyń przeprowadzana jest przez doświadczonych chirurgów lub kardiochirurgów. Za całość procesu leczniczego podczas prowadzenia terapii pozaustrojowego utlenowania krwi odpowiedzialny jest koordynator ECMO w danej jednostce [6].

Wyróżniamy dwa podstawowe typy kaniulacji naczyń do ECMO [2, 4, 11]:

- kaniulacja żylna-żylna (VV) wykonywana przy niewydolności oddechowej, bez znamion niewydolności krążeniowej;
- kaniulacja tętniczo-żylna (AV) stosowana przy niewydolności oddechowej i krążeniowej.

Wentylacja chorego, u którego prowadzona jest pozaustrojowa oksygenacja krwi, jest odbywa się za pomocą niskich ciśnień szczytowych, wysokiego ciśnienia końcowo-wydechowego oraz niskich stężeń tlenu [1]. Powinno się cyklicznie monitorować wykładniki gazometryczne krwi, równowagę kwasowo-zasadową oraz układ krzepnięcia. Częściej niż zwykle wykonuje się również zdjęcia RTG klatki piersiowej [1, 8].

Odstąpienia od terapii ECMO dokonuje się w momencie uzyskania prawidłowego obrazu RTG płuc oraz wyników gazometrycznych krwi. Najpierw wykonuje się dwugodzinne próbne zamknięcie kaniuli przy zastosowaniu odpowiedniej wentylacji zastępczej, jeżeli poprawne wykładniki gazometryczne oraz obraz radiologiczny płuc utrzymują się, następuje odłączenie chorego od aparatu. W przypadku dekaniulacji AV wykonywana jest ona przez chirurgów, którzy zszywają lub podwiązują kaniulowane naczynie tętnicze [1, 3]. Kaniulę VV usuwa się z czasowym uciskiem kaniulowanego miejsca w sposób podobny do usuwania dostępu centralnego [1].

Całodobową opiekę nad chorym z prowadzonym ECMO powinni sprawować: lekarz, pielęgniarka oraz perfuzjonista [1, 6, 8, 10].

Sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad chorym powinno dążyć do wykluczenia lub zminimalizowania przewidywanych zjawisk niepożądanych podczas prowadzenia ECMO [10].

- Szczególną uwagę zwrócić należy na wyłonięte kaniule, aby poprzez niewłaściwe ułożenie chorego nie spowodować ich zaginania. Podczas wykonywania przy pacjencie czynności wymagających zmiany pozycji ułożeniowej (np. wykonanie zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej) jedna osoba powinna być odpowiedzialna wyłącznie za bezpieczeństwo kaniul, dbając, by nie uległy one załamaniu, zbyttemu naprężeniu lub przemieszczeniu.
- Czynności diagnostyczne u pacjenta powinny być wykonywane w godzinach przedpołudniowych, by w razie

potrzeby móc zapewnić optymalne zabezpieczenie personalne dla chorego.

- Toaleta ciała chorego powinna być wykonywana w godzinach rannych, gdy skład personalny oddziału jest optymalny [10].
- Obwodowych elementów oksygenatora nie powinno czyścić się roztworami alkoholu, aby uchronić je przed uszkodzeniem [10].
- Opatrunki na kaniulach powinny być zmieniane tylko w razie znacznego nagromadzenia krwi, kierunek zmiany powinien być dośrodkowy w celu zminimalizowania wysunięcia cewników.
- Monitorowanie funkcji życiowych pacjenta powinno odbywać się w sposób ciągły, najlepiej przez stały zespół pielęgniarski, zmieniający się cyklicznie, w celu zapewnienia ciągłości opieki oraz optymalizacji zgromadzonych danych o chorym.

Szczególną uwagę powinno zwracać się na: ciśnienie skurczowe chorego, MAP, HR, SpO_2 , $ETCO_2$. BP powinno być monitorowane w sposób ciągły.

- W regularnych odstępach powinno się sprawdzać ciepłotę kaniulowanej kończyny.
- Należy prowadzić uściślony dobowy bilans płynów oraz kontrolować szczegółowo diurezę godzinową.
 - CVP u pacjentów z ECMO nie ma należytej wartości diagnostycznej za sprawą ciągłego zasysania krwi przez aparat [1].
 - Wszystkie zaobserwowane parametry należy odnotowywać w odpowiedniej dokumentacji!
- W terapii prowadzonej metodą VV zwrócić należy na kolor krwi w drenach oraz niezwłocznie zgłosić ewentualne odstępstwa od normy perfuzjonistyczne i lekarzowi opiekującym się chorym.
- Kontrolując poprawność działania pompy w ECMO, zwrócić należy uwagę na wydajność pompy (l/min), FiO_2 , prędkość pompy (RPM), przepływ świeżych gazów, ciśnienie przed i za oksygenatorem.
 - Wzrost gradientu ciśnień na oksygenatorze ze spadkiem utlenowania krwi oznacza zwiększone ryzyko wykrępień układu [6].
- Szczególną uwagę powinno poświęcić się wszystkim złączom w układzie, kontrolując ich szczelność [10].
- Przez pierwsze 24h terapii ACT należy kontrolować co 2godziny [10].
- Bardzo ważnym elementem jest prawidłowe przeprowadzenie kontroli: krew z linii tętniczej powinna być umieszczona w odpowiedniej próbówce (2ml), następnie



należy ją wymieszać, okręcając kilkakrotnie próbkę jednostajnym ruchem. Próbkę umieszczamy w aparacie do wykonywania pomiarów, upewniając się, że aparat wykrył próbkę. Świadczy o tym zapalenie się zielonej kontrolki oraz rozpoczęcie obracania próbki w aparacie. W niektórych przypadkach może być konieczna delikatna manipulacja próbką w celu prawidłowego odczytu jej przez aparat.

- Według różnych autorów ACT powinno utrzymywać się w granicach 150-180 sek., liczba płytek krwi powinna utrzymywać się na poziomie $> 120-150 \text{ tys./mm}^3$, a poziom fibrynogenu $> 15 \text{ mg\%}$ [9, 10]. Po 24 godzinach jeżeli osiągnięto stabilność układu krzepnięcia pomiar można wykonywać co 6 h [6, 10].
- Pamiętać należy o zapewnieniu odpowiedniej sedacji chorego poddanego terapii [10].
- W miarę możliwości, pacjent powinien znajdować się w pozycji półwysokiej [1, 8].
- Należy unikać wszelkich czynności mogących doprowadzić do krwawienia u chorego.

Szczególnie delikatnie powinno się wykonywać toaletę jamy ustnej, unikać przeprowadzania jej peanem lub sztywną szpatułką, warto zadbać o jednorazowe, miękkie zestawy do wykonywania toalety jamy ustnej.

- Nie powinno się golić chorego maszynką manualną z ostrzami, oraz usuwać ewentualnie powstałych wcześniej skrzepów krwi, należy poprosić rodzinę chorego o dostarczenie maszynki elektrycznej w celu zmniejszenia ryzyka przerwania ciągłości skóry u chorego.
- Aby zapewnić optymalną profilaktykę zakażeń, zespół opiekujący się pacjentem powinien być stały i zoptymalizowany do niezbędnej liczby osób.

W razie przerwania linii aparatu zawsze w zasięgu ręki powinny się znajdować odpowiednie opaski lub narzędzia niezbędne do zamknięcia obwodu i uniemożliwiającego ewentualną utratę krwi z linii!

Podsumowanie

Sprawowanie opieki nad chorymi z prowadzoną terapią metodą ECMO jest zadaniem niezwykle odpowiedzialnym, wymagającym od kadry pielęgniarskiej zwiększonej czujności. Niezbędna jest duża wiedza z zakresu funkcjonowania ludzkiego organizmu oraz znajomość zasad prowadzenia pozaustrojowej oksygenacji krwi. Dzięki posiadaniu tych umiejętności, profesjonalna kadra pielęgniarska zdoła w miarę możliwości przewidzieć i/lub uniknąć zdarzeń niepożądanych prowadzonej terapii – w razie ich wystąpienia będzie potrafiła udzielić prawidłowej pomocy choremu. Kadra pielęgniarska prowadząca opiekę nad pacjentem z ECMO powinna

być stała, zmieniająca się cyklicznie na dyżurach, ponieważ niezwykle istotną kwestią dla poprawności procesu opieki nad chorym jest optymalizacja zgromadzonych informacji, jak i płynny przepływ zdobytej wiedzy między osobami zajmującymi się pacjentem. ■

piśmiennictwo

1. Z. Antoszewski, J. H. Skalski, A. Skalska, Ostra niewydolność oddechowa, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2003, s. 369-383.
2. W. P. Dembitsky, D. C. Willms, B. E. Jaski, Peripheral vascular access for organ support [w:] ECMO. Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care (pod red. J. B. Zwischenberger, R. H. Bartlett), Ann Arbor, Michigan: Extracorporeal Life Support Organization, 1995.
3. J. H. Gibbon, Artificial maintenance of life during experimental occlusion of the pulmonary artery followed by survival, Surg. Gyn. Obstetr. 1939; 69,602.
4. Klein, Venovenous perfusion in ECMO for newborn respiratory insufficiency. A clinical comparison with venoarterial perfusion, Ann. Surg. 1985, 201,520.
5. K. Krammermeyer, Silicon rubber as a selective barrier, Ing. Eng. Chem. 1957; 49: 1659.
6. R. Lango, Z. Szkulmowski, D. Maciejewski, K. Kusza, Protokół zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (extracorporeal membrane oxygenation - ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej. Zalecenia i wytyczne Nadzoru Krajowego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
7. BW. Richardson, An inquiry into the possibility of restoring the life of warm blooded animals in certain cases where respiration, the circulation and the ordinary manifestation of organic motion are exhausted or have ceased, Proceedings of the Royal Society of London 1865.
8. J. H. Skalski, Z. Religa, Kardiocirurgia dziecięca, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2003, (13) 226-243.
9. J. R. Soeter, R. T. Mamiya, A. Y. Sprague, J. J. MacNamara, Prolonged extracorporeal oxygenation for cardiopulmonary failure after tetralogy correction, J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1973, 66,214.
10. R. Strickland, J. Buttery, P. Frantzis, Royal Adelaide Hospital General ICU ECMO Guidelines, October 2009.
11. JB. Zwischenberger, RH. Bartlett, RH. Steinhorn, GJ., Peek, RK. Firmin, Vascular access for extracorporeal organ Support [w:] ECMO. Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care, Ann Arbor, Michigan: Extracorporeal Life Support Organization 2001; 253.

Opiekun medyczny wsparcie dla kadry pielęgniarskiej

Współcześnie społeczeństwo określane jest jako starzejące się. Wydłuża się średnia długość życia. Przyczynia się do tego postęp cywilizacyjny, lepsze warunki bytowe, większa dostępność do opieki medycznej. Liczne wypadki komunikacyjne, brawura i korzystanie z nowoczesnych technologii powodują, że osoby takie przeżywają wiele lat, lecz stają się nie-samodzielne. Powoduje to wzrost zapotrzebowania na opiekę profesjonalną. Do niedawna funkcja ta była przypisywana tylko pielęgniarkom, ale ich liczebność w kraju maleje. Główną przyczyną jest małe zainteresowanie młodych osób podjęciem nauki tego zawodu.

Próbą rozwiązania problemu, jakim jest niewystarczająca liczba osób sprawujących opiekę w stosunku do jej zapotrzebowania było wprowadzenie w 2007 roku do oferty edukacyjnej nowego zawodu – opiekun medyczny.

Absolwenci tego kierunku przede wszystkim mają rozpoznawać i rozwiązywać problemy higieniczno-opiekuńcze osoby chorej i niesamodzielnej. Edukacja opiekunów medycznych może trwać 2 lub 4 semestry w zależności od jednostki prowadzącej zajęcia. Kształcenie kończy się egzaminem potwierdzającym uzyskanie kwalifikacji w zawodzie.

Efektywna współpraca pomiędzy opiekunami a pielęgniarkami przyniesie korzyść przede wszystkim pacjentom/podopiecznym. Możliwe będzie zapewnienie im opieki na jak najwyższym poziomie. Jednocześnie dzięki wsparciu opiekunów w opiece nad chorymi, pielęgniarki będą mogły częściej poświęcać się realizacji zadań profilaktycznych, edukacyjnych czy promujących zdrowie.

Zawód opiekuna medycznego nie jest jeszcze silnie ugruntowany na rynku pracy, lecz zmiany demograficzne z pewnością przyczynią się do tego, że w niedalekiej przyszłości będzie on atrakcyjnym zawodem.



mgr Aneta Pawlak

Postęp w rozwoju nauk medycznych, praktyki zdrowotnej i leczenia prowadzi do wydłużania życia ludzkiego. Wczesna i trafna diagnostyka oznacza często bezpośrednie podjęcie leczenia. W większości sytuacji udaje się uratować ludzkie życie, lecz następnie jakość życia tych pacjentów często nie jest zadowalająca. Wymagają oni nie rzadko pomocy przy czynnościach dnia codziennego, nie są w stanie samodzielnie funkcjonować czy mieszkać. Potrzebna jest im pomoc w zakresie pielęgnacji, zapobiegania dalszym powikłaniom i zaspokajania potrzeb nie tylko biologicznych, ale i w sferze psychicznej, społecznej, duchowej. Obecnie dużym zagrożeniem są choroby przewlekłe tj.: choroby układu oddechowego i krążenia, nowotwory, udary mózgu, a także cukrzyca. Według GUS 9 z 10 Polaków przechodzących na emeryturę cierpi na schorzenie przewlekłe [1,2].

Postęp cywilizacyjny – w tym poprawa warunków życia – także wpływają na wydłużanie średniej długości życia, czego efektem jest zwiększające się grono osób w wieku powyżej 65 lat. Obecnie w Polsce odsetek ludzi starszych wynosi 16%, a prognozy dowodzą że za 15 lat odsetek

ten zwiększy się do prawie 25%. Pomijając współtowarzyszenie chorób somatycznych, osoby w takim wieku często są niesamodzielne z powodu zaburzeń funkcjonowania narządów zmysłów oraz demencji. Podopieczni wówczas wymagają więcej opieki, troski i pielęgnacji niż zasadniczego leczenia. Należy zaznaczyć także, że XXI wiek to okres, kiedy drastycznie zwiększa się inwalidztwo wynikające z brawury oraz z niewłaściwego korzystania z nowoczesnych technologii i rozrywki [1,2].

Reasumując powyższe dane, grupa osób wymagających opieki i pielęgnacji z każdym rokiem się powiększa. Jednocześnie liczba pielęgniarek staje się niewystarczająca do zapewnienia opieki wciąż zwiększającego się grona podopiecznych. Dwa główne czynniki przyczyniające się do powstania takiej sytuacji to migracje pielęgniarek za granicę oraz zmniejszająca się liczba młodych absolwentów pielęgniarstwa. Większość społeczeństwa obecnie nie dostrzega jeszcze skali problemu, bądź dostrzega, lecz go ignoruje [3].

Ministerstwo Edukacji Narodowej – w odpowiedzi na pojawiający się problem – wprowadziło w 2007 roku do oferty edukacyjnej nowy zawód – opiekun medyczny. Kształcenie może odbywać się przez okres 2 semestrów w szkole policealnej dla młodzieży lub dorosłych bądź w zasadniczej

szkole zawodowej przez okres 4 semestrów [4].

Edukacja opiekunów medycznych skoncentrowana jest głównie na opiece nad osobą chorą i niesamodzielną, zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i w zakresie zdobywania umiejętności w pracowni zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych. Na zajęcia z tej dziedziny przeznaczają się ponad 50% minimalnej liczby godzin dydaktycznych. Pozostałą część stanowią zajęcia z podstaw zdrowia publicznego, anatomii, fizjologii, patologii, psychologii, socjologii, działalności gospodarczej w ochronie zdrowia, języka migowego i języka angielskiego. Obowiązkowe są również zajęcia z pierwszej pomocy [4,5].

W kształceniu opiekunów medycznych zaleca się prowadzenie aktywizujących metod nauczania. Ćwiczenia powinny stanowić co najmniej połowę wszystkich zajęć, a grupy powinny liczyć 10-15 osób [4].

Praktyczną podstawę zawodu opiekunowie zdobywają w pracowni zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych. Zajęcia muszą odbywać się z zgodnie z obowiązującymi przepisami BHP oraz sanitarno-epidemiologicznymi. Oprócz zdobywania umiejętności w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb osoby chorej, celem zajęć jest wyrabianie w uczniach właściwych nawyków: sprawnej organizacji pracy, właściwego wykorzystywania sprzętu, przestrzegania zasad kultury i etyki. Uczą się także współpracy, odpowiedzialności za swoje działania i samodzielności. Ważne jest umożliwienie słuchaczom ćwiczenia komunikacji interpersonalnej, która jest podstawą każdego działania. W pracowni dominującą metodą nauczania powinien być pokaz z objaśnieniem. Istotne może się okazać prowadzenie pogadanek czy dyskusji. Rolą nauczyciela jest obserwacja pracy każdego słuchacza, ze szczególnym uwzględnieniem staranności i estetyki wykonanego zadania, a także umożliwienie doskonalenia elementów sprawiających trudność [4,5].

Merytoryczną podstawę zawodu realizuje się na zajęciach z opieki nad osobą chorą i niesamodzielną. Uczniowie przyswajają podstawowe pojęcia zawodowe, modele opieki (D. Orem, V. Henderson), etapy adaptacji człowieka do roli pacjenta, zasady i metody wykorzystywane w opiece nad

osobą chorą. Dobierają metody i źródła zbierania danych do rozpoznawania problemów i potrzeb człowieka oraz sposoby dostosowania opieki do zmieniającego się stanu pacjenta/podopiecznego [4,5,6].

Edukacja na kierunku opiekun medyczny trwa krócej w porównaniu do cyklu kształcenia pielęgniarzek/pielęgniarzy. Liczba godzin dydaktycznych jest mniejsza, lecz skupiona głównie na praktycznej nauce zawodu. Można zatem wysunąć hipotezę, że taki cykl kształcenia miałby zachęcić młode osoby od podjęcia trudnej, ale satysfakcjonującej pracy z chorymi i niesamodzielnymi.

Kompetencje zawodowe opiekuna skupiają się na rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów osoby chorej i niesamodzielnej na różnym etapie rozwoju choroby oraz w różnym wieku. Ponadto pomaga on pacjentowi zaspokajać jego potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne. Współpracuje z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego w zakresie planowania i realizacji opieki. Wykonuje polecenia lekarza i pielęgniarzki związane z opieką nad pacjentem. Asystuje pielęgniarce przy wykonywaniu czynności pielęgniarzki, a także niezwłocznie informuje ją o zmieniającym lub pogarszającym się stanie pacjenta [4,5].

Do szczegółowych zadań opiekuna medycznego należy m.in.: utrzymanie w czystości i estetyce łóżka pacjenta, utrzymanie w czystości ciała chorego, zaspokojenie potrzeby wydalania (w tym: wymiana worka stomijnego i cewnika zewnętrznego), karmienie i pojenie chorego, wykonywanie zabiegów przeciwzapalnych, zmienianie pozycji chorego w łóżku i stosowanie udogodnień, pomoc przy wstawaniu i przemieszczaniu się chorego, posługiwanie się sprzętem rehabilitacyjnym/ortopedycznym, prowadzenie gimnastyki biernej kończyn górnych i dolnych, wykonywanie gimnastyki oddechowej, stosowanie profilaktyki i pielęgnacji przeciwdrożdżynowej. Ponadto aktywizuje on osobę chorą i niesamodzielną oraz organizuje jej wolny czas. Pomaga przystosować się pacjentowi do warunków życia w placówkach ochrony zdrowia. Udziela wsparcia emocjonalnego choremu i jego najbliższemu [4,5,6].

Środowiskiem pracy opiekunów medycznych mogą być placówki ochrony zdrowia o charakterze publicznym i prywatnym. Wiedza i umiejętności zdobywane w trakcie kształcenia mają przygotować ich do pracy m.in.: w domach pomocy społecznej, w szpitalach,



w zakładach pielęgnacyjno-leczniczych, w fundacjach i stowarzyszeniach działających na rzecz niepełnosprawnych bądź w domu pacjenta, prowadząc indywidualną praktykę [7].

Zawód opiekuna medycznego może przyczynić się do poprawy jakości świadczonej opieki wobec osób chorych i niesamodzielnych. Niestety opiekunowie nie są jeszcze silną grupą zawodową. Głównie zatrudniani są w zakładach opieki długoterminowej czy w domach pomocy. Bardzo ważnym aspektem jest współpraca pomiędzy pielęgniarzką i opiekunem. Współpraca ta musi przebiegać dwukierunkowo.

Wykonywanie pielęgnacji podstawowej pacjenta należy do zadań pielęgniarzki i opiekuna. Mogą sprawować ją razem. Jednakże, przedstawiciele nowego zawodu mogą zapewniać podstawowe potrzeby chorym samodzielnie. Pielęgniarka jako osoba często z wyższym wykształceniem musi kontrolować sprawowaną opiekę i jednocześnie w niej uczestniczyć, gdy opiekun nie może z różnych przyczyn – np. z braku wiedzy, doświadczenia – zrealizować zadania opiekuńczego. Jest także czas na prowadzenie działań edukacyjnych czy promujących zdrowie oraz sprawdzenie ich efektywności, gdyż w dobie chorób cywilizacyjnych i wypadków, są niezwykle istotne, a często pomijane. Osobą, która najbardziej skorzysta na wspólnej pracy opiekuna i pielęgniarzki jest niewątpliwie pacjent.

Podsumowanie

Zwiększa się grupa ludzi w wieku starszym. Wzrasta liczba osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Liczba młodych

osób podejmujących studia pielęgniarzkie ma natomiast tendencję spadkową. Szansą na zapewnienie pielęgnacji i opieki innym jest umożliwienie przedstawicielom zawodu opiekun medyczny rozwoju i profesjonalizacji ich zadań. Jednym z ważniejszych czynników przyczyniających się do tego jest zaakceptowanie opiekunów w środowisku medycznym. Zachodzące procesy demograficzne z pewnością przyczynią się do tego, że opiekun medyczny będzie poszukiwany na rynku pracy w Polsce i w innych krajach. ■

Piśmiennictwo

1. J. Twardowska-Rajewska (red.) Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2007.
2. N. Gozdek, Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie w 40 rocznicę akademickiego kształcenia pielęgniarzek w Polsce, Wyd. Werset, Lublin 2009.
3. www.emedyk.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=85&idartykul=531 [dostęp: 28.12.2012]
4. www.nursing.com.pl/Kształcenie_Nowy_zawod_-_opiekun_medyczny_11.html [dostęp: 02.01.2013]
5. K. Cis, G. Prokurat, J. Siepińska, Program nauczania dla zawodu opiekun medyczny, 532102 o strukturze przedmiotowej, KOWEŻiU. Warszawa.
6. E. Szalkiewicz, D. Talarska, K. Wiczorowska-Tobis, Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
7. www.opiekunki24.pl/artykul/27/41 [dostęp: 04.01.2013]



Jak się relaksujemy



Ania Sykut

Rutyna jest tym, czego w życiu najbardziej staram się unikać. Oczywiście, aby pozwolić sobie na uniknięcie tego problemu potrzebna jest podstawa. Określone zajęcie, praca, studia, które nadadzą rytm na każdy dzień. Nazwałam to „ramką na życie”, aby nic nie uciekło za jej granicę. W tym okresie mojego życia za fundament uznaję studia. Wypełnienie już jest dowolne, zmienne i różne, w zależności od nastroju, siły, zdrowia, chęci i możliwości. Jedną z najbardziej dostępnych

i relaksujących mnie rzeczy jest oglądanie filmów. Pozwalam sobie średnio na to raz w tygodniu. Następuje całkowite wyłączenie i wcielenie w losy bohatera. Wybieram zazwyczaj filmy biograficzne lub kostiumowe w zależności od nastroju. Kolejną pasją są książki, na które teraz tak rzadko mogę sobie pozwolić. Wciągają jak wir i niemożliwością dla mnie jest przerwanie w trakcie czytania. Z aktywnego relaksu wybieram rolki, natomiast w porze zimowej tyżwy oraz taniec. Obecnie uczę się

salsy. Miłością mojego życia są góry. Nie wchodzę wysoko, uwielbiam po nich spacerować, podziwiać piękno krajobrazu, fascynować się otaczającą ciszą, nie myśleć, nie czuć, żyć tą minutą, tym krokiem. Całkowity relaks umysłu, a na wieczór znajdzie się relaks dla ciała, w klimatycznej kafejce, z klimatyczną muzyką – zając się smakotkami i rozgrzewać napojami. Oby ferie przybywały szybciej, tęsknota nie pozwala siedzieć, trzeba się w końcu zrelaksować!

Wojciech Nyklewicz

Mogę powiedzieć, że od dłuższego czasu żyję w stanie wewnętrznego spokoju i pogodzenia, więc nie odczuwam stresu, który skłaniałby mnie do stosowania jakichś „magicznych” zabiegów przywracania równowagi. To pogodzenie ma dla mnie szczególny sens – jako pogodna zgoda na rzeczy, których zmienić nie mogę. A pozostałymi rzeczami cieszę się jak dziecko – dosłownie. Wzbudzam w sobie dzieciinną radość i zachwyt nad – wydawać by się mogło – banalnymi rzeczami. Choćby padający deszcz czy nawet tzw. przeciwności losu. One same w sobie są niezwykle interesujące i ciekawią mnie zawsze moje i innych reakcje na takie zdarzenia. Myślę, że antystresowo działa ciekawość życia, choć są obszary, których nie jestem ciekawy – absolutnie.

Na pytanie: jak się relaksuję, mogę opowiedzieć o tym, co sprawia mi przyjemność i czym wprawiam się w dobrostan. Czyli, czym się pielęgnuję?

Generalnie, jest to moja specyficzna **filozofia życiowa** – własnej produkcji podejście do siebie, do innych ludzi, do życia w ogóle i do śmierci. Moim zdaniem, ważne jest **zachowanie równowagi** pomiędzy pracą a odpoczynkiem, pomiędzy angażowaniem się na całość i wycofaniem się w całości. To jest nieustające pulsowanie, przyptywy i odpływy, tak jak robi się ciemno, a potem nastaje światłość. Wymieniać tylko niektóre działania sprawiające mi przyjemne odprężenie, ogólny wysoki dobrostan, zatrzymanie myśli, wyciszenie, dyktans, a przede wszystkim bycie „tu i teraz”. Do takich należy **spacer**. Lubię chodzić (bo pochodzenie się liczy), więc wybieram się na piesze wędrówki po trasach, które mam już zmierzone w kilometrach. Zazwyczaj jest to w granicach od 8-15 km marszu.

Przebieganie nogami pozwala mi nabrać dystansu do wszystkiego. Do siebie też. W czasie takiego marszu albo o czymś rozmyślam (jest to celowe, np. planuję napisanie jakiegoś tekstu itp.), albo rozmawiam ze sobą (jeśli jestem w lesie, robię to na głos), albo wyłączam myślenie i koncentruję się wyłącznie na tym, co widzę i słyszę. Ważne jest, że nie rozpamiętuję problemów, a zwłaszcza negatywnych emocji. To nie ma najmniejszego sensu. Natomiast problemy należy rozwiązywać z ludźmi, którzy mają w nich swój udział.

Taniec to kolejna forma przyjemnego odpoczynku, którym relaksuję się i który polecam do stosowania. Warunkiem jest jednak to, aby tańca nie traktować jako środka do osiągnięcia innych celów niż radość i odprężenie, ewentualnie przeżycie stanów mistycznych czy oceanicznych. Po prostu, taniec jest sam w sobie celem. Jest to najbardziej pierwotna forma aktywności ruchowej, w której można uzyskać stan bycia „tu i teraz”. Wyłączają się wtedy jakiegokolwiek myśli, jest przyjemna pustka w głowie, pojawia się wzrastający stan przyjemności, takiej pierwotnej, niczym nie skrzepowanej radości. Jest tylko muzyka (w zasadzie rytm) i ruch. Ciało porusza się niezależnie od mojej woli. Ruchy w tańcu spontanicznym są niezwykle precyzyjne, a ciało jest wygodnym wehikułem dla duszy. W tego typu tańcu osoba tańcząca nie może być pod wpływem środków zmieniających świadomość (alkohol, narkotyki, dopalacze i inne substancje). Taki dobrze przeżyty taniec nie męczy fizycznie, nie powoduje dolegliwości bólowych na drugi dzień (nie bolą stawy czy mięśnie). A tańczyć można kilka godzin bez przerwy. Mój najdłuższy taniec trwał 6 godzin z krótkimi przerwami na

napicie się soku pomarańczowego i pójście do toalety. Ale nie chodzi tu o bicie rekordów, tylko o przebieg procesu tańczenia. Z doświadczenia wiem, że wyzwolona radość pozostaje jeszcze na długo w tydzień. Moim zdaniem, do tańczenia najbardziej nadaje się muzyka w rytmie 120-130 bitów na minutę, a najlepszym gatunkiem muzyki do tańca jest house i dance music. A miejsce to oczywiście klub muzyczny, w którym takie rodzaje muzyki są grane.

Generalnie, przestałem stosować typowe zabiegi relaksacyjne, bo w jakimś momencie odkryłem, że nie są one zgodne z moją wewnętrzną naturą, że nie dają mi tego, co daje spacer (marsz) czy taniec, a nawet **opalenie się**. I znów, w opalaniu się nie chodzi o wywołanie opalenizny, lecz o wyleżenie się na trawie czy piasku i wygrzanie kości oraz chodzi o beczyność. Wszystkie te elementy są dla mnie relaksujące.

Jest jeszcze jeden powód bardzo niskiego poziomu stresu w moim życiu. Otóż, **nie oglądam telewizji** (nie mam telewizora od przeszło 30 lat), dlatego żyję spokojnie. W moim otoczeniu społecznym przecież nikt nikogo nie zabija, nie ma katastrof, nie spadają samoloty, na moich oczach nie umierają bohaterowie filmów, ich ciała nie są rozrywane na strzępy w czasie strzelanin czy wojen, nie knują przeciwko sobie ulubione postaci seriali, nikt nie straszy mnie końcem świata... I mógłbym tak wymieniać jeszcze wiele sytuacji, którymi dają się dreczyć telewidzowie, a ja jestem od tego wolny. Po prostu, żyję swoim życiem i nie zajmuję się sprawami, na które nie mam wpływu. Co też polecam innym do zastosowania.

Lena Kozłowska

Zachowanie stanu równowagi pomiędzy wysiłkiem a odpoczynkiem jest niezmiernie trudne, szczególnie dzisiaj, kiedy przepływ i dostępność informacji są tak łatwe, jak nigdy przedtem. Trudno jest tak po prostu odciąć się od rzeczywistości i oddać relaksowi. Nieopisaną przyjemnością sprawia mi słuchanie muzyki. Są takie utwory, do których często wracam. Jednak nawet podczas zasłuchiwania się

w ulubione dźwięki, w ulubionym towarzystwie, w głowie nieustannie pozostaje goniwa myśl – analiza tego co było, przewidywanie i planowanie tego co będzie. Bardzo rzadko udaje mi się przeżywać i analizować bieżącą chwilę samą w sobie. Jedynym relaksem, który oczyszcza umysł, a jednocześnie odpręża ciało jest aktywność fizyczna. Jedną z moich ulubionych aktywności jest wspinaczka skałkowa. Wymaga 100%

skupienia oraz bycia tu i teraz. Niezwykle bliski kontakt z przyrodą, a jednocześnie wysoki poziom adrenaliny nie pozwalają myśleć o rozterkach życia codziennego. Wysiłek fizyczny, jest dla mnie zarówno relaksem w kontekście odprężenia fizycznego, ale również pozwala „odświeżyć” umysł tak, aby na pewne sprawy móc spojrzeć z zupełnie innej perspektywy.

Michał Bancerowski

Relaks – czynność jakże, szczególnie nam pielęgniarcom/pielęgniarkom, potrzebna. Często także przez nas samych spychana na drugi plan. W biegu pomiędzy uczelnią a szpitalem lub innym typem placówki ochrony zdrowia, w której to wykonujemy nasze zawodowe obowiązki. Nie wspominając już o tym, że większość z nas musi znaleźć czas także dla swojej rodziny.

Dla mnie relaks to kubek ciepłej, aromatycznej zielonej herbaty/kieliszek czerwonego wina, a do tego „towarzystwo” ulubionej książki. A to wszystko wzbogacone o ciepło oraz blask ognia palącego się w kominku.

Relaksuję się także przy słuchaniu muzyki – niekoniecznie o spokojniejszych rytmach.

Szczególnym, dla mnie magicznym, miejscem o tej porze roku jest Las Łągiwnicki – największy kompleks leśny znajdujący się w granicach miasta w Europie, a położony w granicach administracyjnych miasta Łodzi. Spacer w jego ośnieżonych plenerach z pewnością działają korzystnie na mój układ oddechowy. Wyprawy te pozwalają mi także na przemyślenia dotyczące treści kolejnych moich publikacji. Dlatego też dzień przed napisaniem tej *Refleksji Redakcji* wybrałem się na takową.

Dobrym miejscem na weekendowy odpoczynek jest dla mnie także wypad do kina na film z moim ulubionym aktorem – Georgem Clooneyem. Jednakże gdy warunki za oknem nie sprzyjają wyjściu „na zewnątrz”, chwilę relaksu zapewnią mi także film na płycie DVD odtwarzany na komputerze stacjonarnym – tym samym,

na którym piszę teksty do *Sztuki Pielęgowania*.

I tak oto dobrałem do ostatniej w tym artykule, a jednak znajdującej się na podium pośród preferowanych przeze mnie, form relaksu, a mianowicie pisania. Przelewając swoich przemyśleń na dany temat na kartkę papieru (we współczesnych czasach już w edytorze tekstu Microsoft Word 2003) pozwala oderwać się od problemów „dnia codziennego” oraz, używając poetyckiego zwrotu „oczyścić duszę”, wyrazić „siebie” i swoje emocje.

Kończąc moją wypowiedź, życzę Czytelnikom *Sztuki Pielęgowania*, jak najczęstszych chwil relaksu, bez względu na formę jaką wybiorą – leżenie przysłowiowym „brzuchem do góry”, w tych zawodach jest jak najbardziej dozwolone.

Klaudia Massalska

Kiedy zobaczyłam, że tematem refleksji w tym miesiącu będzie odpowiedź na pytanie *Jak się relaksujemy?*, zdałam sobie sprawę z tego, że w zasadzie wszystko co jest dla mnie przyjemnością, jest i relaksem. Samo wypowiedzianie słowa „relaks” zdaje mi się być czasem relaksujące! Tak naprawdę przy trybie życia jaki prowadzę rzadko kiedy udaje mi się znaleźć czas na całkowite wyciszenie, odprężenie, odpłynięcie i zapomnienie o otaczającym mnie hałaśliwym i zabieganym świecie. Sposobów na

to, żeby się odprężyć jest mnóstwo, ale mam swoje ulubione. Najprostszym i najstarszym chyba znanym każdemu z nas jest gorąca kąpiel w wannie pełnej piany. Jak dla mnie – nic tak nie usypia i nie rozluźnia mięśni. Uwielbiam też wszelkiego rodzaju masaż, a jeśli jest mi jeszcze do tego dane słuchać przy tym spokojnej i wyciszającej muzyki – jestem w siódmym niebie. Ostatnio zaczęłam też czytać książki. Długo czasu minęło zanim przekonałam się do tego rodzaju odpoczynku i ucieczki od

świata, ale okazało się to bardzo skuteczne i trzymam się tego do dziś. Uwielbiam też aktywnie spędzać czas. Wieczorny jogging (jeżeli tylko praktyki nie odbiorą mi całej energii jaką posiada mój organizm danego dnia), słuchanie muzyki, spotkania z przyjaciółmi to coś, co przy takim natłoku zajęć jakie mam, jest jak miód dla mojej duszy. Oprócz tego kocham spontaniczne wyjazdy w miejsca, gdzie można zapomnieć o wszystkim i uciec na chwilę od otaczającego nas świata.

Kasia Pawłowska

Znam kilka ćwiczeń relaksacyjnych, ale przyznaję, że nigdy ich nie stosowałam. Czy to dobrze, czy źle – nie wiem. Znalazłam za to swoje sposoby na walkę ze stresem. Nic nadzwyczajnego, ale coś mojego.

Spotkanie ze znajomymi, krótki wyjazd z dala od miasta, odwiedziny w rodzinnym domu, dobry film oraz sport – to jest moja

oaza relaksu. Basen po dyżurze czy bieganie po lesie jest czasem, kiedy jestem sama ze sobą. Z mojego ciała wpływa cała zła energia i zaczynam napawać się wolnością i siłą.

Zawsze chciałam uprawiać jogę, ale na chwilę obecną wychodzę z założenia, że zostawię sobie tę przyjemność na późniejsze lata.

Myślę również, że ważną techniką relaksacji jest własny sposób myślenia o stresie. Jeżeli jesteśmy świadomi jego istnienia, to szukamy metod uwolnienia się od jego skutków. To z jakich sposobów korzystamy nie jest ważne, istotne jest czy robimy to skutecznie.

Komunikacja interpersonalna

Rok 1800. Alessandro Volta zbudował pierwszą baterię. Tylko i wyłącznie dzięki temu możliwe był skonstruowanie pierwszego przenośnego telefonu i zademonstrowanie go w roku 1973 przez inżyniera Martina Coopera. Składał się on z owej niezbędnej baterii, radia i mikroprocesora. Mieszkańcy Nowego Jorku byli oczarowani widokiem Coopera rozmawiającego przez telefon na ulicy. Mogłoby się wydawać, że nowoczesne i skomplikowane urządzenia do komunikowania się były wielkim krokiem naprzód, jeśli chodzi o dziedzinę wymiany informacji. Ale czy każdy z nas nie posiada wspanialszego narzędzia? Co to takiego? Jak jest z nami, ludźmi – czy staramy się robić postępy w dziedzinie komunikacji interpersonalnej?

Anna Sykut Studenckie Koło PTP, Lublin
Aneta Maciejko
Klaudia Massalska

Komunikacja interpersonalna. Studenci vs. Pielęgniarki z wieloletnim stażem

Zawsze, kiedy zbliżają się praktyki na nowym oddziale, w głowie kłębią mi się pytania: *Jakie stosunek będą miały do nas panie pielęgniarki? Czy górę weźmie pozytywne nastawienie? Jaka atmosfera będzie panowała na tym oddziale?* Tyle ile jest zespołów pielęgniarskich na całym świecie – tyle też i odpowiedzi na moje pytania. Jeśli chodzi o nasze (studentów) praktyki zawodowe, to komunikacja – w relacjach jakie łączą nas z pielęgniarkami pracującymi – jest absolutną podstawą. Faktycznie mogę się tylko domyślać, jakie mogą być one zmęczone wielokrotnymi pytaniami z naszej strony, tłumami studentów przemykającymi przez oddział każdego dnia i oczywiście samą pracą. My, studenci pielęgniarstwa jesteśmy tam, aby pomóc w pracy. Dzięki temu możemy uczyć się, wypracowywać i powtarzać czynności konieczne do dalszego rozwoju. Panie pielęgniarki pomagają nam we wdrażaniu się do zawodu, przekazują potrzebne informacje i pokazują schemat działania w trakcie dyżuru. Kto – jak nie one same – wie najwięcej o pacjentach na oddziale? W tej ważnej chwili, jaką jest nauka praktyczna, potrzebujemy wsparcia od doświadczonych pracowników szpitala. Niestety trzeba powiedzieć, że istnieje widoczny problem, jeśli chodzi o komunikację interpersonalną między studentami odbywającymi praktyki a pielęgniarkami pracującymi na danym oddziale. Skąd on wynika? Moim zdaniem problemy polegają na braku zrozumienia, wyrozumiałości w stosunku do naszych często dość mało wyrobionych zdolnościach manualnych oraz węższego zakresu wiedzy w danej dziedzinie. Często zapomina się, że się dopiero się uczymy i zdobywamy umiejętności. Czasem – choć mamy w czymś rację to i tak nie mamy prawa głosu. Może większość pielęgniarek o tym nie wie, ale jeżeli mamy jakieś pytanie, to i tak rzadko kiedy im je zadajemy, a to ze względu na strach przed ośmieszeniem, które się mogłoby mieć miejsce

na forum zespołu. Często też wybieramy młodsze pielęgniarki, które częściej służą pomocą. Czy jesteśmy odbierane jako swoiste zagrożenie? Nie mamy zamiaru nim być. Przeciwnie! Oczekujemy akceptacji i pomocy. Na szczęście jest coraz więcej wyrozumiałych pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy swoją uczynnością poświęcają nam czas, abyśmy mogli głębiej zagłębić się w tajniki pielęgniarstwa. Mimo zmęczenia rzetelnie odpowiadają na ciągle padające pytania z naszej strony, zawsze służą dobrą radą. Dziękujemy!

Komunikacja interpersonalna. Pielęgniarki i Lekarze obalają stereotypy!

Nie trzeba studiować na Uczelni Medycznej, aby wiedzieć, że współpraca pielęgniarki z lekarzem i lekarza z pielęgniarką jest jednym z podstawowych warunków koniecznych do zrealizowania planu opieki. Wchodząc pierwszy raz na oddział, myślałam, że przypomina on pole bitwy między tymi dwoma grupami zawodowymi. Nic bardziej mylnego! Pielęgniarki wykonywały u każdego pacjenta określone czynności, które wcześniej zostały jej przydzielone przez lekarza. Zadania wynikały z ustalonego przez lekarza programu leczenia i miały bezpośredni związek z diagnozą lekarską. Pielęgniarki realizowały również opracowany przez siebie proces pielęgnowania. Jako profesjonalistki, przygotowane do racjonalnego pielęgnowania, zdolne do podejmowania kompetentnych decyzji, odpowiedzialne za jakość oferowanych i świadczonych usług były przygotowane do współpracy w zespole opiekuńczym. Wspaniale jest patrzeć na to, jak te dwie grupy zawodowe zacierają staroświeckie już, stereotypowe myślenie, stanowiąc zgrany zespół. Stwarzając środowisko przyjazne dla pracowników i samych pacjentów, poczucie komfortu psychicznego, profesjonalizmu – wpływają jednoznacznie na jakość sprawowanej opieki oraz dążą do sprawnego uzyskania celu zamierzonej pracy.

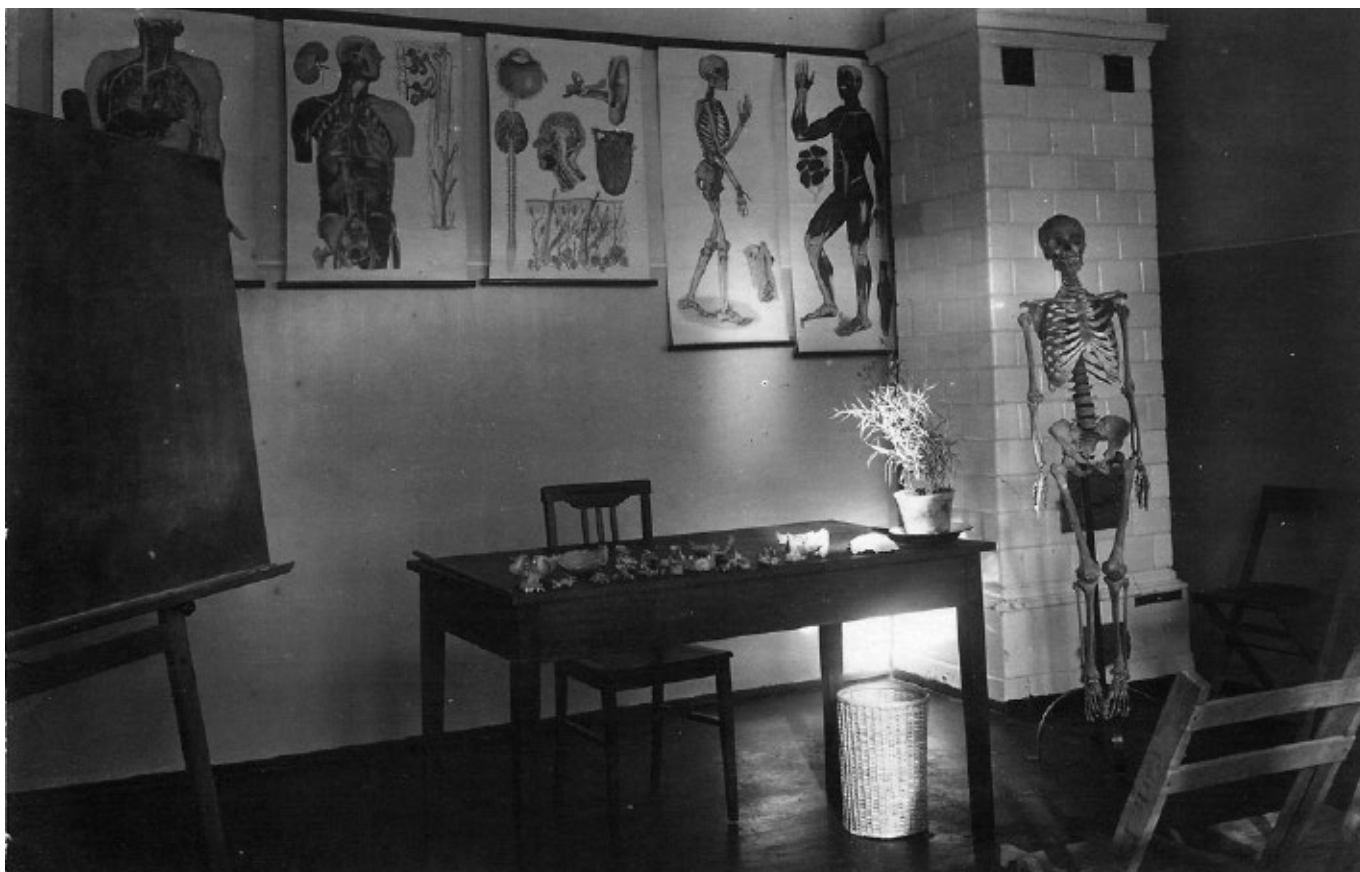
Komunikacja interpersonalna. Pielęgniarka – Pielęgniarka

Współpraca naprawdę jest kluczem do sukcesu. Udowodniły to pielęgniarki

pracujące na oddziale, gdzie odbywałyśmy praktyki. Mimo natłoku obowiązków i zadań nawzajem sobie pomagały, co wcale nie opóźniało pracy zespołu. Podział czynności ze względu na specjalizację podkreślał profesjonalizm wykonywanej pracy. Umiejętność porozumiewania się z innymi jest źródłem odkrywania i wypróbowywania swoich umiejętności wywierania wpływu na otoczenie, a także – obok myślenia i sfery emocjonalno-motywacyjnej – jeden z podstawowych wyznaczników rozwoju psychicznego. Każda grupa zawodowa tworzy swoje własne wzory zachowań, swój specyficzny język, zrozumiały dla członków grupy. W szpitalu są również charakterystyczne dla tego rodzaju instytucji wzory. Szczególnie pielęgniarki muszą starać się utworzyć dla siebie przyjazne środowisko. Dlaczego? Ponieważ komfort psychiczny, zaufanie, odpowiedzialność to pula cech, które powinny istnieć w tym zespole. Dobrze prosperująca grupa pielęgniarek, potrafi zaradzić znacznej ilości komplikacjom, nieodmówieniom, problemom. Zauważyłam, że u podstawy relacji leżą chęci i dobre nastawienie. To fundament idealnie funkcjonującej komunikacji interpersonalnej! Dobre chęci mogą zacząć budować środowisko pracy, w którym ja będę pragnęła pracować, a Ty?

Podsumowanie

Najwspanialszym „narzędziem” do porozumiewania się jest głos ludzki. Aparatem mowy zawiaduje przeszło połowa z miliardów neuronów tworzących korę ruchową mózgu. Co więcej, skoordynowane ruchy języka, warg, zuchwy, gardła i klatki piersiowej zależą od pracy około stu mięśni! Posiadamy także ucho, które przetwarza fale dźwiękowe na impulsy elektryczne, które są analizowane w mózgu. Dzięki temu potrafimy rozpoznawać ludzi po głosie. Mózg wychwytuje też z dokładnością do milionowych części sekundy, z jakim opóźnieniem dźwięk dociera do drugiego ucha. Na tej podstawie oblicza, gdzie jest źródło dźwięku. To chociażby dwa czynniki pozwalające skupić się na słowach tylko jednej osoby, gdy jednocześnie mówi kilka. Zatem każdy z nas jest właścicielem skomplikowanego systemu bezprzewodowej komunikacji (z rozpoznawaniem nadawcy)! Jest to czymś powszechnym w świecie żywych stworzeń – w naturze. Dysponujesz tym wspaniałym narzędziem. Czy umiesz z niego odpowiednio korzystać? Czy chcesz z niego korzystać skutecznie? Czy naładowałeś już swoją „baterię”, jaką są szczere chęci? ■



Zdjęcie pochodzi z Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego www.wmp.org.pl. Zamieszczono dzięki uprzejmości PTP.

Standardy kształcenia pielęgniarek 1928 vs. 2013



mgr Lena Kozłowska, pielęgniarka, doktorantka w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

mgr Katarzyna Pawłowska, pielęgniarka, doktorantka w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Jak zmienił się system kształcenia pielęgniarek? Na co kładziono nacisk w edukacji ponad sto lat temu? Krótka analiza systemów kształcenia: obecnego (2013) oraz Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa (1928), pozwoli dostrzec różnice i podobieństwa w przygotowaniu zawodowym na przestrzeni ostatniego wieku.

Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa (WSP) miała charakter ściśle zawodowy. Odzwierciedlało się to w programie nauczania zawierającym teorię i praktykę. Twórczynią założeń metodyczno-dydaktycznych była Helen Bridge – ówczesna dyrektorka szkoły. Program kształcenia oparto na programie szkół amerykańskich, jednak dostosowany został do warunków polskich. W opracowywaniu ramowego programu kształcenia dla dwuletniej szkoły pielęgniarskiej H. Bridge korzystała z doświadczenia i wiedzy profesorów medycyny, w tym: pediatry Władysława Szenajcha, internisty Witolda Orłowskiego, chirurga Bronisława Sawickiego, specjalisty medycyny zapobiegawczej Czesława Wroczyńskiego, a także Zofii Szlenkierówny. Początkowo chciano wprowadzić system prowadzenia jednocześnie dwóch równoległych

kursów. Jeden kwalifikujący pielęgniarki do pracy przy chorym, natomiast drugi do ochrony zdrowia oraz profilaktyki. Wówczas przedmioty podstawowe miały być wspólne, natomiast specjalistyczne – realizowane oddzielnie. H. Bridge była jednak przeciwniczką takiego systemu, dzięki czemu kształcenie było jednolite, a absolwentki mogły pracować zarówno przy chorych, jak i w służbie zdrowia publicznego.

W WSP praktykowano blokowy system nauczania, co oznaczało, że po każdym okresie teorii słuchaczki mogły wykorzystać zdobytą wiedzę na zajęciach praktycznych. Pierwszy kontakt z praktyczną formą realizowania obowiązków zawodowych następował w szkolnych salach ćwiczeń zwanych salami zasad. Praktyki szpitalne trwały po 8 godzin dziennie. Na oddziale uczyły się od kilku

do kilkunastu tygodni. Na początku funkcjonowania szkoły praktyki szpitalne były nieco utrudnione ze względu na problemy ówczesnego systemu ochrony zdrowia. Rozkład zajęć ulegał zmianom w razie potrzeb, np. organizacja nowych palcówek szkoleniowych, zamykanie szkoły na czas remontów. Procentowy rozkład zajęć praktycznych do teoretycznych wynosił 78,5% do 21,5%.

Program kształcenia składał się z 21 tygodni teorii oraz 77 tygodni praktyk. Wiodącym przedmiotem realizowanym podczas zajęć teoretycznych oraz praktycznych były zasady pielęgnowania. Przedmiot ten składał się z trzech działów:

- Podstawowe wiadomości stanowiące bazę wiedzy pielęgniarstwa,
- Pielęgniarstwo w poszczególnych stanach chorobowych,
- Pielęgniarstwo społeczne.

Obecnie system kształcenia pielęgniarstwa w Polsce jest realizowany jedynie na szczeblu akademickim. Otrzymując prawo wykonywania zawodu absolwenci otrzymują również dyplom licencjata pielęgniarstwa. Standardy kształcenia określa załącznik 4 do Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 r. poz. 572).

Studia pierwszego stopnia (licencjackie) trwają nie krócej niż 6 semestrów. Realizowane są podczas co najmniej 4720 godzin zajęć i praktyk. Liczba punktów ECTS (Europejski System Transferu Punktów) wynosi nie mniej niż 180. Studia pielęgniarstwa mieszczą się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej. Umiejętności zdobywane przez studentów są opisywane poprzez efekty kształcenia następujących dziedzin: nauki podstawowe, nauki społeczne, nauki w zakresie podstaw pielęgniarstwa oraz nauki w zakresie opieki specjalistycznej. Minimalna ilość godzin zajęć zorganizowanych to 2420 godzin zajęć teoretycznych oraz 2300 godzin praktyk zawodowych i zajęć praktycznych. Założeniem współczesnych standardów kształcenia jest to, że studia pielęgniarstwa muszą mieć profil praktyczny. Kształtowanie umiejętności praktycznych w warunkach naturalnych poprzedzane jest ćwiczeniami w pracowniach umiejętności pielęgniarstwa.

Tabela 1. Rozkład wybranych praktyk w szpitalach i w otwartej służbie zdrowia.

Rodzaj placówki	Liczba tygodni	
	1928	2013
Oddział wewnętrzny (internistyczny)	16	7
Położnictwo i ginekologia	14	3
Chirurgia ogólna i ortopedia	9	7
Sala operacyjna	6	-
Sala opatrunkowa	2	-
Pediatrya	16	8
Ośrodek zdrowia (POZ)	12	8

Opracowanie własne

W tabeli 1. dokonano porównania liczby godzin poszczególnych zajęć praktycznych realizowanych w WSP i na obecnych studiach pielęgniarstwa. Jedynie wyrównana wydaje się być liczba godzin z chirurgii, jednak należy wziąć pod uwagę fakt, że obecnie w trakcie 7 tygodni zajęć praktycznych na oddziale chirurgii studenci uczą się również robienia opatrunków oraz przyglądają się pracy na bloku operacyjnym. Edukacja w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa poza zajęciami na oddziale chirurgii (9 tygodni) obejmowała również zajęcia w sali opatrunkowej (2 tygodnie) oraz w sali operacyjnej (6 tygodni). Daje to w sumie 17 tygodni i w porównaniu z obecnymi 7 tygodniami stanowi istotną różnicę. Ponadto, analizując liczbę godzin przeznaczoną na realizowanie innych zajęć praktycznych, nie trudno dostrzec, że dzisiaj kładzie się dużo mniejszy nacisk na praktyczną naukę zawodu.

Po ukończeniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa (zdaniu wszystkich egzaminów i otrzymaniu dyplomu) absolwentki przystępowały do komisijnego egzaminu państwowego. Komisja była powoływana przez Departament Służby Zdrowia i składała się z przedstawiciela Departamentu, przedstawiciela Zarządu Fundacji WSP, dyrektorki Szkoły oraz zespołu egzaminatorów (lekarzy, instruktorek). Egzamin podzielony był na dwie części: teoretyczną (zadawaną w szkole) i praktyczną (zadawaną na oddziale). Uzyskany dyplom upoważniał do wykonywania zawodu na terenie całej Polski. Jedynym warunkiem była rejestracja w Urzędzie Zdrowia w mieście, w którym kończyło się szkole.

Obecnie egzamin dyplomowy jest przygotowywany przez daną jednostkę zajmującą się kształceniem, natomiast egzaminatorami są pracownicy danej uczelni. Po złożeniu pracy dyplomowej,

student podchodzi do egzaminu praktycznego i teoretycznego, które odbywają się na oddziale szpitalnym. Głównym założeniem egzaminu jest sprawdzenie zasobu wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych. Po pomyślnym zdaniu egzaminu prawo wykonywania zawodu jest wydawane przez okręgową izbę pielęgniarstwa odpowiednią dla miasta, w którym ukończył się edukację. Dyplom licencjata pielęgniarstwa upoważnia do wykonywania zawodu zarówno na terenie Polski, jak i w innych krajach Unii Europejskiej.

Analizując powyższe porównanie, uwidaczniają się istotne różnice w systemie kształcenia personelu pielęgniarstwa na przestrzeni ostatniego stulecia. Pamiętajmy, że pielęgniarstwo za sprawą rozwoju nauk medycznych, nieustannie ulega przemianom. Obecnie praktyka pielęgniarstwa oparta jest na faktach, a student musi poznać szerokie spektrum wiedzy teoretycznej. Również przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wymusiło dostosowanie systemu kształcenia do wytycznych. Obecny rozwój nauk zmusza do wyodrębniania się specjalizacji, również w pielęgniarstwie. Sto lat temu uczennice kształcone były przede wszystkim w kierunku ogólnej praktyki pielęgniarstwa. Wówczas stan wiedzy medycznej oraz procedur z tym związanych nie wymagał znajomości aż tak obszernego materiału teoretycznego. ■

Piśmiennictwo

1. Załącznik 4 do Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego
2. M.B. Jezierska, A. Jabłkowska-Sochańska, A. Iżycka-Kowalska i współ. (red.). *Pochylone nad człowiekiem. Z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa 1921-1945. Stowarzyszenie Redaktorów. Część I. Warszawa 1994*

Historia pediatrii

Pediatrica (z języka greckiego *pais* – dziecko i *iatra* – nauka lekarska) to dyscyplina medyczna, która zajmuje się zagadnieniami medycyny wieku dziecięcego, a więc rozwojem fizycznym i psychicznym dzieci, patologią tego rozwoju, jego problemami genetycznymi, biochemicznymi, immunologicznymi i psychologicznymi.

Nowożytna pediatria powstała w XIX wieku, gdyż dopiero wtedy zaczęły powstawać warunki społeczno-etyczne umożliwiające jej rozwój. Za symboliczną datę uważa się rok 1802, w którym dzieci, dotąd leczone wspólnie z dorosłymi w szpitalu Hotel Dieu w Paryżu, zostały przeniesione do osobnego szpitala – *Maison de l'Enfant Jesus*. Na ziemiach polskich pierwszym szpitalem był Szpital Św. Zofii we Lwowie otwarty w 1845 r., jako 16 w Europie. Nazwiska wybitnych pediatrów do dzisiaj określają niektóre jednostki chorobowe, np.: Edward Henoch (1820-1910), Clemens von Pirquet (1874-1830), Nil Fiłatow (1847-1902), Harald Hirschprung (1830-1916).

Pediatrica w Polsce rozwijała się – podobnie jak w innych krajach – zarówno pod względem organizacyjnym, jak i naukowym. Dorobek naukowy oraz liczba szpitali specjalistycznych i oddziałów dla dzieci w Europie, jak również w Polsce jest dziś znacząca.

mgr Anna Wilmont
prof. dr hab. Anna Doboszyńska
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie

Terminu *pediatrica* użyto pierwszy raz ok. 200 lat temu, jednak dopiero w XX wieku wydzieliła się ona jako odrębna dziedzina medycyny i specjalność lekarska. *Pediatrica* (z języka greckiego *pais* – dziecko i *iatra* – nauka lekarska) to dyscyplina medyczna, która zajmuje się zagadnieniami medycyny wieku dziecięcego, a więc rozwojem fizycznym i psychicznym dzieci, patologią tego rozwoju, jego problemami genetycznymi, biochemicznymi, immunologicznymi i psychologicznymi [1].

Cel

Celem pracy było przedstawienie rozwoju pediatrii jako dziedziny medycyny na przestrzeni minionych lat.

Omówienie

Nowożytna pediatria powstała w XIX wieku, gdyż dopiero wtedy zaczęły powstawać warunki społeczno-etyczne umożliwiające jej rozwój. Za symboliczną datę uważa się rok 1802, w którym dzieci, dotąd leczone wspólnie z dorosłymi w szpitalu Hotel Dieu w Paryżu, zostały przeniesione do osobnego szpitala – *Maison de l'Enfant Jesus*. Idea oddzielenia dzieci od chorych dorosłych została urzeczywistniona dopiero po rewolucji francuskiej, po uchwaleniu Deklaracji Praw Człowieka.

W starożytności życie dziecka nie było cenione. U Persów za leczenie mężczyzn i zwierząt domowych wyznaczano honorarium w naturaliach, za leczenie kobiet honorarium było o wiele mniejsze, a za leczenie dzieci lekarz nie miał prawa żądać żadnej

zapłaty. W Sparcie utrzymanie słabych i kalekich dzieci nie leżało w interesie państwa, dlatego dzieci te były rzucane w przepaść z góry Tajgetos. Z kolei u starożytnych Rzymian akuszerka kładła nowo narodzone dziecko u stóp ojca. Jeżeli głowa rodziny podniosła dziecko i oddała matce, to noworodek stawał się członkiem rodziny. Jeżeli zaś ojciec nie podniósł dziecka i odwrócił się od niego, wtedy było ono wykluczone z rodziny i przeznaczone na śmierć lub podrzucenie.

W epoce niewolnictwa, kiedy nie ceniono zdrowia i życia dziecka, nie mogła też istnieć państwowa ochrona dziecka. Pierwszej próby państwowej opieki nad dziećmi dokonał cesarz Konstantyn, który w 315 r. wydał ustawę nakazującą, aby urzędy państwowe otoczyły opieką i zapewniły utrzymanie wszystkim dzieciom, przedstawionym w urzędzie przez biednych rodziców [2].

Dziełem średniowiecza były domy sierot i podrzutków, które powstawały przy kościołach i klasztorach. Pierwszy dom podrzutków powstał w 787 r. w Mediolanie, gdzie w głównym kościele w marmurowej miednicy można było zostawić podzucane dzieci i stąd zabierano je do utworzonego domu podrzutków.

W rzymskim domu podrzutków po raz pierwszy zastosowano kołowrotek-skrzynię, do której wkładało się niemowlę na zewnątrz domu. Odbierał je po zakręceniu koła odzwiercienny zakładnik na odgłos dzwonka głośniejszego, że dziecko zostało podzucane. Celem tego urządzenia było zapewnienie incognito osobie oddającej dziecko. W warszawskim domu ks. Boduena kołowrotek przeniesiono w 1871 r. [2].

Pediatrica, jako odrębny obszar zainteresowań lekarzy i pole dociekań naukowych, zaczęła kształtować się w drugiej połowie XVIII wieku. Pojawiły się wówczas pierwsze podręczniki, np. praca Szweda Nilsa Rosena von Rosensteina (1706-1789), wydana w 1764 r. po szwedzku, praca Anglika Georga Armstronga (1720-1789): *Essay on the Diseases most fatal to infants*. W tym czasie polskie piśmiennictwo pediatryczne zapoczątkował Jędrzej Śniadecki (1768-1838) pracą wydaną w 1805 r. w Wilnie: *O fizycznym wychowaniu dzieci* [3].

W latach późniejszych działali w Europie wybitni pediatrzy, których nazwiska do dzisiaj określają niektóre jednostki chorobowe, np.: Edward Henoch (1820-1910), Clemens von Pirquet (1874-1830), Nil Fiłatow (1847-1902), Harald Hirschprung (1830-1916) [4].

Z biegiem lat na podstawie badań i obserwacji powstawały nowe jednostki chorobowe oraz sposoby dotyczące leczenia dzieci. W 1761 r. J. B. Morgagni opisał żółtaczkę noworodkową, która wystąpiła u wszystkich jego 15 dzieci. W 1796 r. E. Jenner dokonał odkrycia ochronnych szczepień dzieci ospą krowią, która chroni przed zachorowaniem na ospę naturalną. W 1769 r. dr G. Armstrong założył w Londynie pierwszą przychodnię dla chorych dzieci [2].

Przyjmuje się, że pierwszy europejski szpital dziecięcy powstał w 1802 r. w Paryżu. Następny dopiero w 1834 r. w Petersburgu. Na ziemiach polskich pierwszym był Szpital Św. Zofii we Lwowie otwarty w 1845 r., jako 16 w Europie. W latach 60. XIX w. uruchomiono przy klinice położniczej w Szpitalu Św. Łazarza w Krakowie 12-lóżkowy oddział dziecięcy, na bazie którego utworzono w 1864 r. pierwszą w Polsce katedrę pediatrii. Jej pierwszym profesorem został Maciej Leon Jakubowski (1837-1915) [3]. Uznając ważność leczenia klimatyczno-uzdrowiskowego, prof. Jakubowski już w 1887 r. doprowadził do założenia kolonii leczniczej dla dzieci w Rabce [2]. Był to pierwszy w Polsce, a trzeci w Europie ośrodek uzdrowiskowy dla dzieci.

Pediatrica jako nauka zawdzięcza niejedynemu wkład pracy polskiego lekarza. Jan Raczyński (1865-1918) w 1912 r. w Paryżu przedstawił pracę pt. *W sprawie etiologii krzywicy*. Po raz pierwszy doświadczalnie dowiódł, że brak słońca hamuje osadzanie się w świeżo wytwarzanej tkance kostnej i chrzęstnej wapnia i tym samym pełni znaczącą rolę w powstawaniu krzywicy.

Józef Brudziński (1874-1917) – lekarz neurolog, zasłużył się polskiej pediatrii przede wszystkim założeniem pierwszego pisma pediatrycznego. Do ważnych badań należy zaliczyć jego pracę nad zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci i opisanie objawów tej choroby. Władysław Szenajch (1879-1964) – profesor pediatrii – był jednym z organizatorów „Kropli Mleka” (rozdawnictwa mleka pasteryzowanego), przychodni przeciwgruźliczej oraz kursów dla pielęgniarek [2].

Wśród znaczących dla rozwoju polskiej pediatrii dat należy wymienić:

- 1880 r. – powstanie w Warszawie Towarzystwa Przyjaciół Dzieci.
- 1898 r. – opublikowanie monografii Stanisława Kamieńskiego *O właściwościach fizjologicznych ustroju dziecięcego* omawiającej odrębności morfologiczne i fizjologiczne dziecka, reakcje na infekcje i stosowanie leków w wieku dziecięcym; w pracy autor podkreślił konieczność traktowania pediatrii jako „oddzielnej gałęzi nauk lekarskich”;
- 1908 r. – powstanie z inicjatywy Józefa Brudzińskiego Sekcji Lekarzy Pediatrów przy Łódzkim Towarzystwie Lekarskim; pierwsze na świecie towarzystwo gromadzące lekarzy chorób dziecięcych powstało w Berlinie w 1883 r.;
- 1908 r. – powołanie w Łodzi do życia z inicjatywy dr. J. Brudzińskiego *Przeglądu Pediatrycznego*, pierwszego periodyku poświęconego w całości pediatrii;
- 1912 r. – pierwszy zjazd Międzynarodowego Stowarzyszenia Pediatrów w Paryżu z udziałem Sekcji Polskiej, który ustalił generalną zasadę, że pediatria powinna zająć się dzieckiem od chwili jego narodzin aż do wieku młodzieńczego, stając się nauką samodzielną i obejmującą całokształt wiedzy o dziecku;
- 1917 r. – powstanie Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego; pierwszym jego prezesem został Ludwik Anders;
- 1918 r. – uruchomienie w Polsce po odzyskaniu niepodległości pięciu uniwersyteckich katedr pediatrii kierowanych przez nestorów polskiej pediatrii: w Warszawie (prof. M. Michałowicz), we Lwowie (prof. F. Groer), w Krakowie (prof. K. Lewkowicz), w Wilnie (prof. W. Jasiński) i w Poznaniu (prof. K. Jonscher);
- 1921 r. – zmiana nazwy *Przeglądu Pediatrycznego* na *Pediatrę Polską*, która stała się forum do publikacji prac naukowych;

- 1944 r. – powstanie pierwszej katedry pediatrii po okresie okupacji niemieckiej w Lublinie (kier. prof. Maria Hirsfeld);
- 1948 r. – powołanie do życia Instytutu Matki i Dziecka (kier. prof. R. Barański);
- 1950 r. – powstanie w Akademii Medycznej w Warszawie pierwszego oddziału pediatrycznego;
- 1977 r. – oddanie do użytku Centrum Zdrowia Dziecka, którego dyrektorem została prof. Maria Goncarzewicz;
- 1984-1989 r. – powstanie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi – ośrodka diagnostyczno-leczniczego w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii i pediatrii.

Pierwszy ogólnopolski zjazd pediatrów odbył się w Warszawie we wrześniu 1922 r., II zjazd odbył się w Poznaniu w 1924 r., III – w Wilnie w 1927 r., IV – we Lwowie w 1931 r, V – w Łodzi w 1938 r. [2].

Podsumowanie

Pediatria w Polsce rozwijała się – podobnie jak w innych krajach – zarówno pod względem organizacyjnym, jak i naukowym. Dorobek naukowy oraz liczba szpitali specjalistycznych i oddziałów dla dzieci w Europie, jak również w Polsce jest

dziś znacząca. Przez szereg lat powstały również liczne stowarzyszenia i fundacje na rzecz dzieci w szpitalu (np. Szpital Pluszowego Misia, Fundacja Mam Marzenie). Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej z 2008 roku zawód pediatry w Polsce wykonywało 7353 lekarzy. Jednak jak przedstawiono w tabeli 1. liczba pediatrów w naszym kraju jest niedostateczna. Konieczne są więc zmiany organizacyjne oraz zasady finansowania świadczeń. Rocznie w polskich szpitalach hospitalizowanych jest około pół miliona dzieci. Z wyjątkiem Warszawy, pediatryczna baza łóżkowa jest zadowalająca lub wystarczająca. Współcześnie około 30% hospitalizacji odbywa się z przyczyn diagnostycznych i społecznych [5]. ■

Piśmiennictwo

1. W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2004.
2. W. Szenajch, *Główne etapy rozwoju pediatrii*, PZWL, Warszawa 1965.
3. T. Brzeziński, *Historia Medycyny*, wyd. IV, PZWL, Warszawa 2004.
4. W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, wyd. III, Sanmedia Sp. z o.o., Warszawa 1994.
5. A. Dobrzańska, *Stan Pediatrii 2010 – propozycje zmian*, Warszawa 2011.

Tab. 1. Liczba dzieci a liczba pediatrów w poszczególnych województwach w Polsce (stan na 2008 r.) [5]

Województwo	Liczba pediatrów	Liczba specjalizujących się	Nie-dobór pediatrów	Liczba dzieci w woj.	Liczba dzieci na 1 pediatrę	Wskaźnik liczba pediatrów na 100 tys. dzieci
Lubuskie	63	13	20	198 646	3153	31,7
Opolskie	201	15	60	183 024	910,5	109,8
Łódzkie	850	30	35	454 512	534,7	187,0
Śląskie	826	68	170	819 083	991,6	100,8
Lubelskie	240	38	10	432 386	1801	55,5
Podkarpackie	168	26	20	441 281	2626,6	38,0
Podlaskie	137	23	5	235 100	1716	58,2
Pomorskie	198	15	40	456 963	2307	43,3
Wielkopolskie	221	127	70	690 530	3124	32,0
Zachodniopomorskie	202	54	100	323 549	1601	62,4
Dolnośląskie	260	76	50	511 017	1965	50,87
Kujawsko-Pomorskie	163	98	100	413 722	2538	39,4
Małopolskie	272	107	100	670 440	2464	40,5
Mazowieckie	452	250	250	980 545	2169	46
Warmińsko-Mazurskie	143	18	20	297 321	2080	48,0
Świętokrzyskie	88	18	40	241 550	2744	36,4



Kodeks Etyki Zawodowej

Przyrzeczenie

Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki /położnej i uroczystie przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.
2. Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.
3. Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.
4. Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.
5. Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.
6. Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.
7. Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniające działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

I. Pielęgniarka/położna a pacjent

1. Pielęgniarka / położna pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do:
 - 1.1. udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,
 - 1.2. udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia,
 - 1.3. udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.
2. We współpracy z pacjentem pielęgniarka / położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
3. Pielęgniarka / położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:
 - 3.1. respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
 - 3.2. realizować świadczenia pielęgniarские za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować
 - 3.3. poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie.
4. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej.
5. Pielęgniarka/położna umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego.
6. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.
7. Pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.
8. Położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu.
9. Pielęgniarka/położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.

II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka

1. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

2. Pielęgniarka/położna nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta.
3. Pielęgniarka/położna ma prawo dostępu do informacji istotnych dla realizacji czynności zawodowych oraz związanych zarówno z bezpieczeństwem osobistym pielęgniarki, jak i bezpieczeństwem pacjenta.
4. Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów.
5. Przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej.
6. Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.
7. Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do działalności na rzecz promocji zdrowia.
8. Pielęgniarka/położna zorientowawszy się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego.
9. Pielęgniarka/położna powinna uczestniczyć w działalności krajowych i międzynarodowych organizacji pielęgniarskich/położniczych na rzecz ochrony zdrowia społeczeństwa, przysparzając tym samym prestiżu zawodowi.
10. Pielęgniarka/położna współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej.
11. Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie.
12. Pielęgniarka/położna powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie.
13. Pielęgniarka/położna powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu.
14. Pielęgniarka/położna chroniąc interesy zawodowe nie powinna współpracować z organizacjami mającymi cele sprzeczne z racjami zawodowymi i moralnymi.
15. Pielęgniarka/położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo-badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji.

III. Pielęgniarka/położna a samorząd pielęgniarek i położnych

1. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie.
2. Pielęgniarka/położna jest obowiązana do przestrzegania uchwał podjętych przez uprawnione organy samorządu zawodowego.

3. Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności zawodowej. Powinni oni dzielić się swoimi doświadczeniami i służyć sobie pomocą. Wzajemna ocena winna być sprawiedliwa, a krytykę należy formułować w sposób bezstronny, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej. W przypadku braku reakcji i powtarzających się błędów pielęgniarka/położna powinna poinformować właściwą Okręgową Radę za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

IV. Pielęgniarka/położna a współpracownicy

1. Pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności.
2. Pielęgniarka/położna nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.
3. Pielęgniarka/położna nauczająca zawodu powinna przekazywać słuchaczom także zasady etyki zawodowej, czuwając nad ich adaptacją zawodową.
4. Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna.
5. Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarkę/położną powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych.
6. Pielęgniarka/położna jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz za podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania.

V. Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa

1. Pielęgniarka/położna zgodnie ze swą wiedzą i kompetencjami powinna czynnie uczestniczyć w zwalczaniu przejawów patologii społecznej.
2. Pielęgniarka/położna powinna brać czynny udział w życiu społecznym i w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego, a także przeciwdziałać praktykom uznanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia.

VI. Przepisy końcowe

1. W przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/położna powinna postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w:
 - 1.1. ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - 1.2. orzecznictwie Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
 - 1.3. uchwałach organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem.
2. Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
3. Kodeks wchodzi w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. ■



Sprawdź się, odpowiedz na pytania

1 W którym roku Minister Edukacji Narodowej wprowadził do oferty edukacyjnej nowy zawód opiekuna medycznego?

- a. 1999 roku.
- b. 2002 roku.
- c. 2007 roku.
- d. 2012 roku.

2 Jaki akt prawny reguluje uznanie kwalifikacji zawodowych położnej w krajach unijnych:

- a. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych.
- b. Dyrektywa 2005/36/WE Unii Europejskiej z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych.
- c. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039).
- d. Nie istnieje akt prawny regulujący uznanie kwalifikacji zawodowych położnej.

3 Pierwszym szpitalem dziecięcym na ziemiach polskich był:

- a. Szpital św. Zofii w Krakowie.
- b. Szpital św. Zofii we Lwowie.
- c. Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.
- d. Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

4 Liczba pediatrów w Polsce jest:

- a. Zdecydowanie za duża.
- b. Wystarczająca.
- c. Niewystarczająca.
- d. Nie da się tego ocenić.

5 Obecnie standardy kształcenia pielęgniarów określa:

- a. Załącznik 4 do Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 r. poz. 572).
- b. Załącznik 4 do Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2000 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 r. poz. 572).
- c. Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 roku w sprawie standardów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makro kierunki /Dz. U. Nr 164, poz. 1166.
- d. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039).

6 ECMO to:

- a. Ekonomiczna opieka pielęgniarstwa.
- b. Pozaustrojowa oksydacja krwi.
- c. Rodzaj transfuzji krwi.
- d. Sprzęt do transfuzji krwi.

7 Ile procent opieki nad chorym sprawuje wysoko wykwalifikowany personel pielęgniarstwa w Niemczech?

- a. 110%
- b. 50%
- c. 75%
- d. 100%

8 Instytucją, która wydaje prawo wykonywania zawodu w Szwajcarii jest?

- a. Szwajcarski Czerwony Krzyż.
- b. Światowa Organizacja Zdrowia.
- c. Ministerstwo Edukacji Wyższej.
- d. Pierwszy szpital zatrudniający pielęgniarkę.

9 Pierwszy program kształcenia w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa został opracowany przez:

- a. Zofię Szlekierównę.
- b. Helen Bridge.
- c. Departament Służby Zdrowia.
- d. Witolda Orłowskiego.

Zapowiedzi Marzec 2013



ABC pielęgnowania

Czy potrafimy słuchać pacjentów? Na ile bierzemy pod uwagę zdanie pacjenta planując opiekę, a na ile to my wiemy lepiej, czego pacjentowi potrzeba? W kolejnym ABC pielęgnowania głos oddajemy pacjentom.



Praca za granicą, cz.3

Wielka Brytania- kolebka pielęgniarstwa od ponad stu pięćdziesięciu lat jest w czołówce pielęgniarstwa. Irlandia leżąca tuż obok, również może się poszczycić wysokim poziomem pielęgniarstwa. Do wizyty w obu krajach zapraszają polskie pielęgniarki pracujące w szpitalach w Londynie i Cork.

Historia zawodu

W marcowej Historii zawodu kolejny życiorys zasłużonej pielęgniarki. Koniecznie przeczytaj o życiu Zofii Szlenkierówny.

Rozwój zawodowy

Rozmowa z Panią Magdaleną Kowalską, specjalistą w dziedzinie HR „Tajniki rozmowy kwalifikacyjnej”.

Praktyka zawodowa

ICNP, NANDA- kasyfikacje praktyki pielęgniarstwa ciągle jeszcze mało znane w naszym kraju, są powszechnie znane na świecie. Ujednolicają język pielęgniarstwa, porządkują i wspomagają przekazywanie informacji o pacjentach. Już w marcu spróbujemy opisać i porównać dwie klasyfikacje.

