

Sztuka Pielęgowania

Nr 4 (4) Grudzień 2012

- 
- 10 **Wizerunek pielęgniarki XXI wieku**
 - 12 **Kariera w pielęgniarstwie - zacznij od CV**
 - 22 **Transkulturowo na święta**
 - 25 **Nie oceniaj książki po okładce**
 - 28 **ABC pielęgnowania - Jean Watson, czy teoria pielęgnowania może być praktyką?**

Aktualności
i wydarzenia

RR Refleksje
Redakcji

ABC
pielęgowania

Dokumentacja
i skale

Plany Sztuki Pielęgowania na rok 2013

Komunikacja i asertywność w zawodzie pielęgniarki

Warszawa, 19.01.2013

Wykładowca Monika Kuliga

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 zanudzisz 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 wniesić w Twoje życie – zarówno zawodowe, jak i osobiste.

Pozycje wertykalne – poród aktywny II edycja

Warszawa, 27-28.01.2013

Wykładowca Agnieszka Herzig

Tematyka szkolenia:

- 1 Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do porodu – przygotowanie kobiety do aktywnego udziału w porodzie.
- 2 Współpraca położnej z rodzącą i jej partnerem na sali porodowej w I okresie porodu.
- 3 Wspieranie fizjologii porodu.
- 4 Pozycje porodowe I i II okresu porodu – zajęcia praktyczne.
- 5 Jak unikać patologizowania porodu i jak sobie z nią radzić.
- 6 Techniki wspierające spontaniczne parcie – niebezpieczeństwa parcia kontrolowanego.
- 7 Znaczenie pierwszego kontaktu „skóra do skóry” – noworodek na sali porodowej.
- 8 Inne niezmedykalizowane spojrzenie na poród.

Zapobieganie przemocy w ochronie zdrowia

Warszawa, 2-3.02.2013

Wykładowcy: Jarosław Pekara i Wojciech Nyklewicz

Oddział Mazowiecki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Wydawnictwo Sztuka Pielęgowania zapraszają na dwudniowy kurs (interaktywne zajęcia, ćwiczenia praktyczne, nie tylko wykłady) przeznaczony dla pielęgniarek i położnych, które muszą skutecznie zapanować nad sytuacją przemocy i agresji w miejscu pracy oraz muszą zapobiegać jej w przyszłości.

Są to intensywne zajęcia warsztatowe, praktyczne w zastosowaniu, o sprawdzonej skuteczności. Po zakończeniu kursu pielęgniarka odczuje wyraźnie większe kompetencje w zakresie zapobiegania przemocy, będzie wiedzieć, co i kiedy zrobić, aby ochronić siebie i innych.

Zastosowanie dramy w pielęgniarstwie. Warsztat dla nauczycieli pielęgniarstwa

Warszawa, 16 i 23.02.2013

Wykładowca Wojciech Nyklewicz

Zagranie kilku ról w etiudach daje możliwość wytworzenia empatii 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 nieoczekiwanej 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 wywołałyśmy emocje, co było dobre i co można jeszcze poprawić we własnym warsztacie nauczania metodą dramy.

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 Bancerowski

Beata Dobrowolska

Agnieszka Herzig

Dorota Jacyna

Lena Kozłowska

Elżbieta Krupińska

Klaudia Massalska

Wojciech Nyklewicz

Katarzyna Pawłowska

Anna Sykut

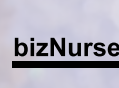
Korekta

Paulina Bator

Skład

GrantProjekt Studio Grafiki

Partnerzy:



Od redakcji



Przed nami ostatni miesiąc roku. Czas podsumowania tego, co było, a także czas planowania przyszłości. Wielu z nas zadaje sobie pytania: *Jaki był ten rok? Co udało mi się osiągnąć? Gdzie odniosłem/am porażkę?* Planujemy również nadchodzący czas, stawiamy sobie nowe cele i wyzwania. Warto pomyśleć wówczas o naszych planach związanych z karierą zawodową. W tym numerze Sztuki Pielęgowania znajdziecie informacje o tym, jak prawidłowo napisać CV. Kto wie, może będzie to kluczowym elementem w podjęciu nowej pracy? Dla tych, którzy nie mieli możliwości uczestniczyć w naszej październikowej konferencji, przygotowaliśmy streszczenia wystąpień z konferencji Wizerunek Pielęgniarki XXI wieku. W grudniowym numerze również studentki pielęgniarstwa kontynuują swój pamiętnik, tym razem pod tytułem „Pielęgniarstwo to mój świadomy wybór” i „Nie oceniam książki po okładce”.

Wraz z końcem roku, kończymy dwa cykle artykułów: na temat choroby Alzheimera oraz dotyczących kapoplastyki stawu biodrowego. Różnorodność tematyki poruszanej w SZP uświadamia nam, jak wiele wyzwań i trudności stoi przed pielęgniarkami. Pomimo tego, że pewne kwestie wydają się nam niemożliwe do rozwiązania, odważnie stawiamy im czoła. O tym, jak skutecznie łączyć teorię pielęgniarstwa z praktyką, przeczytacie w dziale ABC pielęgniarstwa. Na podstawie teorii Jane Watson pokazujemy, że budowanie relacji z drugim człowiekiem jest możliwe w codziennej pracy.

W tym numerze znajdziecie również akcent świąteczny. Polecam lekturę artykułu Wojciecha Nyklewicza w dziale pielęgniarstwo transkulturowe. Czy wiemy jakie święta obchodzą nasi pacjenci z innych kręgów kulturowych? Czy wiemy jak złożyć im świąteczne życzenia? Święta są również czasem, w którym częściej niż na co dzień myślimy o innych ludziach, szczególnie tych najbardziej potrzebujących. Jedną z największych światowych organizacji, która działa na rzecz osób poszkodowanych i potrzebujących jest Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża. O tym jak powstał i rozwijał się, przeczytacie w rozdziale dotyczącym historii naszego zawodu.

Pozostając w tematyce świątecznej chciałabym zarówno w imieniu całej Redakcji, jak i swoim życzyć Państwu spokojnych oraz wesołych Świąt Bożego Narodzenia, a z okazji Nowego Roku pomyślności oraz samych wartościowych doświadczeń, które pomogą w realizowaniu marzeń zarówno zawodowych, jak i związanych z życiem osobistym.

Pozdrawiam i do zobaczenia,
Lena Kozłowska

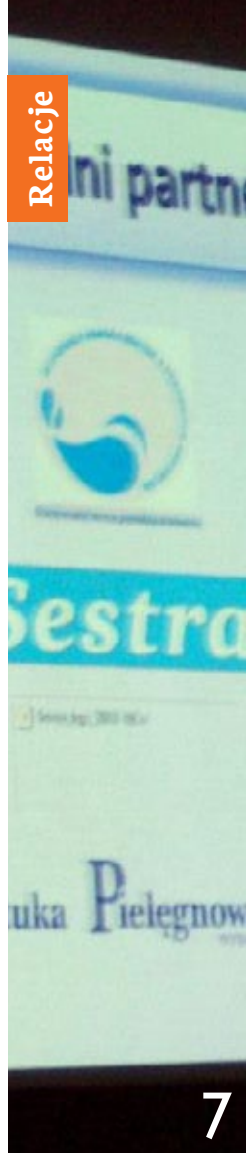
Spis treści



Aktualności

6

Aktualności



Relacje

7

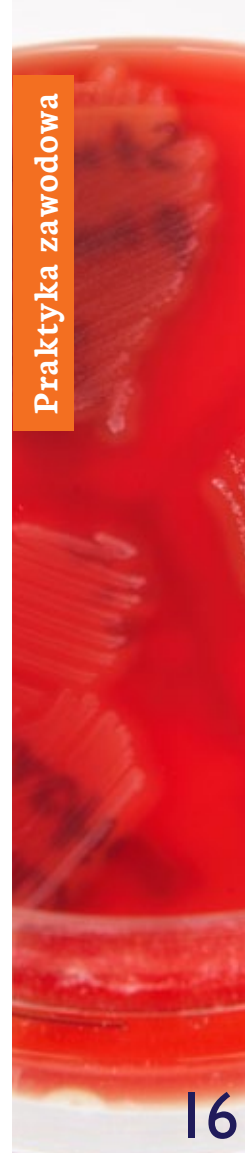
Relacje



Rozwój zawodowy

14

Pielęgniarka Roku



Praktyka zawodowa

16

Zapobieganie zakażeniom szpitalnym

- 6 Aktualności
- 6 Nadchodzące wydarzenia
- 7 Relacje z wydarzeń

Rozwój zawodowy

- 10 Wizerunek Pielęgniarki XXI wieku
- 12 Jak napisać CV?
- 14 Pielęgniarka Roku

Praktyka zawodowa

- 16 Zapobieganie zakażeniom szpitalnym

- 18 Choroba Alzheimera opieka nad pacjentem - Część II
- 20 Postrzeganie hospicjum przez społeczeństwo

Pielęgniarstwo transkulturowe

- 22 Komunikacyjne aspekty świątecznej wielokulturowości w pielęgowaniu człowieka

Pamiętnik

- 24 Pielęgniarstwo! To jest mój świadomy wybór



20

Postrzeganie hospicjum przez społeczeństwo



28

Filozofia humanistycznej troskliwości Jean Watson po prostu ludzka teoria pielęgniarstwa - Część I



31

Podstawowe zabiegi ratujące życie



32

Sprawdź się, Zapowiedzi Styczeń 2013

25 Nie oceniaj książki po okładce

RR czyli Refleksje Redakcji

26 Gdyby pielęgniarstwo nie istniało, byłabym/byłbym...

ABC pielęgnowania

28 Filozofia humanistycznej troskliwości Jean Watson po prostu ludzka teoria pielęgniarstwa - Część I

Historia zawodu

30 Czerwony Krzyż

Dokumentacja i skale

31 Podstawowe zabiegi ratujące życie - BLS

Sprawdź się / Zapowiedzi

32 Sprawdź się

32 Zapowiedzi Styczeń 2013

Kalendarz

33 Kalendarz na 2013 rok



Najnowsza edycja ICNP® już dostępna w polskiej wersji

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej została stworzona z inicjatywy Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) i ma za zadanie ujednolicić język, którym posługują się współczesne pielęgniarki w swojej praktyce klinicznej na całym świecie. Spójność w terminologii medycznej ma dotyczyć czterech elementów: diagnoz, interwencji, działań, wyników.

W Oddziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi od 2010 roku działa jedyne – zarówno w Polsce, jak i w tej części kontynentu Europejskiego – Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Pielęgniarskiej. ICNP do pobrania m.in. na stronie OIPiP w Poznaniu.

Pielęgniarstwo zmienia współczesny świat

Amerykańskim absolwentom szkół średnich i wyższych zadano pytanie: „Jakie zawody zmieniają świat?” Młodzi ludzie w pierwszej dziesiątce ułokowali pracowników ochrony zdrowia.

Za przeprowadzenie badania odpowiada portal internetowy Payscale specjalizujący się w tematyce pracy oraz finansów. W ankiecie wzięło udział 3900 absolwentów. Na pierwszym miejscu rankingu uplasowali się pielęgniarki/pielęgniarze, na drugim pedagogzy specjalni, trzecia lokata przypadła inżynierom biomedycznym.

PFS o normach zatrudnienia pielęgniarek

Polska Federacja Szpitali twierdzi, że podwyższanie norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego musi „iść w parze” ze wzrostem finansowania świadczeń medycznych udzielanych przez polskie szpitale, w przeciwnym razie grozi nam nawet katastrofa ekonomiczna. PFS wyraziło równocześnie poparcie dla podwyższenia norm zatrudnienia w stosunku do personelu pielęgniarskiego. Stanowisko takie wystosował Związek Powiatów Polskich. Federacja zwróciła także uwagę na fakt nadmiernego obciążenia pielęgniarek pracą nie zgodną z ich kwalifikacjami.

PFS uważa, że większą rolę w pracach „prostszych” może odegrać personel pomocniczy – opiekuni medyczni oraz salowe.

Konkurs na film promujący zawód pielęgniarki przedłużony!

Zarząd Główny PTP zdecydował o przesunięciu terminu zgłaszania prac konkursowych w konkursie dla studentów pielęgniarstwa na najlepszy film promujący zawód pielęgniarki w Polsce do końca lutego. Gorąco zachęcamy wszystkich studentów do udziału w konkursie!

Kartę zgłoszeniową oraz więcej szczegółów można znaleźć na stronie: http://www.ptp.nal.pl/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1

Zgłoś zakłucie ostrym narzędziem do PTP

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie poszukuje osób, u których w trakcie swojej praktyki klinicznej doszło do zakłucia. Celem akcji jest poruszenie tematyki bezpieczeństwa medycznego na forum medialnym. Opisane przypadki posłużą do wprowadzenia do waszych miejsc zatrudnienia bezpiecznego sprzętu, chroniącego przed zakłuciami. Przypadki można zgłaszać pod linkiem:

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dEtHuZQwcWFEMTFVTkzeGpkTEg2RIE6MQ#gid=0> wypełniając krótki kwestionariusz. Jeśli wyrażacie na to zgodę w ankiecie, PTP skontaktuje się z wami.

Więcej na: sztukapielęgowania.pl



VII Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Kobieta i cukrzyca”

Warszawa, 7.12.2012

Program ogólny konferencji:

- Wykład gościa zagranicznego
- Seksualność nastolatki z cukrzycą
- Ciąża i antykoncepcja u kobiet. Wskazówki dla edukatora
- Problemy związane z występowaniem powikłań przewlekłych
- Obraz kobiety z cukrzycą z perspektywy edukacji

Miło nam poinformować, że Wydawnictwo Sztuka Pielęgowania jest patronem medialnym Konferencji.

Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze

Częstochowa, 24-27.01.2013

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej zapraszają na XVII Jasnogórską Konferencję Naukową – Szkoleniową Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych pt.: „Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze” Cecily Saunders – rola interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej. Konferencja adresowana jest do pielęgniarek, lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów, kapelanów, wolontariuszy, zainteresowanych problemami pacjentów u kresu życia.



I. Ostrawski Multidyscyplinarny Kongres

Ostrawa, 1-2.02.2013

Organizatorami Kongresu są Czeska Unia Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekcja Opieki Okołooperacyjnej i Sekcja Pielęgniarstwa Kardiologicznego i Kardiochirurgicznego. W programie m.in. zagadnienia dotyczące opieki nad pacjentem w okresie okołooperacyjnym, w tym anestezjologicznej, oraz opieka nad pacjentem kardiologicznym i kardiochirurgicznym.



Pielęgniarstwo: Prawo-Praktyka-Etyka

Warszawa, 14-16.12.2012

Organizatorem Konferencji jest Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, planowane sesje:

- I. Pielęgniarstwo w świetle prawa polskiego i międzynarodowego
- II. Zarządzanie w pielęgniarstwie
- III. Praktyka pielęgniarki i położnej
- IV. Etyka i odpowiedzialność
- V. Varia



XIII Ogólnopolska i III im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Pielęgniarstwo – zawód z tradycjami i z przyszłością”

Ciechanów, 20.12.2013

Proponowane tematy sesji:

- Tradycje zawodu pielęgniarki / pielęgniarsza
- Status zawodu pielęgniarki / pielęgniarsza w przeszłości i obecnie
- Praca pielęgniarki / pielęgniarsza – zawód czy kompetencje?
- Pielęgniarstwo zawodem zaufania społecznego
- Przyszłość zawodu pielęgniarki / pielęgniarsza
- Badania naukowe w pielęgniarstwie
- Varia



VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

Karpacz 26-28.09.2013

Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki i Koledzy!
W imieniu Komitetów Organizacyjnego i Naukowego serdecznie zapraszam Członków oraz Sympatyków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki do udziału w VIII Zjeździe PTPAiO. Program naukowy Zjazdu obejmie szeroką tematykę zagadnień związanych z nauką, praktyką oraz etyką w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki. Zachęcamy do nadsyłania prac związanych z tematyką zjazdu. Szczegółowe informacje wraz z kartą uczestnictwa ukażą się w styczniu 2013 roku na stronie internetowej naszego Towarzystwa www.ptpao.pl.

Serdecznie zapraszam do Karpacza
Prezes PTPAiO
Paweł Wit

Więcej informacji oraz linki do stron organizatorów na stronie sztukapielęgowania.pl

III Beliańskie Dni Pielęgniarstwa - Pielęgniarstwo ponad granicami „Innowacje w pielęgniarstwie”

W dniach 8-9 listopada 2012 r. w Tatrzańskej Kotlinie (Słowacja) odbyły się III Beliańskie Dni Pielęgniarstwa pod tytułem „Innowacje w pielęgniarstwie”. Organizatorami konferencji byli: Sanatorium Tatrzańska Kotlina, Słowacka Izba Pielęgniarek i Położnych, Sekcja Pielęgniarstwa w Gruzlicy i Chorobach Płuc, Regionalna Izba Pielęgniarek i Położnych Wysokie Tatry, Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie, Katolicki Uniwersytet w Rużomberku Wydział Nauk o Zdrowiu, Południowoczeski Uniwersytet w Czeskich Budziejowicach Wydział Nauk o Zdrowiu i Pracy Socjalnej.

Międzynarodowa konferencja zgromadziła liczne pielęgniarki i pielęgniarzy z Czech, Słowacji i Polski.

Wśród tematów wykładów znalazły się: „Promowanie zmian w praktyce pielęgniarskiej” – M. Laurinc, „Koncepcja zdrowia publicznego a rozwój pielęgniarstwa w Polsce” – G. Rogala – Pawelczyk, „Zmiany legislacyjne w zakresie pielęgniarstwa w Polsce” – B. Cholewka, „Edukacja w pielęgniarstwie pod wpływem innowacji” – M. Magerčíková, „Historia Słowackiej Izby Pielęgniarek i Położnych 1992-2002” – I. Tothová, M. Lévyová, „Zastosowanie psychodramy Gestalt w dyskusji panelowej podczas pielęgniarskiej

konferencji” – W. Nyklewicz, „Migracje zawodowe pielęgniarek w XX wieku” – A. Cisińska, „Aktualny stan oporności na antybiotyki stosowane w leczeniu gruźlicy” – I. Porvaznik, J. Mokř, I. Solovič, „Próba oceny wiedzy rodziców chorych na gruźlicę w zakresie opieki” – J. Witanińska, H. Patyna, „Gruźlica- postępowanie w praktyce pielęgniarskiej” – L. Kober, „Opieka nad pacjentem w czasie zabiegu neurochirurgicznego” – Ł. Tokšiar, J. Pekara.

W czasie konferencji odbyły się również warsztaty poprowadzone przez Jaroława Pekarę na temat zapobiegania

przemocy w ochronie zdrowia – pod tytułem „Nie dolewaj oliwy do ognia”, które udowodniły, że nie zależnie od tego, w którym kraju pracujemy, spotykamy te same problemy i przeszkody w pracy.

Konferencja to oczywiście nie tylko wykłady, poza spotkaniami w sali konferencyjnej i kularach organizatorzy przygotowali wieczór towarzyski, a osoby chętne mogły zwiedzić leżącą w pobliżu Jaskinię Beliańską czy malowniczy Poprad. Jest to możliwość spotkania pielęgniarek i pielęgniarzy z innych krajów, wymiany doświadczeń, nawiązywania współpracy i przyjaźni.

Konferencja z roku na rok przyciąga coraz więcej uczestników, również z Polski. Niestety kolejne Beliańskie Dni Pielęgniarstwa dopiero w 2014 r., mamy jednak nadzieję na zorganizowanie Warszawskich Dni Pielęgniarstwa. Szczegóły wkrótce na naszej stronie.

Wywiad Sztuki Pielęgowania z Łukaszem Koberem

Przewodniczącym Regionalnej Izby Pielęgniarek i Położnych Vysoké Tatry, Słowacja

Jak powstał pomysł o utworzeniu Beliańskich Dni Pielęgniarstwa? Czy od początku miała to być konferencja międzynarodowa, dla pielęgniarek z różnych krajów?

Pomysł zorganizowania międzynarodowej konferencji dla pielęgniarek i położnych w ramach regionu Vysoké Tatry powstał w 2010 roku, kiedy jako nowy przewodniczący Regionalnej Izby Pielęgniarek i Położnych Vysoké Tatry przejąłem sztafetę tej funkcji od mojej poprzedniczki pani Profantovej. Następnie, po zapoznawczym tournée po 7 sanatoriach i innych zakładach opieki zdrowotnej, które wspólnie tworzą obszar działania Regionalnej Izby oraz po spotkaniach z pielęgniarkami naczelnymi tych ośrodków, zacząłem przemyślać pomysł zorganizowania jakiejś konferencji na naszym terenie, ale jeszcze jako jednorazowej, nie cyklicznej. Chodziło o jednorazowe wydarzenie. Dopiero gdy spotkałem się z pielęgniarką naczelną Sanatorium Tatranská Kotlina – panią Daną Halečkovą, ten pomysł zaczął nabierać realnych kształtów. Wspólnie ustaliliśmy, że zorganizujemy konferencję w Sanatorium, a jej nazwę utworzyliśmy ze względu na lokalizację w Beliańskich Tatrach (w języku polskim funkcjonuje nazwa geograficzna Bielskie Tatry – przy. tłumacza). Pierwsza Konferencja była bardziej skoncentrowana na zagadnieniach klinicznych z głównym tematem pulmonologii i ftyzjatrii, ponieważ sanatoria i instytuty zlokalizowane w Tatrach wyspecjalizowane są w leczeniu chorób płuc. Już na początku zaproponowaliśmy możliwość uczestniczenia pielęgniarek spoza granic Słowacji. Uświadamialiśmy sobie bliskość czeskich pielęgniarek, które już od lat brały udział w naszych konferencjach, ale jeszcze bardziej uświadamiliśmy sobie bliskość polskich pielęgniarek. Dlatego w pierwszym komunikacie zapisaliśmy, że językami wykładowymi będą języki słowacki, czeski i polski. Pierwszy mail wysłałem do Krakowa, ale nie dostałem odpowiedzi, jednak na koniec napisał do mnie pan Nyklewicz, który komunikat o Bielańskich Dniach Pielęgniarstwa paradoksalnie znalazł na stronie internetowej Czeskiego Towarzystwa



Pielęgniarskiego, i zapytał mnie o zgodę na przetłumaczenie komunikatu o konferencji na język polski. Oczywiście, z radością zgodziłem się na przekład. W taki sposób zaczęła się, dziś już bardzo intensywna współpraca pomiędzy słowackimi i polskimi pielęgniarkami, która zaczyna być bardziej ścisła i intensywna niż współpraca z czeskimi koleżankami i kolegami, z którymi nie mamy żadnej językowej bariery. Po prostu Polacy i Słowacy są bardzo sobie bliscy, a ja jestem dumny, że mam w Polsce dużo znakomych przyjaciół. Dzięki Beliańskim Dniom Pielęgniarstwa.

Jaka jest główna idea konferencji?

Główna idea konferencji powstała tym razem w Polsce, a konkretnie w Łodzi. Choć pierwsze nasze spotkanie odbyło się na Słowacji, pomysł pielęgniarstwa ponad granicami realizował Wojciech Nyklewicz podczas Łódzkich Dni Pielęgniarstwa, konferencji, która odbyła się niecały rok po I. Beliańskich Dniach Pielęgniarstwa. Główna idea jest bardzo prosta – znieść między naszymi narodami granice, zacząć współpracować,

poszukiwać wspólne rozwiązania problemów, wspólnie wyprowadzać pielęgniarstwo na wyższy poziom. Pamiętamy także o międzyludzkich relacjach. Dzięki pielęgniarstwu bez granic zdobyłem przyjaciół w Polsce, a nie byłoby to możliwe bez pielęgniarstwa bez granic, nie byłoby to możliwe w toku zwyczajnych konferencji... w czasie jakichś Dni Pielęgniarstwa, choćby Beliańskich czy Łódzkich.

Czy pielęgniarki i pielęgniarze są zainteresowani pielęgniarstwem bez granic?

Co roku jest coraz większe zainteresowanie. Spróbujmy zobaczyć, co nas czeka w przyszłości? Zaczęliśmy od Beliańskich Dni Pielęgniarstwa, poprzez Łódzkie aż do Warszawskich, a być może odbędą się również Lwowskie Dni Pielęgniarstwa. Czyż nie udało nam się zlikwidować granic między pielęgniarkami? Już teraz mogę skonstatować, że projekt pielęgniarstwa bez granic odniósł sukces.

Tłumaczenie: Wojciech Nyklewicz

INFORMACJA PRASOWA

Nasze bezpieczeństwo to także bezpieczeństwo pacjenta

- Dyrektywa 32/2010/EU.

Ochrona zdrowia i bezpieczeństwo wykonywania zawodów medycznych w UE.

Po raz pierwszy w Polsce 6 listopada 2012 w Centrum Dydaktyczno-Klinicznym UM w Łodzi odbyło się międzynarodowe seminarium na temat ekspozycji zawodowej na czynniki biologiczne personelu medycznego. Spotkanie było rezultatem wizyty seminaryjnej pielęgniarek w Brukseli w dniu 17 września 2012 r. i dotyczyło znaczenia UE dla ochrony zdrowia i zawodów medycznych dla studentów, towarzyszyła mu ekspozycja bezpiecznego sprzętu medycznego. To także kontynuacja cyklu działań na rzecz bezpiecznego środowiska pracy w Polsce.

Spotkanie miało na celu omówienie problemu zakłuć ostrymi narzędziami wśród pielęgniarek i położnych, ocenę ryzyka zakażenia czynnikami chorobotwórczymi – zwłaszcza wirusami hepatotropowymi, jak: HBV, HCV, HIV – oraz wymianę doświadczeń między krajami UE oraz ocenę implementacji Dyrektywy 32/2010/EU w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU.

Udział w nim wzięło około 100 pielęgniarek, głównie z Łodzi ale też z innych miast Polski. Zaproszono także przedstawicieli stowarzyszeń pielęgniarskich z innych krajów takich jak: Czechy – Czeskie Towarzystwo Pielęgniarskie reprezentowały: Jindra Kracíková i Jindřiška Pavlicová; Bułgaria – Bułgarskie Stowarzyszenie Profesjonalistów Ochrony Zdrowia w pielęgniarstwie reprezentowała Milka Vasilieva – prezes. Słowację reprezentowała Maria Levyova – prezes Słowackiej Izby Pielęgniarek i Położnych, Rumunia była reprezentowana w osobie Carmen Maziilu – prezes Rumuńskiej Izby Medycznej, Oddział w Bukareszcie.

Wśród wykładowców były także prof. dr hab. Maria Gańczak i dr n. med. Bożena Gorzkowicz (ekspert Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w zakresie środowiska pracy), reprezentujące Pomorski Uniwersytet Medyczny. Łódzkie środowisko wykładowców reprezentowali: dr Marcin Rybacki z Instytutu Medycyny Pracy oraz mgr Dorota Kilańska z PTP Oddział w Łodzi.

Swoją obecnością zaszczytili nas również: mgr Agnieszka Kałużna – przewodnicząca ORPIP, prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Zieliński – pełnomocnik ds. Pielęgniarstwa Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz mgr Janina

Żurawska – przewodnicząca PTP oddziału w Łodzi.

Międzynarodowe gremium pielęgniarek, pochyliło się nad problemem implementacji Dyrektywy 32/2010/EU w krajach UE. Polska jest zobowiązana do 11 maja 2013 r. wprowadzić Dyrektywę 32 z dnia 10 maja 2010. Dokument uznaje, że codzienna praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję, poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Wykładowcy przedstawili stan implementacji dyrektywy w krajach UE oraz działania w tym zakresie w Polsce. Dwa ciekawe wykłady: „Ekspozycje zawodowe na krew w Polsce – skala problemu i czynniki ryzyka” oraz „Analiza porównawcza rejestracji krwiopochodnych ekspozycji zawodowych w wybranej placówce województwa zachodniopomorskiego” przedstawili przedstawiciele Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. W Polsce szacunkowo dochodzi rocznie do 37 tys. zakłuć ostrym sprzętem medycznym, czyli do ok. 100 zakłuć dziennie, najczęściej podczas wykonywania iniekcji, zakładania kaniuli dożylnych, pobieraniu krwi, ale i podczas zdejmowania igły ze strzykawki lub wkładania zużytej igły do pojemnika. Brakuje jednak obecnie jednorodnego modelu postępowania poekspozycyjnego.

W rozporządzeniu przygotowywanym przez GIS brakuje zapisów, które zobowiązałyby pracodawców do wprowadzenia bezpiecznego sprzętu w Polsce – co uczyni tę pracę bezpieczniejszą i atrakcyjniejszą dla pielęgniarek. Kierowca, jadąc autem, nigdy nie wie, kiedy może ulec wypadkowi groźnemu dla jego życia, jednakże jeśli auto wyposażone jest w poduszki powietrzne, szansa jego przeżycia znacznie wzrasta. Stosując bezpieczny sprzęt, można zapobiec 56% wszystkich zakłuć. Badania francuskie wykazały, iż 12 z 13 zakłuć, które skutkowały zakażeniem hepatitis C i HIV, można by zapobiec, gdyby posługiwano się bezpiecznym sprzętem [Journal of Hospital Infection 2009;71(2):183-4]. Co najmniej 50% przypadków zakłuć igłami z różnych przyczyn nie jest raportowanych. Zaproszeni goście jednym głosem podkreślali ważną rolę produktów nowej generacji zaprojektowanych z myślą o bezpiecznej pracy.

Dyrektywa EU 32/2010 nakazuje zintegrować działania, które wraz z wprowadzeniem jej w życie powinny zostać podjęte. Za najważniejsze uznali:

1. prowadzenie ujednoliconego systemu oceny ryzyka;
2. raportowanie zakłuć według ogólnokrajowego standardu postępowania;
3. wdrożenie działań profilaktyczno-prewencyjnych w postaci obowiązkowych szkoleń dla pracowników i pracodawców;
4. prowadzenie badań monitorujących ekspozycję zawodową według ujednoliconej metodologii.

Rzetelna informacja na temat kosztów zakłuć wskazuje, że leczenie, absencja chorobowa, koszty administracyjne przewyższają wielokrotnie koszt zakupu bezpiecznego sprzętu. Obecnie trudno jest podać rzetelne dane z uwagi na różne metodologie prowadzonych badań i dobór grupy. Można domniemywać, że jeżeli rocznie dochodzi w Polsce do 37 tys. zakłuć, to samo postępowanie poekspozycyjne kosztuje społeczeństwo rocznie 222 mln złotych. Kolejne koszty to te, które poniesiemy w związku z leczeniem osób zakażonych w wyniku zranienia (trudne do oszacowania). Według dr hab. n. med. M. Gańczak tylko 1 na 6 zranień jest zgłaszane, czyli kolejne koszty poniosą pacjenci, którymi nie będzie miał się kto opiekować. Już dzisiaj bardzo często 1 pielęgniarka ma pod opieką kilkadziesiąt pacjentów jednocześnie... Zakup 100 tys. bezpiecznych igieł to koszt 20 tys. złotych, czyli koszt zaledwie 3 – 4 postępowań poekspozycyjnych.

Z badań przedstawionych przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział w Łodzi wynika, że pielęgniarki pracujące szybko, pod presją i ponad swój normalny wymiar pracy częściej ulegają zakłuciom igłą od pacjenta (ekspozycja), a problem ten dotyczy nawet ¾ populacji badanych pielęgniarek.

Badania wskazują także na niską świadomość ryzyka ekspozycji zawodowej wśród pracowników medycznych, zaś dostawcy sprzętu medycznego, nie mają obowiązku przeprowadzenia szkolenia w zakresie prawidłowego posługiwania się nim. Proces implementacji Dyrektywy wymaga zaangażowania Towarzystw, Stowarzyszeń Ochrony zdrowia. Współpraca z zarządzającymi palcówkami służby zdrowia to droga dla pozyskania prostego i dobrego narzędzie do

zmniejszenia liczby zakłuc. Należy pamiętać, że zawsze lepiej przeciwdziałać niż leczyć, koszt jednej procedury poekspozycyjnej to ok 6 tys. zł (badania i leki retrowirusowe) a leczenie zakażonego pracownika to już koszt kilkudziesięciu tysięcy, nie zapominając o skutkach emocjonalnych i społecznych których nie da się zmierzyć.

Pielęgniarki – dbając o zdrowie – narażają zdrowie, ale można to ryzyko

zminimalizować poprzez budowanie świadomości, szkolenia, a przede wszystkim zapewnienie bezpiecznego sprzętu, którego koszt jest nieporównywalnie niski z kosztami, jakie ponosi budżet państwa, ale i pracodawcy na postępowanie poekspozycyjne, leczenie zakażonych wirusem HCV czy HIV.

Uczestnicy spotkania ustalili, że podejmą współpracę w zakresie implementacji Dyrektywy 32/2010/UE do prawodawstwa

poszczególnych krajów, przygotowują Raport dot. implementacji Dyrektywy, który zostanie opublikowany w ww. Krajach. Organizacje pielęgniarskie przygotowują wspólny Raport do Komisji Europejskiej z działań instytucji rządowych w tym zakresie oraz analizę implementacji Dyrektywy i wpływu norm prawnych po 11 maja 2012 r. na zdrowie publiczne obywateli i bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia.

Wizerunek Pielęgniarki XXI wieku

Jaki jest Wizerunek Pielęgniarki XXI wieku? Na to pytanie staraliśmy się szukać odpowiedzi w czasie konferencji o tym tytule, którą zorganizowaliśmy wspólnie z Zakładem Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w dniu 12 października br.

Wizerunek zawodowy pielęgniarki, a etyka pielęgniarska. Jakiej etyki potrzebuje pielęgniarka XXI wieku?

dr Beata Dobrowolska,
Uniwersytet Medyczny, Lublin

To, w jaki sposób postrzega społeczeństwo zawód pielęgniarki zdecydowanie zależy od tego, jaką postawę pielęgniarki prezentują w swojej pracy zawodowej. Dlatego łączenie tych dwóch kwestii jest jak najbardziej uzasadnione i oczywiste. Jednak warto zadać pytanie, jakiej etyki zawodowej potrzebuje pielęgniarka XXI wieku. Biorąc pod uwagę fakt bardzo szybkiego rozwoju nauk (nie tylko medycznych), jak również kwestię transformacji społecznej, mamy często wrażenie, że tradycyjna etyka filozoficzna może nie wystarczyć w sytuacji coraz bardziej skomplikowanych dylematów moralnych, z jakimi spotyka się pielęgniarka w swojej codziennej pracy. Jednocześnie, wartości oraz wypływające z nich zasady etyczne, które pielęgniarstwo wykreowało od początku swojego istnienia nie tracą na swojej aktualności. Doświadczamy tego, kiedy czytamy m.in. Notes on Nursing Florencji Nightingale. Stąd wydaje się być konieczne łączenie tego, co wypracowane przez stulecia w praktyce opiekuńczej, a potem poprzez profesjonalne pielęgniarstwo z tymi aspektami szeroko rozumianej etyki medycznej, na które zwracają uwagę współcześni etycy.

Samodzielność zawodowa

mgr Elżbieta Krupińska, Szpital Rejonowy, Kłobuck

Pielęgniarstwo jest zawodem samodzielnym co wyraźnie określa Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku. Pielęgniarki przebyły

długą i niełatwą drogę aby z usługowej i podporządkowanej woli pacjenta i lekarza „siostry” stać się świadczeniodawcą, samodzielnym pracownikiem ochrony zdrowia, partnerem dla pacjenta i innych pracowników medycznych. Ta wolność jednak okupiona jest odpowiedzialnością w szerokim znaczeniu tego słowa. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność zawodową, prawną, cywilną, pracowniczą i moralną. Już nie jest tylko wykonawcą, który ma obowiązek bezwarunkowej realizacji poleceń, ale pracownikiem ponoszącym konsekwencje swoich samodzielnych działań w ramach posiadanych kompetencji. Nawet czynności podporządkowane decyzji lekarza są rozpatrywane w kategorii współodpowiedzialności.

Rola oceny pracowniczego w budowaniu wizerunku pielęgniarki XXI wieku

mgr Monika Kuliga,
Szpital św. Rafała, Kraków

Ocena pracownicza jest jednym z niezwykle istotnych składowych efektywnego zarządzania zasobami ludzkimi. Motywuje pracowników do działania, wzmacnia ich efektywność, ukazuje zarówno ich mocne strony, jak i obszary do rozwoju, pozwala wyróżnić i nagradzać talenty oraz ułatwia adaptację nowym pracownikom. Jest okazją do szczerzej rozmowy podwładnego z jego bezpośrednim przełożonym na temat warunków pracy, własnych aspiracji zawodowych i problemów.

Niestety, w pielęgniarstwie ocena pracownicza jest stosunkowo rzadko stosowana, a jeśli już, to w niewłaściwy sposób.

Celem niniejszej pracy jest przybliżenie Państwu istoty i korzyści płynących z zastosowania oceny pracowniczego

w pielęgniarstwie oraz ukazanie jej miejsca w budowaniu pozytywnego wizerunku pielęgniarki XXI wieku.

Czerniejewska do wypisu!

mgr Agnieszka Herzig,
położna, Szpital Miejski, Wiedeń Austria

Co czujemy słysząc swoje nazwisko w ten sposób wywoływane na szpitalnym korytarzu?

Co budzą w nas słowa, których nie rozumiemy? Jaki wpływ ma na nas uśmiech i życzliwość osoby, na której pomoc jesteśmy zdani?

Wydaje się, że mały wpływ na nasze samopoczucie i procesy leczenia mają kontakty z otoczeniem, a tak nie jest. Z badań nad zastosowaniem placebo wiemy, jak duży potencjał tkwi w sile przekonania o tym, że otrzymany środek pomoże nam załagodzić ból. Jak możemy tę wiedzę wykorzystać, aby nie zniweczyć dobrej opieki i pielęgnacji. Siła słowa może podnieść wydajnie nie tylko dobre samopoczucie tych których pielęgnujemy ale spowodować, że my sami będziemy to robić z większym przekonaniem i skutkiem.

Na jakie pytania powinniśmy się przygotować i jakich udzielać na nie odpowiedzi, z kim i jak to konsultować, żeby pacjent nie słyszał często odpowiedzi „proszę zapytać o to lekarza prowadzącego”, „ja za to nie odpowiadam”, „o tym dowie się Pan/Pani na wizycie lekarskiej”. Jak czujemy się sami, gdy jesteśmy odsyłani do kogoś innego?

Zatrzymajmy się na chwilę i posłuchajmy, co i jak mówimy i jaki skutek może to przynieść. Zadbajmy o nasz zawodowy język, aby był zrozumiały i dostępny dla tych których pielęgnujemy

Budowanie marki w pielęgniarstwie – doświadczenia własne

mgr Wojciech Nyklewicz, Łódź

Pielęgniarstwo to zawód z kategorii „obsługa klienta”. Bezpośredni kontakt z pacjentami stwarza duże możliwości

w zakresie budowania wizerunku osobistego i grupy zawodowej, a także budowania wizerunku i marki podmiotu opieki zdrowotnej, w którym jest się zatrudnionym lub podmiotu indywidualnej albo grupowej praktyki pielęgniarskiej. Ogólna opinia o jakości ochrony zdrowia kształtowana jest w dużej mierze przez pielęgniarki. Ponadto zawód ten stwarza naturalną możliwość budowania własnego nazwiska jako marki. Celem niniejszego wystąpienia będzie prezentacja możliwości „budowania wizerunku”, „kreowania marki” oraz „budowania nazwiska” w pielęgniarstwie i w nauczaniu pielęgniarstwa.

Na przykładach konkretnych osób i instytucji zostanie przedstawiony panteon gwiazd polskiego pielęgniarstwa kontra zagraniczne gwiazdy pielęgniarskie. Omówione będzie zjawisko deprecjacyjnego wpływu wizerunku grupy zawodowej na budowanie zaufania wobec kompetencji pielęgniarskich. Zaprezentowane zostaną, czynniki kształtujące „pozytywny wizerunek”, „dobrą markę” i „znane nazwisko”.

Wizerunek pielęgniarki w mass mediach

mgr Agnieszka Górecka-Mazur,
Zespół Jednostek Edukacyjnych
Województwa Małopolskiego, Kraków

W kreowaniu wizerunku pielęgniarki pozytywny wpływ zawdzięczamy symbolom zawodowym, natomiast negatywny środkom masowego przekazu. Media niestety dość rzadko prezentują codzienność, ciężką, pełną trudu i poświęcenia pracę pielęgniarek. Głównie skupiają się na prezentowaniu niestosownych reklam, plakatów, stron internetowych, czy seriali, które przedstawiają zawężony obraz pielęgniarki i jej roli w systemie ochrony zdrowia. (...)

Symbole i tradycje pielęgniarstwa stanowią od wielu lat atrybut społeczny zawodu i kreują tożsamość zawodową pielęgniarki. Symbole, tradycja, unikatowe ceremonie takie jak: „czepkowanie”, „paskowanie” nadają pielęgniarstwu wysoką rangę zawodową. Istnieje wiele argumentów przemawiających za tym, iż zawód pielęgniarki jest zawodem niezwykłym o charakterze powołania, dlatego powinien stanowić powód do dumy i prestiżu społecznego.

Opinie studentów pielęgniarstwa na temat roli mężczyzn w zawodzie pielęgniarskim

lic.piel. Ewa Stec, lic.piel. Faustyna Prokop, lic.piel. Remigiusz Erkiert, studenci
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Celem pracy było zbadanie opinii studentów pielęgniarstwa na temat roli



mężczyzn w zawodzie pielęgniarskim. Badania zostały przeprowadzone w 2011 roku na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Do badania zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który zawierał 8 pytań. Badania mają charakter pilotażu. (...) Według większości badanych studentów, pielęgniarze są potrzebni na stanowisku pielęgniarskim (n=88). Badani studenci ocenili, że pacjenci mając kontakt z pielęgniarką na oddziale reagują pozytywnie, najczęściej lekkiem zaskoczeniem 66,67% czy, zdziwieniem 16,67%. Brak szczególnej reakcji wskazało 14,44% ankietowanych a tylko 2% stwierdziło, że reakcja jest negatywna.

Porównanie wizerunku pielęgniarki polskiej i brytyjskiej

lic.piel Dorota Chodkowska Cornford
House, Pembury Wielka Brytania

Wizerunek pielęgniarki w Polsce i Wielkiej Brytanii jest różnie postrzegany w zależności od kraju, kultury, ale i od człowieka, który pielęgniarki obserwuje z zewnątrz oraz przez takiego, który pomocy pielęgniarskiej potrzebuje. Z mojego doświadczenia, praca pielęgniarki w Wielkiej Brytanii różni się pod wieloma względami, ale pod kilkoma jest podobna do pracy pielęgniarki w Polsce.

Różnice zauważalne są min. w kształceniu i rejestracji pielęgniarek, samodzielności zawodowej i zakresie kompetencji, czy wyglądzie zewnętrznym.

Pielęgniarka w sieci

mgr Dorota Jacyna,
Oddział Mazowiecki PTP

XXI wiek przynosi wiele wyzwań dla pielęgniarek i położnych. Jednym z nich jest coraz więcej nowoczesnych technologii znajdujących zastosowanie w naszej

praktyce zawodowej, wśród nich obecność komputerów i Internetu w praktycznie każdym miejscu pracy pielęgniarek i położnych. Trochę się przed tym broni, bo to coś nowego, nie znanego. Tymczasem komputer z jego możliwościami może całkiem niespodziewanie okazać się naszym całkiem łatwym w obsłudze sprzymierzeńcem. Na świecie od dawna znany i wykorzystywany przez pielęgniarki i położne – liczne strony zawodowe, szkolenia on-line, czasopisma, blogi, fora również w Polsce znajdują coraz więcej fanów. W czasie prezentacji przedstawione zostały polskie strony przeznaczone dla pielęgniarek i położnych.

Telepielęgniarstwo

mgr Katarzyna Pawłowska, mgr Lena Kozłowska, prof. dr hab.n.med. Anna Doboszyńska, Warszawa

Telepielęgniarstwo to dostarczanie, zarządzanie oraz koordynowanie świadczeń pielęgniarskich dzięki technologii informacyjnej oraz telekomunikacyjnej. W ostatnich latach jest wykorzystywane na rynkach medycznych w krajach rozwiniętych. W Polsce telepielęgniarstwo nadal jest nowością i budzi wiele kontrowersji. Wiedza na temat tego typu świadczeń powinna być rozpowszechniana, a ogólne wdrożenie do systemu ochrony zdrowia rozważane. Telepielęgniarstwo pozwala zwiększać efektywność opieki oraz dostęp do niej. Zwiększanie wydajności pracy pielęgniarek jest szczególnie ważne, gdyż ich liczba z roku na rok maleje. Obecnie opieka pielęgniarska świadczona przy użyciu technologii informacyjnej oraz telekomunikacyjnej jest realizowana w wielu dziedzinach m.in.: pielęgniarstwa kardiologicznego, pielęgniarstwa pulmonologicznego, opiece domowej, opiece po udarze, czy ocenianiu stanu zdrowia chorego.

Jak napisać CV?



Adriana Dmitriew
Business Development Manager
MedPharm Group

Przemyślane i dopracowane CV może otworzyć nam drzwi do wymarzonej kariery. Należy pamiętać, że na przeczytanie życiorysu, którego stworzenie zajęło nawet kilka godzin, potencjalny pracodawca ma około minutę. Jak przygotować CV, od którego nie będzie mógł oderwać wzroku?

Po pierwsze – profesjonalizm. Dobre CV rządzi się swoimi prawami i warto je uwzględnić. Należy pisać krótko, zwięźle i koniecznie w formie bezosobowej („organizacja” zamiast „organizowałem”). Nie może być też chaotyczne. Logiczny, uporządkowany układ pozwoli czytającemu skupić się na przebiegu edukacji i kariery, a zdjęcie dobrej jakości i w odpowiednim ubiorze pozostawi profesjonalny wizerunek. Należy uważać na błędy – poprawna pisownia i brak błędów językowych powinny być standardem.

Po drugie – rachunek sumienia. Należy się zastanowić, jakie są nasze atuty i w czym jesteśmy najlepsi, a następnie podkreślić to w swoim CV. Ważne, aby

pisać prawdę, gdyż pracodawca z łatwością zweryfikuje każdy fakt, a wyjście na jaw kłamstwa będzie nie tylko kompromitacją, ale przede wszystkim odbierze szansę na zaproszenie na rozmowę kwalifikacyjną. Dotyczy to także zainteresowań i znajomości języków obcych!

Po trzecie – oryginalność. Tworząc CV warto się także zastanowić, co mogłoby przykuć uwagę i zaintrygować pracodawcę i zadbać także o część wizualną, która będzie idealnym dopełnieniem treści.

Po czwarte – jakość. Należy pamiętać, że często mniej znaczy więcej. Niektóre informacje są nieistotne dla pracodawcy – być może warto z nich zrezygnować? Doświadczenie zawodowe powinno być w odpowiedni sposób dopasowane do oferty pracy, na którą aplikujemy. Warto także przemyśleć, które dane będą atutem w branży, w której chcemy pracować, a które są zbędne. Nadmiar informacji może sprawić, że czytający CV odłoży je na bok. Trzeba zatem skupić się na konkretach!

Po piąte – forma. Warto trzymać się zasad i standardów, które przyjęły się w CV. Oprócz danych personalnych

powinno się w nim znaleźć informacje o wykształceniu i doświadczeniu zawodowym, najlepiej w porządku chronologicznym. Ponadto należy wymienić przebyte kursy, staże i praktyki, a także dodatkowe umiejętności, takie jak znajomość języków obcych (tutaj warto wspomnieć o posiadanych certyfikatach) i obsługa komputera. Na koniec powinno się także wspomnieć o swoich zainteresowaniach, ale warto przy tym pamiętać, że podczas rozmowy kwalifikacyjnej może paść pytanie na ten temat.

Poniżej przedstawiamy przykładowe CV. Tworząc własne, warto zwrócić uwagę na przejrzysty layout i odpowiedni układ nagłówków. Ważne, aby uwzględnić w nim również wszystkie przebyte kursy i zdobyte certyfikaty, które mogą być atutem dla przyszłego pracodawcy. Po napisaniu CV i zastosowaniu się do powyższych rad pomocne może być pokazanie go komuś, kto spojrzy na nie krytycznym okiem i znajdzie ewentualne niedociągnięcia.

Kolejnym krokiem jest już tylko rozmowa kwalifikacyjna.

Życzymy powodzenia!



CURRICULUM VITAE

Anna Kowalska

DANE PERSONALNE

Data urodzenia:
Adres zamieszkania:
Nr telefonu:
E-mail:

dane kontaktowe w
widocznym miejscu

WYKSZTAŁCENIE

10.2000-06.2003 **Warszawski Uniwersytet Medyczny, kierunek: pielęgniarstwo**

09.1996-06.2000 Liceum Ogólnokształcące nr XII w Warszawie

profesjonalne zdjęcie
na stonowanym tle

wymieniając ścieżkę
edukacji oraz
doświadczenie zawodowe
należy zacząć od ostatnich

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

06.2003-11.2012 **Szpital Bielański w Warszawie, pielęgniarka chirurgiczna**

Zakres obowiązków:

- Leczenie ran
- Ocena stanu zdrowia i badanie fizykalne
- Pielęgowanie chorego z urazem wielonarządowym niewymagającego intensywnego nadzoru
- Włączanie pacjenta chirurgicznego i jego rodziny do współpracy w procesie leczniczo-pielęgnacyjnym
- Organizowanie opieki pielęgniarstwa
- Dokumentowanie świadczeń zdrowotnych

warto
wymienić
zakres
wykonywanych
obowiązków

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

Język angielski zaawansowany w mowie i piśmie
Język rosyjski komunikatywny

należy wymienić tylko
te języki, które znamy
w stopniu minimum
komunikatywnym

DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI

Prawo jazdy kat. B
Znajomość MS Office (Word, Excel, Power Point)

ZAINTERESOWANIA

Siatkówka, taniec

lista znajomości
programów
komputerowych,
przebytych kursów
i innych umiejętności

należy pamiętać
o poniższej
klausuli, która jest
obowiązkowa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.)

Pielęgniarka Roku

mgr Dorota Jacyna,
Oddział Mazowiecki PTP

Zbliża się kolejna edycja Konkursu „Pielęgniarka Roku”. To już VIII raz Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego wraz z Kołem Liderów przy Oddziale Mazowieckim wyłoni – spośród kandydatek z całego kraju – Pielęgniarkę Roku.

Pierwszy Konkurs „Pielęgniarka Roku 2004 na Mazowszu” traktowany był pilotażowo i obejmował jedynie teren Mazowsza. Wypracowany system wyboru najlepszego przedstawiciela naszego zawodu był podstawą do ogłoszenia Konkursu w latach następnych na terenie całego kraju.

W roku 2004 wzięło w nim udział 22 uczestników z terenu Mazowsza, do trzeciego etapu zakwalifikowało się 8 z nich. Komisja Konkursowa wyłoniła laureatkę, którą została **Pani Agata Stępiak z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie**, II miejsce zajęła Pani Lucyna Kalinowska ze Specjalistycznego Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie, III miejsce – Pani Marlena Klimska, również pielęgniarka ze STOCE-Ra.

Finał Konkursu odbył się 12.05.2005 roku w WIM w Warszawie przy ul. Sza-serów. Warto przypomnieć, iż Pani Agata otrzymała refundację studiów pielęgniarskich przez WIM.

Ideą Konkursu było i jest wyróżnienie ze środowiska pielęgniarskiego osób o najwyższym stopniu przygotowania zawodowego, etycznego oraz zaangażowania na rzecz naszego środowiska.

I Ogólnopolski Konkurs na „Pielęgniarkę, Pielęgniarską, Położną Roku 2005” – tak brzmiała pełna nazwa kolejnego Konkursu, który odbył się już pod patronatem Ministra Zdrowia prof. dr. hab. Zbigniewa Religi. Przystąpiło do niego 178 osób z 13 województw, a w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego wyłoniono **Pielęgniarkę Roku, którą została Pani Ewa Beata Hernet z SPSK nr 2 w Szczecinie**, II miejsce ex aequo zajęły Pani Bożena Kowajska z SP ZOZ w Sokółce i Pani Bożena Łyczkowska Dudek z ZOZ w Złotoryi, III miejsce zajęli: Pani Jolanta Bućko z Białegostoku, Lucyna Kalinowska z Konstancina i Pan Bartosz Szczudłowski z Katowic.

Uroczyste zakończenie Konkursu miało miejsce w dniach 12–13 maja 2006 roku podczas VIII Kongresu Pielęgniarek Polskich w Ośrodku Przygotowań Olimpijskich we Władysławowie.

Konkurs pozwala na wyłonienie najlepszych przedstawicieli zawodu, udział w nim jest dobrowolny, wyłączone są osoby stanowiące pielęgniarską kadrę kierowniczą. Celem Konkursu jest mobilizowanie koleżanek do podnoszenia swoich kwalifikacji, co służy dobru i bezpieczeństwu pacjentów.

W II edycji Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2006” wzięło udział 170 osób z 13 województw. Od tego roku III etap polegał na przedstawieniu przez finalistki prezentacji multimedialnej na temat narzucony przez Komisję Konkursową, który w roku 2006 brzmiał: *Kodeks etyki polskiej pielęgniarki a realizacja i zastosowanie praktyczne w Pani/ Pana życiu*. Tytuł **Pielęgniarki Roku 2006 zdobyła Pani Anna Nowacka z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy**, II miejsce – Pani Agnieszka Kopańska z WIM CSK MON w Warszawie, III miejsce – Pani Mirosława Karbowska z SPZOZ w Hajnówce. W tej edycji Konkursu Zarząd Główny PTP ufundował Puchar Przechodni, który na jeden rok zostaje przekazany do placówki, z której pochodzi Pielęgniarka Roku, następnie zostaje uroczysto przekazany kolejnej laureatce.

Ogłoszenie wyników, wręczenie Pucharu i rozdanie nagród nastąpiło 11 maja 2007 roku podczas uroczystości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki w WIM w Warszawie. II Konkurs odbył się pod patronatem Ministra Zdrowia i Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Coraz szersze zainteresowanie Konkursem świadczy o jego znaczeniu i prestiżu, jaki zdołał zdobyć wśród pielęgniarek. Mamy nadzieję, że wpisze się on do kalendarza imprez ważnych dla pielęgniarek, a zdobycie tytułu „Pielęgniarka Roku” będzie się wiązało z prestiżem i uznaniem.

W III Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2007” udział wzięły 153 osoby z 11 województw, które uczestniczyły w sprawdzianie testowym z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki, historii zawodu i działalności PTP. Część finałowa, w której wzięło udział 15 finalistek, polegała na

opracowaniu i przedstawieniu tematu: *Wzorce osobowe polskich pielęgniarek i ich wpływ na rozwój zawodu*. Tytuł **Pielęgniarki Roku 2007 zdobyła Pani Katarzyna Rzepka z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy**, II miejsce – Pani Iwona Wojciechowska ze Szpitala Powiatowego w Tczewie, III miejsce – Pani Izabela Cerniewska z SPSK nr 2 w Szczecinie.

Uroczystość ogłoszenia wyników Konkursu odbyła się podczas IX Kongresu Pielęgniarek Polskich w Solinie. Laureatki zostały nagrodzone przez Ministra Zdrowia, NIPiP, PTP i Sponsorów.

Konkurs – poprzez promocję dobrych wzorców – umożliwia popularyzację zawodu i wpływa na wzmocnienie pozytywnego odbioru społecznego naszego zawodu.

Do IV Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2008” zgłosiło się 214 pielęgniarek z 13 województw, do III etapu przystąpiło 16 finalistek, które przygotowały prezentację multimedialną na temat: *Symbole pielęgniarskie i ich znaczenie w mojej praktyce zawodowej*. Komisja Konkursowa przyznała tytuł **Pielęgniarki Roku 2008 Pani Annie Iwanek z PSK nr 4 w Lublinie**, II miejsce – Pani Jadwidze Lasocie z Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie, III miejsce – Pani Małgorzacie Halejcio ze Specjalistycznego Szpitala w Szczecinie.

Ogłoszenie wyników i rozdanie nagród oraz przekazanie Pucharu odbyło się w szpitalu ubiegłorocznej zwyciężczyni Konkursu – w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy.

Celem Konkursu jest propagowanie najlepszych tradycji naszego zawodu i wzmacnianie solidnego profesjonalizmu. Aktywizuje on koleżanki i kolegów świadomie podejmujących swoje zawodowe działania.

W V Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2009” uczestniczyły 292 pielęgniarki z całej Polski. Konkurs miał formę trzystopniowych eliminacji, wyłoniono 13 finalistek z 12 województw, które otrzymały w sprawdzianie testowym w swoich oddziałach najwyższą liczbę punktów. III etap Konkursu polegał na opracowaniu i prezentacji przez finalistki tematu: *Rola czasopism pielęgniarskich w Polsce w latach 1921 do czasów współczesnych dla rozwoju pielęgniarstwa polskiego*. Tytuł **Pielęgniarki Roku 2009**

zdobyła Pani Joanna Kaczmarek z Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, II miejsce zajęła Pani Joanna Jasińska z PSK nr 4 w Lublinie, III miejsce – Pani Magdalena Szwarbach z Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.

Ogłoszenie wyników Konkursu i rozdanie nagród odbyło się podczas X Kongresu Pielęgniarek Polskich w Ciechanowie.

To one są zawsze najbliższe pacjentów. Od ich uśmiechu, życzliwości i cierpliwości zależy, jaki obraz pobytu w szpitalu zapamiętają. Pracę mają ciężką i nie zawsze wdzięczną. Poznajmy kolejne laureatki konkursu.

VI Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2010” to 283 uczestników

z 14 oddziałów PTP. Ta edycja Konkursu różniła się tylko tematem III etapu, który brzmiał: *Organizacje pielęgniarek polskich powstałe i działające w kraju po odzyskaniu niepodległości (1918) oraz współcześnie – zasługi dla rozwoju zawodu*. Warto zaznaczyć, że Komisja Konkursowa ma zawsze bardzo trudne zadanie, koleżanki wykazują się dużą wiedzą i zaangażowaniem, ale zwycięzca może być tylko jeden. Po burzliwych obradach wyłoniono **Pielęgniarkę Roku 2010, którą została Pani Magdalena Wiśniowska ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie**, II miejsce przyznano Pani Sylwii Wójcik z SPSK nr 4 w Lublinie, III miejsce otrzymała Pani Anna Pikula ze Szpitala Specjalistycznego w Jaśle.

Finał Konkursu odbył się 12 maja 2011 r. w Centrum Edukacji Medycznej w Poznaniu.

Pielęgniarka to najbliższa choremu osoba w środowisku szpitalnym, od której oczekuje się nie tylko fachowej medycznej pomocy, ale także wsparcia społecznego. Te emocjonujące relacje z pacjentem, odpowiedzialność za ich stan zdrowia, konieczność podejmowania często samodzielnych interwencji i decyzji są motywem tego, iż cały czas podnosi ona swoje kwalifikacje i chce się sprawdzać na gruncie zawodowym.

Do udziału w **VII Ogólnopolskim Konkursie**

„Pielęgniarka Roku 2011” zgłosiło się 298 osób z 14 oddziałów PTP. W trakcie II etapu wyłoniono 20 finalistów. Komisja wysłuchała 19 finalistów, wyłoniła 3 laureatów, postanowiła również przyznać 2 wyróżnienia (za dogłębne potraktowanie tematu, bardzo wnikliwą analizę olbrzymiej ilości odnalezionego materiału źródłowego). III etap Konkursu został przeprowadzony w dniach 16–17.05.2012 roku w Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej. Polegał na przygotowaniu przez finalistów i przedstawieniu prezentacji tematu: *Zasługi Międzynarodowego Czerwonego Krzyża w tworzeniu pielęgniarstwa polskiego*. Wszystkie prezentacje za zgodą autorów zostały przekazane do Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego przy Zarządzie Głównym PTP. Tytuł **Pielęgniarki Roku 2011** otrzymała **Pani Anna Smoszna z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie**, drugie miejsce zajęła Pani Izabela Rej z SPSK nr 4 w Lublinie, miejsce trzecie – Pani Ewa Fiołek z 5 WSzKzP w Krakowie. Wyróżnienia przyznano Pani Annie Barudziej z Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach oraz Pani Beacie Trochowskiej z Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku.

Ogłoszenie wyników Konkursu i rozdanie nagród odbyło się podczas XI Kongresu Pielęgniarek Polskich w Elblągu.

Gratuluję laureatom i jednocześnie wszystkim uczestnikom Konkursu, serdecznie dziękuję za zaangażowanie, dbałość o prestiż zawodu i promocję własnych jednostek.

Pielęgniarstwo to piękny zawód, pomaganie drugiemu człowiekowi nas wzmacnia i wzbogaca, a satysfakcja naszych pacjentów zależy od profesjonalnej opieki pielęgniarstwie. Wszyscy wiemy, że pozycja pielęgniarstwa musi się wzmocnić i myślę, że Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku” jest dobrym tego przykładem.

Życzę Państwu dużo satysfakcji z wykonywanego zawodu, jak również realizacji swoich marzeń.

Zapraszam do kolejnej edycji Konkursu.

Pełne informacje o VIII Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2012” znajdziecie na stronie PTP www.ptp.na1.pl.



Zapobieganie zakażeniom szpitalnym

Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego dotyczące redukcji ryzyka rozwoju zakażenia miejsca operowanego

mgr Beata Ochocka
Konsultant Krajowy w Dziedzinie
Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

Zakażenia miejsca operowanego (ZMO) należą do jednej z najczęściej występujących postaci klinicznych zakażeń szpitalnych. Są przyczyną zwiększonej chorobowości, wydłużonego czasu hospitalizacji, zwiększenia kosztów leczenia oraz innych niekorzystnych skutków zdrowotnych i społecznych. Na ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca operowanego mają wpływ czynniki związane z pacjentem, w tym procedury lecznicze i pielęgnacyjne przed i po zabiegu operacyjnym oraz środowisko szpitala. Do czynników ryzyka wystąpienia ZMO zalicza się: stopień czystości pola operacyjnego, czas trwania zabiegu oraz ogólny stan zdrowia pacjenta. Istotnym elementem ochrony pacjenta przed zakażeniem szpitalnym jest właściwe przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego.

W celu redukcji ryzyka powstania zakażenia miejsca operowanego należy w okresie okołoperacyjnym przestrzegać następujących zaleceń:

1. W dniu poprzedzającym zabieg i w dniu zabiegu należy przygotować skórę pacjenta poprzez kąpiel całego ciała z zastosowaniem profesjonalnych środków antyseptycznych przeznaczonych do dekontaminacji skóry.
2. W przypadku pacjentów z potwierdzoną kolonizacją lub zakażeniem bakteryjnym wywołanym gronkowcem złocistym metycylinoopornym do dekontaminacji skóry należy użyć preparatu o potwierdzonej skuteczności w kierunku szczepów MRSA.
3. W dniu zabiegu należy zdekontaminować łóżko pacjenta i wyposażyć je w czystą bieliznę pościelową.
4. U chorych przygotowywanych do zabiegów w znieczuleniu ogólnym należy przeprowadzić dezynfekcję jamy ustnej środkiem antyseptycznym celem redukcji biofilmu bakteryjnego.
5. Przedoperacyjne usunięcie owłosienia należy wykonać w czasie jak najkrótszym od rozpoczęcia zabiegu z zastosowaniem metody strzyżenia lub depilacji.
6. Ostrza w strzygarkach należy stosować wyłącznie jednorazowo.
7. Nie należy usuwać zbędnego owłosienia metodą golenia ani wykonywać tego zabiegu w sali operacyjnej.
8. Do zabiegów operacyjnych należy używać odzieży i materiałów barierowych.
9. Należy przestrzegać norm i zaleceń związanych z chirurgicznym myciem rąk i okołoperacyjną dezynfekcją skóry pacjenta.
10. Należy przestrzegać zasad okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej
11. Należy ograniczyć liczbę osób przebywających w sali operacyjnej podczas zabiegu.
12. Zaleca się stosować folie bakteriobójcze, szczególnie do zabiegów u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju zakażenia miejsca operowanego
13. Bezwzględnie przestrzegać zasad aseptyki i antyseptyki.
14. Wyroby i narzędzia medyczne stosować zgodnie z przepisami oraz przestrzegać zasad sterylności produktów i sposobu ich użycia.
15. Należy nadzorować i utrzymywać w stanie czystości system wentylacyjny bloku operacyjnego, dbać o właściwą temperaturę i wilgotność powietrza oraz ogrzewanie chorego.

Reasumując:

Wystąpienie powikłań infekcyjnych związanych z zabiegiem operacyjnym można ograniczyć poprzez przestrzeganie reżimu sanitarnego, higienę personelu medycznego, stosowanie właściwych okołoperacyjnych środków zapobiegawczych oraz inne działania mające na celu ochronę miejsca operowanego przed zakażeniem.

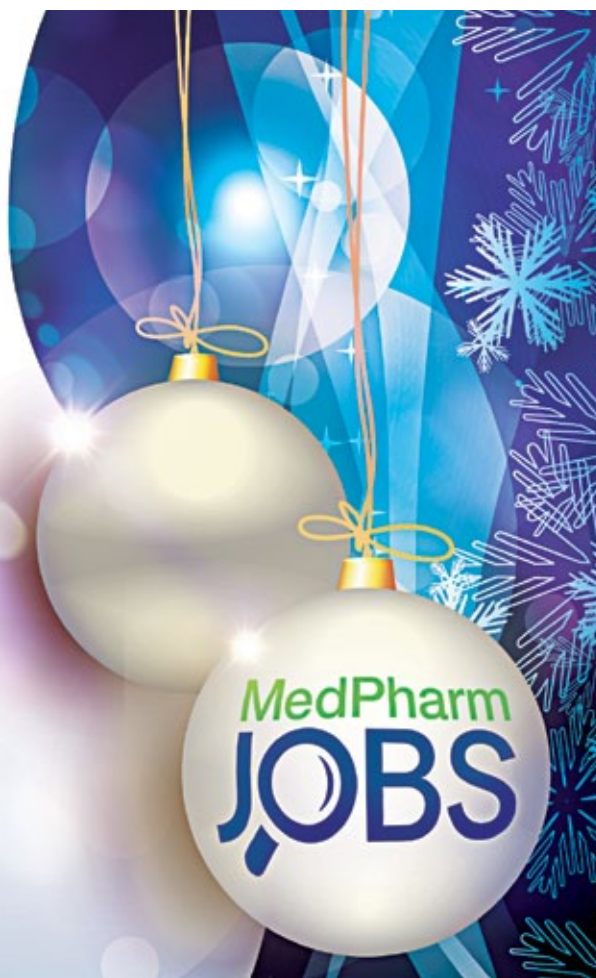
Szanowni Państwo!

W związku ze zbliżającymi się świętami Bożego Narodzenia oraz nadchodzącym Nowym Rokiem 2013 chcielibyśmy życzyć Państwu spokojnych i radosnych świąt spędzonych w rodzinnym gronie, a także wielu nowych inspiracji w planowaniu kariery zawodowej.

Portal pracy **MedPharmJobs.pl** z chęcią Państwu w tym pomoże.

Zapraszamy!

Zespół **MedPharmJobs.pl**



Karta monitorowania miejsca operowanego									
Imię, nazwisko pacjenta					Data urodzenia		PESEL		
Oddział					Data zabiegu				
Rodzaj zabiegu					Lekarz prowadzący				
Antybiotyk - data rozpoczęcia, dawka, data odstawienia:									
Uwagi:									
Data, godzina	Observacja - bez zmian	Obrzęk okolicy rany pooperacyjnej	Wylew, obecność krwiaka, ewakuacja krwiaka (samoiśna lub interwencyjna)	Ból rany lub okolicy, nasilenie, charakter	Zaczerwienie okolicy rany	Wydzielina z rany, charakter wydzieliny- surowicza, krwista, krew, ropa	Dreny: G-grawitacja, P-próżnia, ilość płynu, charakter: surowicza, krwista, krew, ropa	Uwagi	Podpis pielęgniarki

Karta monitorowania wkłucia obwodowego									
Imię, nazwisko pacjenta					Data urodzenia		PESEL		
Oddział									
Uwagi:									
Data, godzina	Observacja - bez zmian	Obrzęk okolicy założenia i przebiegu wkłucia	Ból w okolicy wkłucia i wzdłuż wkłucia	Obecność zgrubienia wzdłuż kaniuli	Zaczerwienie okolicy i wzdłuż wkłucia	Wylew, obecność krwiaka	Ocena wg skali Baxtera. Uwagi	Wymiana / usunięcie	Podpis pielęgniarki

Sposób wypełnienia kart: obserwacja bez zmian +, obecność objawu + (w zależności od nasilenia +, ++, +++), brak objawu –, dodatkowo wy opis w razie potrzeby.

Opracowanie kart własne Sztuka Pielęgnowania.

Skala Baxter do monitorowania wkłucia/cewnika obwodowego

Observacja	Ocena w punktach	Postępowanie
Wkłucie bez widocznych zmian	0	Kontynuowanie rutynowej obserwacji
Jeden z następujących objawów obecny: niewielki ból w miejscu wkłucia, niewielkie zaczerwienienie	1	Możliwe pierwsze objawy zapalenia naczyń. Kontynuowanie obserwacji.
Dwa z objawów obecne: ból w miejscu wkłucia, obrzęk, zaczerwienienie	2	Wczesne objawy zapalenia naczyń. Konieczne usunięcie wkłucia. Nowe powinno być założone w innym miejscu.
Wszystkie z objawów obecne: ból wzdłuż wkłucia, zaczerwienienie, stwardnienie wzdłuż wkłucia	3	Objawy zapalenia naczyń. Usunięcie wkłucia. Należy rozważyć leczenie.
Wszystkie z objawów obecne: ból wzdłuż wkłucia, zaczerwienienie, obrzęk, wyczuwalne zgrubienie naczyń	4	Zaawansowane zapalenie naczyń. Usunięcie wkłucia. Rozpoczęcie leczenia.
Wszystkie z podanych objawów obecne: ból wzdłuż wkłucia, zaczerwienienie, podwyższona temperatura, wyczuwalne zgrubienie naczyń, obrzęk	5	Zaawansowany stan zapalny z zakrzepicą. Usunięcie wkłucia. Rozpoczęcie leczenia.

Opracowanie własne, źródło: W. Kapała, Pielęgniarstwo w chirurgii, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006; E. Walewska, Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, PZWL 2006

Choroba Alzheimera opieka nad pacjentem

Część II



Foto. Maciej Krajewski

Chory na chorobę Alzheimera potrafi zaskakiwać swoim zachowaniem codziennie. Czynić rzeczy niepodobne do niego, przez co zupełnie nieświadomie rani bliskich. Choroba Alzheimera jest jak inny świat, w którym nie panują żadne reguły. Rzeczywistość odwraca się o 180°, czas nagle staje w miejscu. Człowiek zupełnie dojrzały przeradza się w małe dziecko wymagające 24-godzinnej opieki. Jest niczym film science fiction, rozumiąły tylko dla bohaterów.

lic.piel. Katarzyna Szpurtacz
Studentka I roku studiów stacjonarnych
II stopnia Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

„Choroba Alzheimera jest w istocie jak zdradliwa mgła, której niemal się nie dostrzega dopóki, nie zakryje wszystkiego dookoła. Wtedy przestaje się wierzyć, że poza tą mgłą istnieje inny świat.”

John Bayley

Jak wygląda opieka nad chorym? Jak sprostać temu wyzwaniu?

Opieka nad chorym trwa siedem dni i siedem nocy w tygodniu. Niekiedy i to nie wystarcza. Kontrolować trzeba wszystko, poczynawszy od zakręcenia gazu po szukanie ukrytych tabletek w doniczkach z roślinami. Z czasem następują coraz większe zmiany. Wizyta w toalecie staje się niezwykle trudna, założenie

skarpetek na stopy kończy się założeniem ich na dłonie. Trzeba sobie uświadomić, że to choroba, na którą nasz najbliższy nie miał wpływu i nie można go winić za czyny, których jemu samemu nie sposób pojąć.

Zagubienie?!

W pierwszych etapach, gdy pojawiają się zaburzenia pamięci i orientacji w terenie, trafnym sposobem może okazać się zakup urządzenia monitorującego lokalizację chorego (GPS Life), które pozwoli na zaalarmowanie opiekuna np. o wyjściu podopiecznego poza obszar bezpieczny. Warto poinformować sąsiadów o schronieniu bliskiej nam osoby, by w razie potrzeby zawiadomili opiekuna. Na wewnętrznej stronie kurtki, swetra wszyć kartkę z danymi chorego oraz numerem telefonu do rodziny, co w razie zaginięcia umożliwi szybkie odnalezienie. Trafnym rozwiązaniem może być również najprostsze zamknięcie drzwi wyjściowych oraz furtek.

Otyłość? Niedowaga? Odpowiednia dieta

Należy pilnować częstości oraz jakości przyjmowanych przez chorego posiłków. Chorzy zapominają o jedzeniu, bądź przyjmują je w nadmiarze — co powoduje nadmierne wyniszczenie organizmu lub otyłość.

1. Warto towarzyszyć choremu w trakcie posiłków oraz wprowadzić rytuał ich spożywania o stałej porze i w tym samym miejscu.
2. Posiłek spożywać razem z chorym w warunkach spokoju, zapewnić odpowiednią ilość czasu potrzebną na skonsumowanie oraz ograniczyć czynniki rozpraszające np. radio, telewizor, hałas.
3. Zaplanować racjonalną dietę. Osoby starsze powinny spożywać posiłki pełnowartościowe.
4. Potrawy powinny być miękkie i dobrze pokrojone, należy unikać produktów ciężkich do pogryzienia i połknięcia.
5. Duże znaczenia mają kwasy omega-3, które znajdują się w szczególności w rybach, (makrela, łosoś, dorsz). Kwasy te mają działanie przeciwzapalne i przeciwzakrzepowe.
6. Dietę można uzupełnić w produkty np. Nutridrinki, które w małej objętości mogą dostarczyć składników

odżywczych oraz energii. Mogą być spożywane między posiłkami, jako dodatek do diety

Ubranie

W dalszych fazach choroby dochodzi do problemów z samodzielnym ubieraniem. Garderoba często trafia na nieodpowiednią część ciała bądź chory zapomina jej założyć. Jak sobie wtedy poradzić?

1. Ubrania zakładane przez głowę mogą sprawiać duży problem, zatem warto zapewnić rzeczy zapinane na suwaki, rzepy czy też duże guziki.
2. Zrezygnować z butów sznurowanych na rzecz wsuwanych. W związku z problemami manualnymi i zaburzeniami pamięci sznurowanie butów może okazać się bardzo trudne dla chorego.
3. Układać choremu ubrania w kolejności ich zakładania, by ograniczyć wątpliwości.
4. Dobrym rozwiązaniem może okazać się ograniczenie ubrań w szafie, by chory nie miał problemu z ich wyborem.
5. Nie należy popędzać chorego w trakcie ubierania i pomagać tylko w momentach wystąpienia dużych trudności.
6. Ze względu na możliwość wstąpienia obrzęków — używać skarpet bezuciskowych.
7. Zrezygnować z pasków, z których odpięciem chory mógłby mieć problem.
8. Jeśli chory ma ulubione ubrania, których nie chce zmieniać — warto zakupić drugi taki sam komplet.
9. W początkowych fazach choroby należy obserwować chorego, pomagać w przypadku dużych trudności. W dalszych etapach towarzyszyć pacjentowi oraz mówić po kolei, co należy najpierw ubrać.
10. W miarę pogłębiania się objawów choroby najlepszym rozwiązaniem okażą się bawełniane dresy (wciągane spodnie i zapinane bluzy).

Częste zmiany nastroju oraz możliwość wystąpienia depresji

1. Rozmowa z pacjentem na temat jego emocji, dążenie, by chory zgłaszał opiekunowi, gdy jego samopoczucie ulega pogorszeniu.
2. Zagospodarowanie czasu wolnego, zachęcanie do odwiedzin znajomych.
3. Umożliwienie kontaktu z grupami wsparcia.
4. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego, cierpliwe i czułe podejście za-

pewnia dobre efekty terapeutyczne.

5. Podanie leków przeciwdepresyjnych zgodnie z zaleceniem lekarza

Problemy w komunikacji oraz utrudniony dobór słów przez chorego

1. Obserwacja możliwości komunikacyjnych chorego. W razie wystąpienia problemów z mową bądź rozumieniem słów należy spowolnić mowę oraz używać prostych i krótkich zdań.
2. Zachowywanie kontaktu wzrokowego w trakcie rozmowy z chorym, wspomaganie komunikacji gestykulacją.
3. Zachęcanie chorego do mówienia oraz podtrzymywanie konwersacji, nie należy przerywać w trakcie mówienia oraz poprawiać błędów, ponieważ takie zachowanie ze strony opiekuna może zniechęcić chorego do komunikacji.
4. Wspólne czytanie gazet, książek, rozwiązywanie krzyżówek.
5. Zadawanie pytań rzeczowych, krótkich.

Warto również wspomnieć o wy-czerpaniu fizyczno- psychicznym opiekunów, którzy również wymagają troskliwej opieki. Przydatne mogą się okazać:

1. Ocena zapotrzebowania rodziny na wsparcie emocjonalne i fizyczne.
2. Ocena ryzyka wystąpienia depresji u opiekunów.
3. Edukacja rodziny na temat choroby Alzheimera — istota choroby, objawy w poszczególnych stadiach choroby, sposoby komunikacji z pacjentem.
4. Poinformowanie o instytucjach oraz organizacjach zajmujących się chorymi na Alzheimera oraz ich opiekunami (podanie numeru telefonu, adresu). Zaproponowanie uczestnictwa w spotkaniach z innymi opiekunami oraz wymiana własnych doświadczeń.
5. Istotnym zagadnieniem staje się rozmowa na temat uporządkowania spraw prawnych i finansowych chorego.

Innym problemem mogą okazać się zawartości szaf. Na każdej z nich można umieścić krótka informacje na kartkach samoprzylepnych o ich zawartościach. Trafne okazują się również oznaczenie strzałkami drogi do łazienki czy też pokoju. My jako opiekunowie musimy zdać sobie sprawę, że nawet najmniejsze mieszkanie może się stać dla chorego

ogromnym labiryntem, w którym trzeba pomóc mu się odnaleźć.

Podsumowanie:

W miarę postępów choroby wywiera coraz to większy wpływ na codzienne funkcjonowanie, ponieważ zaburzone zostają funkcje poznawcze oraz wyższe funkcje intelektualne. Chory wykazuje istotne zmiany w zachowaniu, często zdarzają się epizody agresji. Sprawowanie opieki nad takim chorym jest tym trudniejsze, im stopień zaawansowania choroby jest wyższy. W początkowych fazach choroby chory jest w pełni świadomy pogarszającego się stanu zdrowia. Jest bezradny wobec zmian, które niesie ze sobą choroba i często reaguje zaburzeniami depresyjnymi. Rodzina pacjenta cierpi razem z nim. Bliscy muszą pogodzić się ze stopniową utratą chorego, który w żadnym stopniu nie przypomina dawnej, dobrze znanej im osoby.

Pielęgniarka opiekująca się chorym cierpiącym na Alzheimera powinna uwzględnić jego potrzeby. Jej wiedza oraz doświadczenie pomagają określić problemy pacjenta, zastosować odpowiednie interwencje oraz ocenić ich skuteczność. Opiekując się osobami z demencją, personel pielęgniarski powinien pomagać w czynnościach życia codziennego, z którymi dany pacjent ma problem. Ważne staje się również utrzymanie jak największej samodzielności chorego, przeciwdziałanie izolacji społecznej, dbanie o odpowiednią podaż płynów w diecie oraz zapobieganie powikłaniom takim jak: zakażenia układu moczowego czy oddechowego, które w największym stopniu prowadzą do śmierci chorego. W ostatnim etapie chory jest zwykle unieruchomiony w łóżku, wtedy dochodzi do powstania odleżyn, przykurczów i infekcji. Zadaniem pielęgniarki w tej fazie jest przede wszystkim łagodzenie cierpienia chorego oraz umożliwienie spokojnego i godnego odejścia.

Ważne jest również wsparcie rodziny i bliskich pacjenta, zwrócenie uwagi na ich potrzeby, przemęczenie, stres.

Strony dla pacjentów i opiekunów osób z chorobą Alzheimera.

1. Forum opiekunów osób z chorobą Alzheimera <http://www.alzheimer-opiekuni.pl/forum/>
2. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera <http://pastylka.pl/>
3. <http://www.chorobaalzheimer.pl/index.php5?strona=stowarzyszenia>

Postrzeganie hospicjum przez społeczeństwo



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

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

dr Karolina Pietruk, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab.n.med Anna Doboszyńska

Wraz ze wzrostem zapotrzebowania na opiekę paliatywną zauważa się stałą pracę różnych środowisk na rzecz propagowania w społeczeństwie idei ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej.

Dane z 2011 roku wskazują, że w Polsce było 139 poradni medycyny paliatywnej, 324 hospicja domowe, 50 hospicjów domowych dla dzieci oraz 148 oddziałów medycyny paliatywnej/hospicjów stacjonarnych. Jest to o 63 świadczeniodawców realizujących opiekę paliatywną więcej, niż w roku poprzednim [1].

Praca powstała w ramach działalności Studenckiego Koła Naukowego Medycyny Paliatywnej, które działa przy Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Cel

Celem badania była analiza postrzegania hospicjum przez społeczeństwo.

Materiał i metoda

Narzędzie badawcze stanowiła ankieta, skonstruowana na podstawie autorskiego kwestionariusza Pietruk [2]. Ankieta składała się z 8 pytań. Dotyczyły one wiedzy na temat hospicjum oraz postrzegania świadczeń realizowanych w ramach opieki paliatywnej. Ankietowani mieli zagwarantowaną anonimowość. Badaniem objęto 217 respondentów. Byli to uczestnicy Dni Otwartych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (21.03.2010 r.) oraz festynu „Warszawski Uniwersytet Medyczny – Społeczeństwu Warszawy” (15.05.2011 r.). Dokonano wspólnej analizy badanych grup, gdyż analiza wyników nie wykazała znaczących różnic w udzielanych odpowiedziach.

Wyniki

Wśród respondentów było 127 kandydatów na studia medyczne, 38 studentów

kierunków medycznych oraz 52 innych uczestników. Kobiety stanowiły 62% badanych, mężczyźni 38%. Największą grupę stanowiły osoby do 25 roku życia – 59%. Pozostali to: 16% w przedziale wiekowym 26-35 lat oraz 25% powyżej 35 roku życia.

Ankietowani zostali poproszeni o wybranie wśród podanych określeń pierwszej myśli, która kojarzy im się z hospicjum. Najczęściej wskazywane to: miejsce pobytu ludzi nieuleczalnie chorych (21%), określona forma pomocy i opieki nad nieuleczalnie chorymi ludźmi (20%) oraz godne umieranie (19%).

Respondentów zapytano, czy byli kiedykolwiek w hospicjum. Ponad $\frac{3}{4}$ ankietowanych (76%) nigdy nie miało kontaktu z hospicjum, 18% respondentów była w hospicjum, w tym 9% jako odwiedzający oraz 9% jako wolontariusze.

Połowa ankietowanych uważa, że w hospicjum może przebywać zarówno pacjent, jak i odwiedzająca go rodzina. Według 9% respondentów w hospicjum może przebywać tylko pacjent. „Na prośbę pacjenta mogą towarzyszyć mu zwierzęta” to odpowiedź, której udzieliło 10% badanych.

Chorzy przebywający w hospicjum nie mogą stosować używek według 62%

ankietowanych. Odpowiedzi przeciwstawnej udzieliło 16% respondentów, natomiast 22% badanych nie wiedziało, jakie prawa mają pacjenci hospicjów.

Badanych zapytano również o możliwość podjęcia przez nich pracy w hospicjum. Połowa ankietowanych nigdy nie zastanawiała się nad taką możliwością. Pracę jako wolontariusz rozważa 22% respondentów. Według 18% ankietowanych jest to praca „absolutnie nie dla nich”.

Na pytanie o chęć poszerzania swojej wiedzy na temat hospicjum pozytywnej odpowiedzi udzieliło 69% ankietowanych. Taką wiedzę nie jest zainteresowana grupa 18% respondentów.

Według 73% badanych hospicja w Polsce są potrzebne, bo to właściwe miejsce dla osób nieuleczalnie chorych. Według 22% respondentów hospicja stanowią odciążenie oddziałów szpitalnych (Tabela 1.).

Tabela 1. Opinia o potrzebie istnienia hospicjów w Polsce.

Czy uważasz, że hospicja są potrzebne w Polsce?	
Tak, bo jest to właściwe miejsce dla osób nieuleczalnie chorych	73%
Tak, bo stanowią odciążenie dla oddziałów szpitalnych	22%
Nie, gdyż powinniśmy więcej czasu poświęcić na rozwój techniki, aby skutecznie leczyć	3%
Nie, gdyż szpitale są najlepszym miejscem, w którym można szybko diagnozować, kontrolować i zwalczać objawy cierpiącego pacjenta	0%
Inne	2%

Ze stwierdzeniem, „że hospicjum to też życie” raczej zgadza się 84% ankietowanych. Odpowiedź „raczej nie” wskazało 11% respondentów (Ryc. 1.).

Dyskusja

Coraz częściej podejmowane są badania, których celem jest poznanie opinii różnych środowisk na temat hospicjum, ich odczuć i stosunku wobec opieki paliatywnej. Na przełomie roku 2007/2008 Pietruk przeprowadziła badanie, którym objęto pracowników 3 mazowieckich hospicjów i grupę studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Celem tego badania było określenie postrzegania opieki paliatywnej przez personel medyczny pracujący w hospicjum, jak również ocena nastawienia studentów wobec tej problematyki [2]. Studenckie Koło

Naukowe Medycyny Paliatywnej WUM przeprowadziło kolejne badanie ankietowe związane z tą tematyką. Grupą badaną byli w większości kandydaci na studia medyczne. Pierwsza myśl, która kojarzyła się ankietowanym z pojęciem hospicjum to miejsce pobytu ludzi nieuleczalnie chorych. Pojęciami również często wskazywanymi były: określona forma pomocy i opieki nad nieuleczalnie chorymi ludźmi oraz godne umieranie. Takie skojarzenia zdają się być najbardziej rozpowszechnione w naszym społeczeństwie. Potwierdzają to badania opisane w artykule Dawidowicz [3] i Pietruk [2].

Wśród respondentów 18% miało kontakt z hospicjum jako odwiedzający lub jako wolontariusze. Wśród kandydatów na studia medyczne jest grupa osób, które poznały hospicjum jako wolontariusze i jest grupa osób, które zadeklarowały chęć podjęcia takiej pracy – 31%. W badaniu przeprowadzonym przez CBOS w 2009 roku, taką deklarację złożyło 45% ankietowanych [4].

Zdaniem 16% respondentów pacjenci przebywający w hospicjum mogą stosować używki. Podobnie kształtowała się odpowiedź na to pytanie w badaniu przeprowadzonym wśród studentów WUM na przełomie 2007/2008. Wówczas, aż 84% badanych studentów nie wiedziało, że podopieczni hospicjum mogą stosować używki [2].

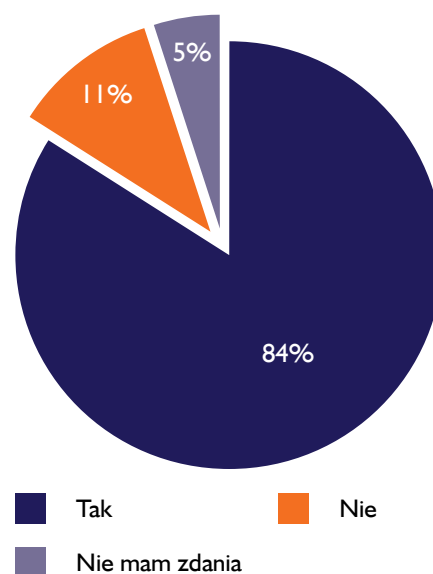
Połowa ankietowanych uważa, że w hospicjum może oprócz pacjenta przebywać również jego rodzina. Pacjenta mogą odwiedzać także znajomi, wolontariusze, a nawet jego zwierzęta, o czym wie tylko 10% badanych. Podobny wynik został zaprezentowany w badaniu Pietruk (10% ankietowanych studentów) [2].

Zdecydowana większość respondentów chciałaby poszerzać swoją wiedzę na temat hospicjum. Konieczność posiadania wiedzy i umiejętności z zakresu podstaw opieki paliatywnej przez każdego pracownika ochrony zdrowia zapisana jest w Rekomendacjach Komitetu Ministrów dotyczących organizacji opieki paliatywnej [5].

Mimo że wiedza na temat instytucji hospicjum wśród badanych jest zróżnicowana, to w według zdecydowanej większości tego typu placówki są potrzebne w Polsce. Jest to zgodne z opinią Polaków zaprezentowaną we wspomnianym badaniu CBOS z 2009 roku [4].

Respondenci powyższego badania potwierdzają to poprzez aprobatę stwierdzenia, że „hospicjum to też życie”. Taką odpowiedź wskazało 84% ankietowanych. Poziom akceptacji takiego

Ryc.1. Ocena stwierdzenia „hospicjum to też życie”



określenia jest podobny jak we wspomnianym badaniu Pietruk [2].

Wnioski

Hospicjum kojarzone jest przez ankietowanych przede wszystkim z miejscem, gdzie przebywają nieuleczalnie chorzy.

Ankietowani nie znają zasad przebywania chorych w hospicjum, ale większość chce rozszerzyć wiedzę na ten temat.

Dla większości ankietowanych hospicja są potrzebne, bo są właściwym miejscem dla nieuleczalnie chorych.

Respondenci, mimo niewystarczającej wiedzy na temat idei hospicjum, zgadzają się ze stwierdzeniem, że „hospicjum to też życie”.

Piśmiennictwo:

- Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia - z upoważnienia ministra - na interpelację nr 4950 w sprawie zagrożeń dla działalności hospicjów 2012. <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=7519B918>, dostęp: 13.10.2012 godz. 21:00.
- Pietruk K. Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologii. Hospicjum to przede wszystkim życie. *Prob. Hig Epidemiol.* 2009, 9(1): 120-1255.
- Dawidowicz N., Gotlib J., Górską A. Próba porównania postaw studentów WUM oraz pracowników hospicjum wobec opieki paliatywnej. *Pielęgniarstwo Polskie.* 2009, 1(31): 32-37.
- Polacy o hospicjach i opiece paliatywnej. CBOS, BS/149/2009.
- Rekomendacje K.M. dla państw członkowskich dotyczące opieki paliatywnej, przyjęte 12.11.03. na 860 Konferencji Zastępców Ministrów RE.

Komunikacyjne aspekty świątecznej wielokulturowości w pielęgnowaniu człowieka



Wojciech Nyklewicz

Foto. Maciej Krajewski

Aspekty wielokulturowości w pielęgnowaniu człowieka oraz w zarządzaniu pielęgniarstwem ujawniają się ze szczególną siłą w okresie świąt religijnych. Jest to czas spontanicznie widocznych różnic kulturowych wśród pacjentów jak również wśród pracowników ochrony zdrowia. Zarazem jest to znakomita okazja do przetestowania naszego humanizmu w opiece i zarządzaniu. Humanizmu rozumianego jako postawa intelektualna i moralna, wyrażająca się zainteresowaniem sprawami człowieka, poszanowania jego godności i wolności, troską o jego potrzeby, szczęście i swobodny rozwój. Postawa humanistyczna przywiązuje uwagę do racjonalnego myślenia i wolna jest od religijnych dogmatów, koncentrując się jednocześnie na uniwersalnych aspektach życia człowieka, obecnych we wszystkich kulturach. Zakłada się, że taka właśnie postawa powinna zagwarantować możliwość nawiązania kontaktu z pacjentem pochodzącym z każdego rejonu świata, bowiem komunikaty wysyłane przez pielęgniarkę są wtedy w najwyższym stopniu neutralne światopoglądowo. Dlaczego jest to takie ważne?

Otóż proces komunikowania się przebiega o wiele sprawniej, gdy nadawca i odbiorca odnajdują w sobie nawzajem jak najwięcej podobieństw. Każda zauważona różnica będzie utrudniała porozumienie – generalnie, będzie barierą komunikacyjną. Dlatego z profesjonalnego punktu widzenia, pielęgniarka powinno zależeć na możliwie jak największym „upodobnieniu się” do pacjenta, aby miał on w osobie pielęgniarki „lustro”, w którym będzie mógł „przeglądać się”. Innymi słowy, dzięki naszej światopoglądowej neutralności i humanistycznej postawie, w chwili nawiązywania pierwszego kontaktu nasz pacjent będzie miał wrażenie, że jesteśmy tego samego wyznania, co on, że mamy podobne preferencje polityczne, czyli że jesteśmy z tego samego

kręgu kulturowego. Niejaki dysonans może wywołać odmienna rasa pielęgniarki i pacjenta u osób pochodzących z jednolitej etnicznej społeczności (np. w Polsce wg Spisu Powszechnego, 96% obywateli zadeklarowało narodowość polską).

Takie postrzeganie pielęgniarki przez pacjenta jest zupełnie nieświadomym i spontanicznym złudzeniem, które daje choremu poczucie pewności, że otaczający go ludzie myślą i czują podobnie jak on, że jest on wśród swoich i dlatego czuje się bezpiecznie. To zjawisko jest naturalnym elementem procesu komunikowania się, a co najważniejsze – sprzymierzeńcem pielęgniarki w budowaniu dobrej relacji z pacjentem, zwłaszcza w świeckich podmiotach opieki zdrowotnej.

Natomiast w ośrodkach prowadzonych przez organizacje i związki wyznaniowe zasada bezwzględnej humanizmu nie obowiązuje w tak restrykcyjny sposób, bowiem z założenia wiadomo, iż pracownikami są osoby określonego wyznania. W środowisku szpitalnym znajdują się symbole religijne, a plan dnia często spójny jest z porządkiem liturgicznym danej religii. Ortodoksyjnym wyznawcom daje to gwarancję, że otrzymają oni opiekę najwyższej jakości, zgodną z ich kulturowymi oczekiwaniami. W takim środowisku pracy pielęgniarka może zupełnie oficjalnie okazywać swój światopogląd bez obawy, że spowoduje transkulturowy konflikt w relacji ze swoimi podopiecznymi. Zgodnie z zasadą największego „upodobnienia się” do pacjenta, w wyznaniowych ośrodkach medycznych wskazane jest okazywanie choremu swojej przynależności religijnej poprzez czynienie gestów i wypowiadanie słów potwierdzających ten fakt. Wszystko jest w porządku, dopóki chory może wybrać ośrodek medyczny, w którym chce się leczyć lub poddać opiece i rehabilitacji. Potencjalny konflikt transkulturowy występuje wtedy, gdy do ośrodka wyznaniowego trafia pacjent o innym systemie przekonań. Jeszcze inna konfliktowa sytuacja powstaje wtedy, gdy w świeckim ośrodku medycznym pracownicy umieszczają religijne symbole swojego wyznania, mimo iż ośrodek nie jest wyznaniowy.

Właśnie taką sytuację od lat obserwujemy w Polsce. Z tego choćby powodu możemy powiedzieć, że w polskim pielęgniarstwie w jakimś stopniu nie przestrzega się zasad transkulturowości, światopoglądowej neutralności i postawy humanistycznej. A może być to poważny problem w dobie gwałtownych zmian społecznych na całym świecie, problem nie tylko ochrony zdrowia, ale także szeroko rozumianej gospodarki na tle postępującej globalizacji.

Najpierw kolonializm, a obecnie globalizacja stwarza szereg okazji do potencjalnych transkulturowych konfliktów również w ochronie zdrowia. W latach 50. XX wieku na ten problem zwróciła uwagę Madeleine Leininger, pracując z dziećmi chorującymi psychicznie, które pochodziły z różnych środowisk kulturowych. Zauważyła, że sprawowanie opieki zgodnej kulturowo ze środowiskiem pacjenta i jego światopoglądem gwarantuje zrozumienie jego sytuacji zdrowotnej na tle jego przekonań, stylu życia i wierzeń. Zatem wymaga od pielęgniarki czegoś więcej niż tylko postawy humanistycznej i światopoglądowej neutralności. Z komunikacyjnego punktu widzenia (jest on spójny z teorią transkulturowości w pielęgnowaniu człowieka) ekspresja sygnałów o światopoglądzie pielęgniarki jest uznana za błąd w sztuce, ponieważ pacjent o odmiennym światopoglądzie może poczuć się ignorowany, a nawet indoktrynowany. Jest to sytuacja, w której może mieć on poczucie braku poszanowania wolności jego wyznania czy też jego prawa do ateizmu lub agnostycyzmu. Demonstrowanie atrybutów religijnych przez pielęgniarkę w świeckim ośrodku medycznym może być barierą komunikacyjną w zależności od światopoglądu pacjenta. Barierą, która powoduje utratę zaufania do pielęgniarki, a tym samym powstanie dystansu nie tylko do niej, lecz – co gorsza – do wszystkiego, co ona mówi i robi w obecności tego konkretnego pacjenta. Zaburzona komunikacja może skutkować kolejnymi błędami w sprawowanej opiece, a przecież staramy się ich unikać.

W dobie swobodnego przemieszczania się ludzi, pielęgniarki zobowiązane są

do antropologicznej znajomości różnych kultur, grup etnicznych, stylów życia i religii, które mogą być reprezentowane przez ich pacjentów, w celu zoptymalizowania świadczonej opieki. O ile pierwszym etapem nawiązywania kontaktu i budowania relacji pielęgnacyjnej są neutralność i postawa humanizmu, pozwalające na wytworzenie płaszczyzny zaufania poprzez złudzenie podobieństwa, to następnym etapem jest poznanie kulturowych aspektów życia pacjenta. Według Madeleine Leininger należy zwracać uwagę m.in. na: sposób komunikowania się i język narodowy, wskazujące na pochodzenie etniczne; następnie orientację seksualną; zawód; status społeczno-ekonomiczny; relacje interpersonalne; wygląd wskazujący na rasę; sposób ubierania się; sposób odżywiania się i przygotowywania posiłków oraz styl życia. Ważne jest, aby z perspektywy kulturowej rozumieć sytuację zdrowotną pacjenta. Należy znać i rozumieć świąteczne rytuały jego religii, by w sytuacji chorowania i pobytu w szpitalu umożliwić mu celebrowanie i przeżywanie świąt zgodnie z jego systemem przekonań. Należy rozumieć świąteczne rytuały chorych będących ateistami lub agnostykami, którzy uznają i celebrują tradycję określonych świąt na zasadzie kultywowania zwyczajów wyniesionych z rodzinnego domu. Należy rozumieć brak chęci uczestniczenia w obrządkach religijnych osób, które sprawiają wrażenie, że są wierzącymi. We wszystkich tych sytuacjach, okazywanie znajomości rytuałów i umiejętność współuczestniczenia w sposobie przeżywania pacjenta świąt jest dla niego sygnałem uznania ważności jego osoby i wyrażeniem szacunku. Tego typu komunikaty pogłębiają relację i zaufanie do pielęgniarki, a wtórnie budują jej wizerunek jako profesjonalisty.

Grudzień i styczeń są miesiącami obfitującymi w święta. Większość z nich ma charakter solarny, tzn. wywodzą się z obrzędów ku czci zjawisk przyrodniczych, występujących w okresie przesilenia zimowego. W tym czasie na półkuli północnej najdłuższe noce ustępują coraz bardziej wydłużającym się dniom. Zwycięża jasność i zaczyna się nowe życie. Zarówno starożytni Słowianie, Germanie, Rzymianie i Grecy, w tym czasie organizowali wesole zabawy, a święta te trwały od kilku do kilkunastu dni. Według kalendarzy księżycowych termin przesilenia zimowego przypadał na 25 grudnia czasu współczesnego. W kulturze zachodniej na przestrzeni dziejów zmieniało się religijne podłoże świąt, które celebrujemy współcześnie, a teraźniejsze przemiany społeczne wpływają także na charakter poszczególnych świąt. Ze względu na medialnie monokulturową strukturę społeczną

mieszkańców Polski możemy ulegać złudzeniu, że większość Polaków jest katolikami. Stosując definicję kościoła katolickiego, katolikiem jest każda osoba ochrzczona, choć może być niewierząca, może zmienić wyznanie, może być apostatą. W wielokulturowym pielęgnowaniu człowieka ta definicja nie ma zupełnie zastosowania, bowiem najistotniejszy jest aktualny światopogląd pacjenta. Dlatego w grudniu w naszych ośrodkach medycznych możemy spotkać pacjentów celebrujących Chanukę – święto upamiętniające zwycięstwo Machabeuszów nad Grekami i ocalenie jedynej w świecie antycznym monoteistycznej religii.

Chanuka jest wesołym świętem, celebrowanym przez 8 dni. Każdego dnia po zachodzie słońca i po pojawieniu się 3 gwiazd zapala się jedną świecę lub lampkę oliwną na 8 ramiennym świeczniku + jedno ramię pomocnicze. Każdego następnego dnia zapalanych jest o jedną świecę więcej. Zgodnie z żydowską tradycją, światła mają płonąć przez co najmniej 30 min. Świecznik ustawia się w oknie, a jego światła nie można użyć do innych celów, niż zgodnie z przeznaczeniem, np. nie wolno przy nim czytać. Jeśli w oddziale przebywa pacjent Wyznania Mojżeszowego, należy zadbać o bezpieczne stosowanie ognia. Współcześnie dostępne są Chanukije z elektrycznymi świeczkami. W czasie Świąt Świąteł (Chanuka) pacjenci powinni mieć zagwarantowany dostęp do tradycyjnych żydowskich potraw, które zazwyczaj przynosi rodzina lub bliscy znajomi. Święto rozpoczyna się 25 dnia miesiąca Kislew (wg kalendarza gregoriańskiego jest to okres listopada lub grudnia) i trwa przez 8 dni. W kalendarzu gregoriańskim jest to święto ruchome, bardzo często przypadające w okresie Bożego Narodzenia. O ile w tym czasie Żydzi tańczą na ulicach, katolicy skupieni są na oczekiwaniu narodzin Jezusa Chrystusa. Jedynie w społecznościach o dużym poziomie tolerancji i akceptacji wobec wielokulturowej różnorodności możliwe jest bezkonfliktowe celebrowanie obu świąt jednocześnie. Tak dzieje się np. w Czechach.

Boże Narodzenie również nie jest jednorodnym świętem, nawet w świecie zachodnim. Po rozpadzie chrześcijaństwa w czasie schizmy wschodniej (1054 rok), w tradycji zachodniej jego data przypada na 25 grudnia kalendarza gregoriańskiego, natomiast w tradycji wschodniej na 7 stycznia kalendarza gregoriańskiego (25 grudnia wg kalendarza juliańskiego). Ten podział powoduje, że prawosławne Boże Narodzenie nie jest uwidocznione w kalendarzu obowiązującym w Polsce. Przez to możemy ulegać złudzeniu, że jest tylko jedno

Boże Narodzenie, a tym samym ignorujemy obecność pacjentów i pielęgniarek prawosławnych. Tę ignorancję widać w mediach, zwłaszcza centralnych oraz w czasie składania świątecznych życzeń na stronach internetowych świeckich organizacji pielęgniarskich (jedynie życzenia katolickie).

Tak więc okres grudnia i stycznia jest testem wielokulturowości w pielęgnowaniu człowieka i w zarządzaniu w pielęgniarstwie. Będziemy mogli przekonać się, czy zachowujemy neutralność światopoglądową w relacjach z pacjentami oraz z pielęgniarkami i położnymi, czy też będziemy epatować osobistym światopoglądem w przestrzeni publicznej?

Zatem, zgodnie z zasadami wielokulturowości w życiu publicznym, życzenia świąteczne pielęgniarkom żydowskiego pochodzenia należy złożyć w pierwszym dniu Chanuki (w 2012 roku jest to 9 grudnia), katolikom i protestantom życzenia składamy tuż przed świętami Bożego Narodzenia, czyli przed 25 grudnia, zaś osobom prawosławnym życzenia składamy przed 7 stycznia.

Niezależnie od światopoglądu, wszystkim możemy życzyć Wesołych Świąt.





Pielęgniarstwo! To jest mój świadomy wybór

Życie składa się z wiecznych wyborów. Niektóre z nich nie mają na nas żadnego wpływu, a inne sprawiają, że nasze życie wywraca się do góry nogami. Jedną z takich decyzji, które mogą przenieść człowieka w zupełnie inny świat jest odpowiedni kierunek studiów. Wśród wielu możliwości podsyłanych nam przez telewizję, Internet czy znajomych musimy wybrać, co dla nas najlepsze, a następnie zrealizować swoje cele.

Klaudia Massalska,
Anna Sykut
Studenckie Koło PTP, Lublin

Trudne początki

Pierwsze zajęcia. Po zapoznaniu się wszyscy od razu między sobą pytają: „Dlaczego akurat ten kierunek?”, „Skąd taka decyzja?”. Usłyszałam różne odpowiedzi: „Mama mi kazała, ponieważ nie będzie miał kto się nią opiekować na starość”, „Nie dostałam się na lekarski, więc przemęcę się tutaj i za rok znów spróbuję z medycyną”, „W sumie to nie wiedziałam, co zrobić, koleżanka się zapisała, więc i ja złożyłam papiery”, „Moja ciocia jest pielęgniarką i postara się załatwić dla mnie pracę”, „Kierunek ten jest odpowiedzią na wszystkie moje wartości, które chcę przekazywać”, „Czuję takie powołanie”. Odpowiedzi było tysiące. Często te same, powtarzające się schematy. Mieszały się wybory te świadome i te przymusowe. Ja dokonałam swojego i co dalej? Zaczęłam analizować rozkład zajęć, ilość przedmiotów. Zamiast zastanowić się nad tym, co zyskam – widziałam tylko ogrom godzin dydaktycznych, materiału do nauki i dużą ilość praktyk. Moja reakcja po pierwszym dniu zajęć? Wróciłam do domu i zaczęłam płakać. Bałam się, że nie dam rady.

Wiara w siebie kluczem do sukcesu

Są to ciężkie studia. Teraz, jako studentka 3. roku, uśmiecham się, pisząc

Wam o tym. Można się poddać jak wiele osób, ale można też zaprzeć się w sobie i spróbować. Ja postawiłam na drugą opcję. Pielęgniarstwo – na początku przerażające – zmieniało się w fascynujące. Był tylko jeden warunek: musiałam być otwarta na propozycje. Powoli odkrywałam zalety. Zmiany, jakie we mnie zachodziły, było widać na pierwszy rzut oka. Poświęciłam naprawdę wiele. A co mnie dał ten kierunek?

Prezenty

Pielęgniarstwo kształtuje mnie i przygotowuje do życia. Nauczyłam się podstawowych rzeczy, które wykorzystuję w domu, w swojej rodzinie. Mówię tu o hierarchii wartości, którą ma każdy z nas. Jest ona podstawowym elementem potrzebnym do realizacji siebie w tym zawodzie. Kierunek ten kształtuje we mnie wartości, takie jak: serdeczność, troska, chęć niesienia pomocy, sprawiedliwość, miłość, szacunek do życia, tolerancja, satysfakcja, duchowość, świadomość moralna, godność, humanitarność, czujność, profesjonalność, wnikliwość, niepodzielność, cierpliwość, otwartość, empatia oraz wrażliwość. Pielęgniarstwo jako zawód daje mi określoną wiedzę, którą posługuję się w praktyce. Według koncepcji Florence Nightingale jest zapewnieniem pomocy w przywracaniu zdrowia, a także w jego umacnianiu i zachowywaniu. Jestem w pełni świadoma tego, że

pielęgniarstwo jako profesja daje możliwość wypełniania służby społecznej o bardzo istotnym znaczeniu dla ludzkiego zdrowia. To my pielęgniarki same nadzorujemy, poprawiamy i rozwijamy własną praktykę w zawodzie. Pielęgniarstwo jako nauka szuka, opisuje, bada wszystkie problemy, sprzeczności, teorie, pomagając nam stać się odrębną dziedziną naukową. Wierzę, że jest to początek rozwoju, który znacznie nabiera tempa. Pielęgniarstwo jako sztuka wymaga od pielęgniarki nie tylko wiedzy i umiejętności technicznych, ale także twórczości, innowacyjności, świadomości siebie – swoich silnych i słabych stron, poznania i rozumienia człowieka oraz jego potrzeb i ciągłej gotowości do niesienia pomocy. Otrzymałam wiele, a proszę mnie tylko o to, abym to doceniła i przekazywała dalej.

Moje życie składa się z wiecznych wyborów. Niektóre z nich nie miały na mnie żadnego wpływu, ale jest jeden, który sprawił, że moje życie wywróciło się do góry nogami. Pielęgniarstwo! To był mój świadomy wybór. Decyzja, która przeniosła mnie w zupełnie inny świat. Wybrałam to, co dla mnie najlepsze, a teraz z zapałem realizuję swoje cele, ponieważ wiem, że...

„Najlepsza część życia ludzkiego to małe, bezimiennie i zapomniane akty dobroci i miłości”.

William Wordsworth

Nie oceniaj książki po okładce

Każdemu przeciętnemu i nieprzeciętnemu człowiekowi wpaja się od najwcześniejszych lat – nie oceniaj drugiego po wyglądzie, pierwsze wrażenie jest zazwyczaj zgubne, ludzie nie zawsze są tacy, na jakich wyglądają itp., itd. Niestety nasze umysły wprost kochają niezależność – kochają robić wszystko po swojemu.

Klaudia Massalska,
Anna Sykut
Studenckie Koło PTP, Lublin

„Jest to trudny oddział – oddział, na którym tak naprawdę jeśli chcesz, nauczycie się wszystkiego” – zapewniła nas Pani Pielęgniarka. Pomyślałam więc, że świetnie po wakacjach będzie znowu móc pobrać krew i krzyknąć z radości: „Tak! 4 probówki krwi bez przekłucia żyły!” albo powiedzieć: „Pielęgniarka z oddziału założyła wenflon za 3 razem, a ja za 1 – na 100% będę profesjonalistką!” albo „Ciekawe, czy dziś ktoś powie <<aa!>>”, kiedy będę nakłuwać palec na glikemii czy może zrobię to tak supertekniką, że nawet się nie spostrzeże, a glukometr już będzie wskazywał piękny wynik”. Ale czy to „wszystko” o czym mówiła Pielęgniarka, oznacza tylko praktykę?

Godzina 7.00

Oddział Intensywnej Opieki. Wchodzę, już to czuję – ten specyficzny zapach, rozglądam się i widzę samych leżących nieprzytomnych lub półprzytomnych pacjentów. Zniechęcona podchodzę do Pani Sanitariuszki – biorę tacę z jedzeniem i posłusznie wykonuję polecenie: „Jak możesz, nakarm Panią na 10/2”. W głowie tłoczą się myśli: „O nie! Dziewczynom z grupy trafił się mniej wymagający pacjent a mnie? Najgorszy przypadek – nieprzytomna, duża, chora na akromegalię Pani, z którą nie można się nawet porozumieć. Jedynie co robi, to patrzy i nic nieznaczająco uśmiecha się niezbyt przekonującym zestawem uzębienia – cudowny początek dnia!”. Karmię i myślę: „Biedna Pani, pewnie nawet nie ma własnej rodziny. Leży tutaj sama i gdy wróci ze szpitala, również będzie sama”.

Godzina 8.00, sala nr 10

Pora obiadu, na salę nr 10 wchodzi piękna blondynka. Kobieta zadbana, modnie ubrana, wyperfumowana, delikatnie uśmiechająca się korzystnym zestawem uzębienia. Spojrzała na mnie i nieśmiało zapytała: „Przepraszam, czy na tej sali leży Pani Magda xxx? To moja siostra, została przywieziona wczoraj w nocy z zapaleniem opon mózgowych”. Pierwsze co przyszło mi na myśl to: „yyy... masz bardzo płytkie myślenie studentko pielęgniarstwa! Wstydź się!”. Odpowiedziałam: „To jest to łóżko, karmiłam dziś Panią przez strzykawkę, ale myślę, że obiad może Pani spróbować dać już normalnie”. Pacjentka ze środkowego łóżka poznała siostrę, uśmiechnęła się do niej, a na wieść, że wieczorem odwiedzi ją mąż uśmiechnęła się jeszcze bardziej. Po południu przyszedł mąż i powiedział, że pozdrawiają ją dzieci – uśmiechnęła się tak mocno, że mocniej się chyba już nie da.

Godzina 12.00

Dziś zaczynam już 3 tydzień na tym oddziale. Przytomna i w pełni świadoma Pani Magda to jedna z moich ulubionych pacjentek. Chociaż nawet o tym nie wie – dała mi milion razy cenniejszą lekcję niż niejedna pielęgniarka na tym oddziale ucząca mnie wkłuwania się w żyłę. Codziennie wchodzę na salę nr 10 i nie czuję już specyficznego zapachu, a co najważniejsze – nie jestem zniechęcona. Dlaczego? Bo wita mnie przepiękny zestaw uzębienia Pani Magdy, jej powstrzymywane w duchu „aa”, kiedy robię jej glikemii i najszczerze na świecie „dziękuję”, kiedy pomagam w najdrobniejszej sprawie.

Pielęgniarstwo jako zawód, nauka, sztuka czy profesja wymaga od nas pewnych cech, jakie powinniśmy posiadać. Szeregu wartości, które potrzebne są w codziennej pracy. Niezbędne, aby profesjonalnie wykonać swoje obowiązki. Mieszając cierpliwość z wrażliwością, uczynność z opiekuńczością, otwartość na potrzeby innych z asertywnością, uprzejmość z grzecznością, szacunek dla drugiego z empatią, tworzymy środowisko zaufania, poczucia bezpieczeństwa dla pacjenta i jego rodziny. Dzięki temu takie otoczenie pozytywnie wpływa na proces leczenia i opieki, gwarantując sukces zawodowy, spełnienie i rozwój. Antoni Kępiński pisał: *dla lekarza wszystko, co dotyczy człowieka, nie jest ani dobre czy złe, ani mądre czy głupie, ani piękne czy brzydkie - jest tylko ludzkie. Istotny dla lekarza jest walor ludzkiego cierpienia, które jego obowiązkiem jest zmniejszać*¹ – to samo dotyczy nas – pielęgniarzek.

Każdej przeciętnej i nieprzeciętnej pielęgniarki wpaja się od początku edukacji – nie oceniaj pacjenta po wyglądzie, pierwsze wrażenie jest zazwyczaj zgubne, ludzie nie zawsze są tacy, na jakich wyglądają itp., itd. Niestety nasze umysły wprost kochają niezależność – kochają robić wszystko po swojemu. Kierujmy się więc sercem.

1. Kępiński A., *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002, s. 61.



Gdyby pielęgniarstwo nie istniało, byłabym/byłbym...



Klaudia Massalska

Gdyby Pielęgniarstwo nie istniało byłabym człowiekiem, który by je „wywalał”. Idąc na studia nie myślałam, że kiedyś to powiem ale nie wyobrażam sobie świata bez istnienia Pielęgniarstwa. Teraz będąc na III roku jestem w pełni pochłonięta

wszystkim co jest z Pielęgniarstwem związane. Myślę, że stworzenie takiej dziedziny nie byłoby trudne. Wystarczy tylko obudzić w sobie najpiękniejsze wartości jakie może przejawiać człowiek i zamienić je w czyn – oto przepis na pielęgniarstwo. Cudowne

jest to, że w zasadzie niezależnie od tego jakie człowiek posiada zdolności może w tym zawodzie je szlifować i udoskonalać. Bo do tego przecież wszyscy dążymy – do profesjonalizmu.

Kasia Pawłowska

Gdyby pielęgniarstwo nie istniało, byłabym podróżnikiem szukającym swojego miejsca na planecie Ziemia. Czy znalazłabym inny zawód, który aż

tak by mnie interesował i satysfakcjonował? Nie wiem. Z pewnością szukałabym zajęcia, które wiązałoby się z pracą z ludźmi i dla ludzi. Zawodu, który wymagałby ode mnie

ciągłego rozwoju i bycia w nieustającym ruchu. Mam jednak nadzieję, że nigdy nie będę musiała się nad tym zastanawiać bo pielęgniarstwo było, jest i będzie.

Katarzyna Trzpiel

Czy można wyobrazić sobie świat bez pielęgnowania, pielęgniarstwa, troski o drugiego człowieka? A jednak, gdyby pielęgniarstwo nie istniało wybrałabym inny zawód, który mam nadzieję, dawałby

mi tak samo dużo możliwości wyboru i rozwoju, jakie obecnie daje pielęgniarstwo. Może byłabym archeologiem poszukującym w ziemi śladów naszych przodków, a może oceanologiem, antropologiem?...

Na pewno byłby to zawód, w którym dużo się dzieje, nie można przewidzieć co wydarzy się za chwilę i który daje wolność myślenia i działania.

Lena Kozłowska

Gdyby pielęgniarstwa nie było, byłabym... kimś zupełnie innym, ponieważ dzięki pielęgniarstwu:

- Mam świadomość tego, że zdrowie jest wartością bezcenną,
- Wiem, że życie jest krótkie i trzeba

korzystać z każdej chwili,

- Relacje z ludźmi to jeden z najważniejszych elementów życia,
- Jeżeli tylko wykażemy zaangażowanie możemy mieć wpływ na wiele rzeczy.

Doświadczenia zawodowe nieustannie kształtują mój charakter. Dzięki pielęgniarstwu bardziej doceniam każdy dzień. Nie jestem przekonana, czy gdybym nie była pielęgniarzką, potrafiłabym czerpać z życia tak wiele...

Agnieszka Herzig

Co bym robiła, gdybym nie była położną?

Co by było gdyby? Gdybym dołączyła się na studia, to pewnie zostałabym psychologiem – czy to byłoby dobre – jak wyglądałaby moja droga i co bym z tym mogła zrobić tu i teraz?

Często jako dzieci mamy marzenia, a na pytanie „kim chcesz zostać” kiedyś chłopcy odpowiadali – strażakiem, a dziewczynki – nauczycielką.

Z mojego dzieciństwa pamiętam jak mówiłam, że zostanę oceanografem – na pewno pod wpływem oglądanych regularnie „Spotkań z przyrodą” i fascynujących mnie wtedy zdjęć podwodnych. Był to czas, kiedy namiętnie na wakacjach nurkując wyciągałam z wody wszystko. Zabawa w rzucanie czerwonego kamienia i wylawianie go była jedną z pasjonujących wakacyjnych zabaw.

Fakt, że w owych czasach takie możliwości rozwijania podobnych zamiłowań były ograniczone pewnie sprawiło, że do tego nie doszło – a może były to tylko wakacyjne marzenia.

Od wielu lat wiem, co bym robiła i nawet często mówię, że jak zawitam na ziemię jeszcze raz to na pewno zostanę tancerką. To lubiłam zawsze. Parę lat temu zawodowo zapisałam się na warsztat „Taniec brzucha dla ciężarnych”, aby w szkole rodzenia wpleść elementy tańca. W ten sposób dowiedziałam się – trochę za późno, że jest to coś, co robiłabym najchętniej.

Na zajęciach prowadzonych przez tancerkę rodowitą Marokankę Dalylę Rami odkryłam wiele ważnych dla mnie rzeczy. Uczyla nas nie tylko tańca, ale innej kultury, innych obyczajów, spojrzenia na siebie i na innych ludzi. Orientalne rytmy były od

początku mi bliskie i znajome, zajęcia dawały radość i odprężenie mimo, często również fizycznego zmęczenia.

Obserwując kobiety w ciąży przychodzące na zajęcia szkoły rodzenia widzę, jak brak im wrodzonej?, a może nabytej przez taniec ruchomości bioder – ruch w tańcu, wycucie rytmu to coś, co buduje harmonię ciała. Pomaga czuć, trzymać równowagę, panować nad swoimi ruchami i je kontrolować. Taniec orientalny jest też bardzo kobiecy i tak jak Dalyla nam zawsze pokazywała – pokazuje nasze kobiece atrybuty ale uczy granic nietykliwości.

Do tańca nie trzeba mnie zapraszać, słysząc muzykę nie potrafię siedzieć i zawsze jestem tą, która pierwsza podrywa się na parkiet i na pewno tak już zostanie.

Pielęgnujmy nasze marzenia i wprowadzajmy je w życie.

Ania Sykut

Gdybym nie była pielęgniarką byłabym, księgową. Jedną z moich licznych pasji jest matematyka, której nauczył mnie Tata. Jest to dziedzina, w której zawsze czułam się dobrze. Na moim świadectwie królewską oceną zawsze była ta z matematyki i biologii. Najważniejsze są podstawy - gdy je posiadasz, wszystko tworzy logiczny sens. Jedno łączy się

z drugim, dając odpowiedni wynik. Praca w tym zawodzie na pewno przyczyniłaby się do rozwoju mojej pasji. Jednak nie była by zintegrowana z moją osobowością. Kontakt z ludźmi i doraźna pomoc jest tym spełnieniem, o którym zawsze myślałam: nadać swojej pracy właściwego znaczenia, czuć się i być przydatnym dla innych. Życ według własnej hierarchii wartości.

Pielęgniarstwo jest zawodem, który łączy wszystkie moje cechy, jak: logiczne myślenie, chęć pomocy drugiemu człowiekowi, umiejętność pracy zespołowej, szybkie reagowanie, zdolność analizy sytuacji a najważniejsze - jest odbiciem moich wartości. Tym jest dla mnie Pielęgniarstwo.

Beata Dobrowolska

Tytuł refleksji redakcji tego numeru wydaje się być nieco prowokacyjny. Dlaczego? Z prostego powodu – nawet w najczarniejszych scenariuszach trudno sobie wyobrazić, aby pielęgniarstwo nie istniało. Powiem więcej, odkąd istnieje ludzkość, istnieje opieka nad drugim człowiekiem, dzięki niej przetrwaliśmy. Dlatego, bardzo niepokojące są prognozy statystyczne na świecie, jak również w Polsce, które alarmują, że w najbliższych latach będzie brakować tysięcy pielęgniarek. Jeśli

nie przygotujemy dość szybko sensownej strategii promocji pielęgniarstwa w Polsce, sytuacja może okazać się tragiczna. Jest to apel do organizacji pielęgniarskich, ale nade wszystko do polityków naszego kraju.

W ramach Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego takie działania podejmowane są od dłuższego czasu. Wśród nich należy wymienić starania o to, aby pielęgniarstwo jako kierunek studiów zostało wpisane do kierunków zamawianych, jak

również konkursy np. Konkurs dla studentów wszystkich kierunków na najlepszy film promujący zawód pielęgniarki w Polsce czy Konkurs Pielęgniarka Roku. Każde z tych działań ma na celu pokazanie, że pielęgniarstwo może stanowić atrakcyjną opcję kariery zawodowej.

A teraz już odpowiadając na prowokacyjne pytanie w tytule – gdyby pielęgniarstwa nie było, rozwijałabym pewnie bardziej dogłębnie swoje zainteresowania filozofią i prawami człowieka.

Wojciech Nyklewicz

W dzieciństwie miałem różne plany na daleką przyszłość: a to było leczenie ptaków (bałem się bawić w „leczenie” ludzi, bo wydawało mi się, że w wyniku tych zabaw z wyobraźnią, ludzie umieraliby naprawdę); a to chciałem być żeglarzem, jak mój starszy brat; a to chciałem być leśnikiem. We wczesnych latach szkoły podstawowej wakacje spędziłem na wiejskiej plebanii i doceniłem wygodne życie wuja księdza, dlatego też przez jakiś czas chciałem zostać księdzem. Potem byłem „prawdziwym” aktorem w dziecięcym teatrze i to zajęcie wydawało mi się bardzo atrakcyjne. A gdy byłem w liceum, chciałem być psychologiem, właściwie psychoanalitykiem. Właśnie wtedy przeczytałem wszystkie dostępne książki Freuda no i wszelakie podręczniki psychologii. Mogę powiedzieć, że w szkole średniej miałem już przestudiowane wszystkie poważne książki z zakresu psychologii. W tym czasie wyobrażałem sobie przyszłą pracę w szpitalu, która miała polegać na organizowaniu przeze mnie grupowych zajęć z pacjentami z oddziału kardiologii i interny oraz z ich rodzinami, którzy w ten sposób mogliby uczyć się żyć z chorobą, radzić sobie z lękiem przed śmiercią osoby bliskiej. Było to niejako odzwierciedlenie moich osobistych potrzeb odnośnie opieki nad członkami rodziny osoby chorującej (mój ojciec już nie żył, a moja matka chorowała na serce; przeżywałem lęk przed jej śmiercią i nie umiałem sobie z nim poradzić, byłem w tym zupełnie

osamotniony). Pewnego razu w popularnonaukowym czasopiśmie „Problemy”, które prenumerowałem w latach szkoły średniej, przeczytałem artykuł o wymyślonej przeze mnie metodzie grupowej pracy z pacjentami i byłem potwornie zazdrosny, że ktoś to wymyślił i opisał, choć w mojej rzeczywistości to był mój wynalazek.

Gdy już nasyciłem się psychologią, w pewnym momencie zaczęło mnie uwierać pytanie o życie poza Ziemią, jak również życie pozagrobowe. Zacząłem czytać dostępne książki z zakresu astronomii, ale śladów życia na Marsie nie znalazłem, za to dowiedziałem się o duchach więcej, niż dotychczas wiedziałem. W wieku szkoły średniej również interesowałem się tzw. kinem ambitnym. Oglądałem filmy Bergmana, Saury oraz polskich reżyserów, takich jak Zanussi czy Wajda. Byłem pod wrażeniem przeczytanego scenariusza do filmu Bergmana pt. „Jajo węża”. Kiedyś, zupełnie nieoczekiwanie wpadło mi w ręce opowiadanie... Nie pamiętam tytułu ani autora, ale pamiętam, że klimat był istic bergmanowski, duszny, zawily emocjonalnie aż do granic wytrzymałości. Była to opowieść o kazirodczym związku brata i siostry – moich rówieśników. Na podstawie tego opowiadania napisałem dla Bergmana scenariusz filmu, choć on przecież nic nie wiedział o moim istnieniu, a ja nie miałem zielonego pojęcia, gdzie polski tekst wysłać do Szwecji.

Gdy przyszło mi decydować o wyborze zawodu, miałem prawdziwy kłopot, choć psychologia interesowała mnie najbardziej. Dlatego zdawałem na studia psychologiczne. Jednak nie dostałem się na uniwersytet, więc papiery złożyłem do studium pielęgniarstwa psychiatrycznego, żeby uczyć się tego, co mnie interesuje.

Gdyby nie było pielęgniarstwa, tamtej wiosny trafiłbym do wojska, a potem próbowałbym ponownie podjąć studia w zakresie moich zainteresowań. Zresztą, do wojska i tak dostałem powołanie, lecz wtedy miałem już dyplom ukończenia studium psychiatrycznego. Pracując w szpitalu nigdy nie zrealizowałem swoich dziecięcych planów, nigdy nie pozwolono mi prowadzić zajęć grupowych z zakresu edukacji zdrowotnej, choć na studiach uczyłem się tej – przecież mojej dziecięcej – metody. W praktyce okazało się, że pielęgniarstwo jest bardzo ciasną i sztywną dziedziną, choć teoretycznie daje bardzo duże możliwości. Z doświadczenia zawodowego mogę powiedzieć, że podczas mojej pracy w szpitalu wykorzystano zaledwie 10% moich wyuczonych możliwości, a na dodatek oczekiwano wykonywania zadań poniżej kompetencji.

Obecnie spełniam moje marzenia, co sprawia mi radość i zaspokaja moją potrzebę poznawczą i kreatywność, ale nie mieści się to w ramach ogólnie rozumianego pielęgniarstwa. Aczkolwiek są to działania na rzecz rozwoju pielęgniarek i pielęgniarstwa.

Filozofia humanistycznej troskliwości Jean Watson

- po prostu ludzka teoria pielęgniarstwa

Część I.

Spośród wielu teorii pielęgniarstwa koncepcja humanistycznej troskliwości stworzona przez Jean Watson uznawana jest często za bardzo trudną i nazbyt filozoficzną, aby mogła znaleźć zastosowanie w codziennej pielęgniarstwie praktyce. W niniejszym krótkim tekście chcę pokazać jak bardzo mylnie jest to przeświadczenie.

Beata Dobrowolska
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jean Watson (ur. 1940 roku w Zachodniej Wirginii (USA)) jest pielęgniarką. W 1964 roku zdobyła tytuł licencjata pielęgniarstwa (BSN), a w 1966 roku tytuł Magistra Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, tytuł doktora uzyskała w 1973 roku. Stworzyła Centrum Ludzkiej Troskliwości w Kolorado, a w 2008 roku założyła fundację pod nazwą Instytut Nauki o Trosce im. Jean Watson (*Watson Caring Science Institute*). Jean Watson napisała ponad 18 książek na temat teorii humanistycznej troskliwości. Za swoją pracę w zakresie rozwoju teorii humanistycznej troskliwości Jean otrzymała 10 Honorowych Doktoratów, w tym 7 międzynarodowych (Szwecji, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Kolumbii Brytyjskiej i Quebec, Kanady i Japonii). [<http://www.watsoncaringscience.org> – data dostępu 23.11.2012].

W 2009 roku, w ramach obchodów jubileuszu 40-lecia Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie mieliśmy ogromną przyjemność gościć Jean Watson, która zaszczyciła nas wykładem na temat: *Caring Science as Ethical and Scientific Model for Nursing Education and Practice* (Nauka o trosce jako etyczny i naukowy model edukacji i praktyki pielęgniarstwie). Kilka dni spędzonych w towarzystwie Jean Watson uprawnia moje przekonanie, że jest to Wielka Dama Światowego Pielęgniarstwa; osoba o ogromnej kulturze osobistej, otwarta na ludzi, gotowa na współpracę na rzecz rozwoju pielęgniarstwa na świecie.

Dlaczego humanistyczna troskliwość/opiekuńczość została uznana za istotę pielęgniarstwa?

Kategoria troski (ang. *care*) o siebie i o drugiego człowieka stanowi najbardziej podstawowy wymiar relacji międzyludzkich. Jako najstarsza forma ludzkiej ekspresji jest czymś, co definiuje człowieka. Dlatego też wydaje się być oczywistym, że to właśnie ta kategoria powinna stanowić istotę pielęgniarstwa. Troskę o siebie i innych uznaje się przecież za decydujący czynnik w procesie ludzkiego rozwoju, dla utrzymania zdrowia, jak również dla przetrwania gatunku ludzkiego [M. Leininger w: J. Watson, 2008, s. xi-xii].

Warto także pamiętać, co podkreśla Jean Watson, że nauki medyczne mają inne korzenie aniżeli pielęgniarstwo. Według niej, biorąc pod uwagę historię i tradycję pielęgniarstwa oraz wartości istotne w tej profesji można powiedzieć, że pielęgniarstwo ma charakter tzw. nauki o człowieku (*human science*) i bliżej mu do nauk humanistycznych aniżeli przyrodniczych. Pielęgniarstwo inaczej postrzega człowieka, jak i inne stosuje metody badawcze, aby zgłębić przedmiot swoich zainteresowań – jednostkę, rodzinę i grupę, które funkcjonują w wielokontekstowej rzeczywistości, zdrowie i życie ludzkie, jak również proces opieki pielęgniarstwie. W pielęgniarstwie znajdujemy znacznie więcej odniesień do metafizyki, estetyki, sztuki czy innych nauk humanistycznych aniżeli ma to miejsce w naukach przyrodniczych [J. Watson, 2007, s. 17-18].

Humanistyczna troskliwość jest pojęciem wielowymiarowym. Ma przede wszystkim charakter relacyjny, wydarza się pomiędzy dwojgiem ludzi i jako taka powinna być rozpatrywana w kontekście

wielu różnych wartości. Każda relacja międzyludzka jest niejako prześiąknięta wartościami, które wnoszą strony tej relacji. Obok wartości, w proces troski o pacjenta musi być zaangażowana profesjonalna wiedza i umiejętności, a nade wszystko wola do jej realizacji oraz gotowość do wzięcia odpowiedzialności za podjęte działania. W związku z tym, nie można mylić humanistycznej troskliwości w pielęgniarstwie z emocjami czy tylko z pewnym sentymentalnym nastawieniem do pacjenta [J. Watson, 2007, s. 28-29].

Pielęgniarska troskliwość a inne pojęcia modelu pielęgniarstwa Jean Watson (metaparadygmat pielęgniarstwa)

Większość teorii pielęgniarstwa rozwija swoje założenia rozpoczynając od dookreślenia najbardziej podstawowych pojęć, istotnych z punktu widzenia pielęgniarstwa jako nauki i praktyki. Wśród tych pojęć możemy wymienić: osobę ludzką, zdrowie, środowisko i samo pielęgniarstwo (tzw. metaparadygmat pielęgniarstwa). [S. Poznańska, 2001, s. 13]. Podanie ich definicji oraz zależności między nimi nakreśla niejako punkt wyjścia do dalszych analiz, jak i wskazuje charakter rozwijanej koncepcji.

Jean Watson definiuje osobę ludzką jako jedność umysłu, ciała i duszy; istotę, która stanowi część natury. W związku z tym, zdrowie to harmonia tych trzech podstawowych wymiarów osobowości człowieka, jak również życie w harmonii z innymi ludźmi i otaczającą naturą. Jednocześnie, zdrowie związane jest także ze stopniem zbieżności między „ja postrzeganym” i „ja doświadczanym”. Dysharmonia w tym zakresie, subiektywne poczucie rozbieżności między poszczególnymi sferami dopełniającymi osobę, może być określone jako *choroba*. Istotą pielęgniarstwa jest rozwijanie międzyludzkiej relacji troskliwości, której celem jest ochrona, przywracanie i utrzymanie człowieczeństwa poprzez pomoc

osobie w znalezieniu znaczenia choroby, cierpienia, bólu i egzystencji; pomoc w zdobyciu samoświadomości, kontroli, samouzdrawiania tak, aby poczucie wewnętrznej harmonii zostało przywrócone bez względu na zewnętrzne okoliczności. Pielęgniarka może realizować istotę pielęgniarstwa poprzez urzeczywistnianie humanistycznej troskliwości [J. Watson, 2007, s. 47-49; 53-56].

Realizacja humanistycznej troskliwości w praktyce – czynniki opiekuńcze (carative factors)

W urzeczywistnianiu troski o drugiego człowieka mają pomóc sformułowane przez Jean Watson czynniki opiekuńcze, które zostały skontrastowane z czynnikami leczniczymi (curative factors). O ile, te ostatnie koncentrują się na leczeniu pacjenta z choroby, o tyle czynniki opiekuńcze mają pomóc w utrzymaniu zdrowia lub zapewnieniu pacjentowi spokojnej śmierci [J. Watson, 2008, s. 7 i dalsze].

Formowanie własnego humanistyczno-altruistycznego systemu wartości. Realizacja humanistycznej troskliwości opiera się na uniwersalnych wartościach, które każda pielęgniarka poznaje w trakcie swojego osobistego rozwoju oraz w toku pielęgniarskiej edukacji zawodowej. Formowanie własnego humanistycznego systemu wartości pielęgniarki to próba zrozumienia zależności między jej tożsamością jednostkową a tożsamością zawodową; próba otwarcia się na innych ludzi i na to, co dla nich jest ważne.

Podtrzymywanie wiary i nadziei. Nauki medyczne proponują wiele sposobów leczenia choroby i ulżenia pacjentowi w cierpieniu, jednak bardzo często nie są w stanie pomóc choremu. W takich sytuacjach pozostaje opieka pielęgniarska, która przekracza ograniczenia medycznego podejścia ze względu na całościowe traktowanie osoby.

Pielęgnowanie wrażliwości w stosunku do siebie i innych. Pielęgniarka powinna wykazywać wrażliwość w stosunku do siebie samej, co stanowi punkt wyjścia do rozwijania wrażliwej odpowiedzi na drugą osobę.

Budowanie relacji opartych na pomaganiu i zaufaniu. Humanistyczna troskliwość zakłada poznanie pacjenta, z którym pielęgniarka wchodzi w relację oraz jednostkowe, podmiotowe traktowanie go.

Akceptowanie i zachęcanie do wyrażania pozytywnych i negatywnych uczuć.

Emocje odgrywają bardzo dużą rolę w życiu każdego człowieka, dlatego tak ważne jest ich zrozumienie i przyzwolenie na ich wyrażanie.

Systematyczne stosowanie metody naukowej w procesie rozwiązywania problemów decyzyjnych. Proces opieki pielęgniarskiej musi być oparty na osiągnięciach nauk, nie tylko medycznych. Dodatkowo, proces pielęgnowania powinien stanowić jednocześnie systematycznie realizowany proces badawczy, w ramach którego wykorzystuje się metody naukowego postrzegania i rozwiązywania problemów. Tylko wtedy pielęgniarka może zrozumieć zależność między podejmowanymi działaniami i ich wpływem na zdrowie pacjenta.

Promowanie interpersonalnego nauczania i uczenia się. Edukacja zdrowotna stanowi jedno z podstawowych zadań pielęgniarki i powinna być realizowana na każdym etapie procesu pielęgnowania.

Zapewnienie wspierającego, chroniącego lub korygującego środowiska psychicznego, fizycznego, socjokulturowego i duchowego. Zdaniem Jean Watson, zapobieganie niepotrzebnemu stresowi, zapewnienie komfortu, ochrona prywatności, zapewnienie bezpieczeństwa, czyste i estetyczne otoczenie to te elementy, które pozwalają zapewnić pielęgniarki wspierające, korygujące i chroniące pacjenta środowisko.

Asystowanie i zaspokajanie ludzkich potrzeb. Watson wyróżnia potrzeby niższego rzędu: biofizyczne (jedzenia i picia, wydalania i oddychania) i biopsychiczne (np. aktywności i odpoczynku) oraz potrzeby wyższego rzędu: psychosocjalne (osiągnięć i afiliacji) oraz intra- i interpersonalne (samorealizacji), w których zaspokojeniu może pomóc pielęgniarka.

Uwzględnianie wymiaru egzystencjalno-fenomenologicznego. Jean Watson podkreśla, że pielęgniarka powinna starać się otworzyć na egzystencjalny wymiar własnego istnienia, co z kolei ułatwi jej zrozumienie pacjenta, szczególnie w sytuacji granicznej. [J. Watson, 2008].

Piśmiennictwo:

1. Poznańska S., Płazewska-Żytko L., Wybrane modele pielęgniarstwa. Podstawa praktyki pielęgniarskiej, Wyd. UJ, Kraków 2001.
2. Watson J., Nursing. Human Science and Human Care. A Theory of Nursing, London 2007.
3. Watson J., Nursing. The philosophy and science of caring, University Press of Colorado, Colorado 2008.



Zdjęcia: Stanisław Sadowski, fotograf UM w Lublinie.

Czerwony Krzyż



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

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

„Chociaż ja jestem znany jako założyciel Czerwonego Krzyża i twórca Konwencji Genewskiej, jednak jednej kobiecie angielskiej przypada zasługa tego dzieła.”

Henryk Dunant
o Florence Nightingale

Od ponad wieku Czerwony Krzyż działa w służbie ludzkości. Pozwala chronić ludzi dotkniętych przez wojny i katastrofy na całym świecie.

Międzynarodowy Czerwony Krzyż powstał w 1863 roku z inicjatywy Szwajcara Henryka Dunanta, który w był zainspirowany pracą i działalnością Florence Nightingale. W trakcie podróży do Włoch doświadczył tajemnicy porzuconych na polu walki ponad 45 000 żołnierzy, którzy byli ranni lub martwi. Po powrocie do Genewy Dunant wydał książkę „Wspomnienia z Solferino”, w której opisał drastyczną potrzebę ulepszenia wsparcia dla ofiar wojennych. Pierwszą jego propozycją zmian było zapoczątkowanie Stowarzyszeń Narodowych, które obecnie istnieją w 183 państwach na całym świecie, natomiast drugą była Konwencja Genewska, która jest podpisana przez 192 kraje.

Podczas I Międzynarodowej Konferencji w Genewie, przedstawiciele 14 krajów, zobowiązali się do powołania stowarzyszenia, którego zadaniem będzie niesienie pomocy rannym i chorym żołnierzom w czasie wojny, natomiast w czasie pokoju szkolenie pomocnicze personelu sanitarnego. Powołany Międzynarodowy Komitet Pomocy Rannym

został przekształcony w Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża. Jednocześnie ustalono symbol Organizacji – odwrotność barw flagi Szwajcarii (czerwony krzyż na białym tle), jako podziękowanie dla inicjatorów powstania Międzynarodowego Czerwonego Krzyża. Podczas wojny rosyjsko-tureckiej, w latach 1876-1878 Imperium Osmańskie zadeklarowało, że zamiast znaku czerwonego krzyża na białym tle będą używać znaku czerwonego półksiężyca, gdyż krzyż jest zbyt ofensywny w stosunku do muzułmanów. Czerwony półksiężyc został zaakceptowany na czas trwania konfliktu. Od tego czasu Organizacja nazywa się Międzynarodowym Ruchem Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca. W roku 2005, podczas Dyplomatycznej Konferencji w Genewie, stworzono dodatkowy emblemat Organizacji. Obok czerwonego krzyża oraz czerwonego półksiężyca pojawił się również czerwony kryształ. Wówczas przedstawiono również kilka wyzwań, z jakimi Ruch ma zmierzyć się w najbliższych latach. Były to: możliwość dla państw, które były niechętnie do czerwonego krzyża lub czerwonego półksiężyca, aby włączyć się do Ruchu i móc używać symbolu kryształu oraz możliwość używania symbolu czerwonego krzyża i czerwonego półksiężyca razem.

W 1919 roku podczas Konferencji w Cannes powołano Wydział Pielęgniarstwa działający przy Lidze Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża. Zadaniem powołanej Instytucji było zakładanie szkół pielęgniarskich, doskonalenie pielęgniarek, przyznawanie stypendiów oraz ogólne współdziałanie grupy zawodowej w zakresie zdrowia.

W czasie trwania I Wojny Światowej Czerwony Krzyż niósł pomoc ofiarom wojny, organizowano szpitale, szkolono pielęgniarki. Po zakończeniu wojny Czerwony Krzyż włączył się do działań których celem było utrzymanie pokoju.

W 1912 roku Czerwony Krzyż zatwierdził międzynarodowe odznaczenie dla pielęgniarek, Medal Florence Nightingale. Był to dowód uznania dla pionierki pielęgniarstwa, osoby która oprócz znanych zasług dla pielęgniarstwa zmodernizowała i zreorganizowała szpitalnictwo wojskowe. Po raz pierwszy Medal został przyznany w 1920 roku w setną rocznicę urodzin Nightingale. Odznaczenie przyznawane jest za szczególne czyny, wymagające poświęcenia oraz wzorowej postawy zawodowej i moralnej. Mogą je otrzymać pielęgniarki/pielęgniarze, ale także osoby, które jako wolontariusze opiekują się chorymi, będąc jednocześnie członkami Czerwonego Krzyża. Pierwszą

Ciekawostka:

7 zasad, którymi kieruje się Czerwony Krzyż to:

1. Humanitaryzm
2. Bezstronność
3. Neutralność
4. Niezależność
5. Dobroćliwość
6. Jedność
7. Powszechność

Polką uhonorowaną Medalem była Maria Tarnowska (1923 rok). Do 2011 roku, sto dwie polskie pielęgniarki otrzymały to wyróżnienie.

Po 54 latach istnienia Międzynarodowego Czerwonego Krzyża powstało Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża w Warszawie. Inicjatywa powołania Organizacji wypłynęła ze strony Stowarzyszenia Samaritanin Polski, pod patronatem Heleny Paderewskiej i generała Zdzisława Horodyskiego. Rok później Towarzystwo zostało przyjęte przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża. W 1927 roku zmieniło oficjalnie nazwę na Polski Czerwony Krzyż (PCK). Głównymi obowiązkami PCK jest pomoc rannym, szkolenia personelu sanitarnego oraz walka z epidemiami. Należy podkreślić, że Polski Czerwony Krzyż był inicjatorem powstawania pierwszych szkół pielęgniarskich w Polsce.

Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża jest organizacją neutralną i niezależną. Od prawie 150 lat aktywnie pomaga ofiarom większości głównych konfliktów zbrojnych, od klasycznych konfliktów cywilnych, przez konflikty Guerilla, po wojny przeciwko terroryzmowi.

Piśmiennictwo:

1. Boratyn B., Wkład Polskiego Czerwonego Krzyża w rozwój pielęgniarstwa w okresie dwudziestolecia międzynarodowego, Zdr Publ 2008;118(3):378-380
2. Encyklopedia dla pielęgniarek, red. Józef Bogusz, PZWL, Warszawa 1990
3. Maksymowicz A., Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym, PZWL, Warszawa 1977
4. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża <http://www.icrc.org>
5. Polski Czerwony Krzyż <http://www.pck.org.pl>
6. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego <http://www.wmp.org.pl>

Ciekawostka:

Henry Dunant był pierwszym odbiorcą Pokojowej Nagrody Nobla w 1901 r.

EMERGENCY

Podstawowe zabiegi ratujące życie - BLS

Resuscytacja - zespół zabiegów, których zadaniem lub skutkiem jest przywrócenie podstawowych funkcji życiowych, tj. krążenia i oddechu

Reanimacja - zabiegi, których skutkiem jest przywrócenie krążenia, oddechu oraz świadomości

BLS - podstawowe zabiegi ratujące życie

AED - automatyczny defibrylator zewnętrzny, urządzenie przenośne, prowadzące poleceniami głosowymi przez bezpieczny proces resuscytacji i defibrylacji



Nie obawiaj się konsekwencji udzielania pomocy, nie obawiaj się być pierwszą osobą, która zainteresuje się stanem poszkodowanego

NIE MOŻESZ STAĆ SIĘ NAJSŁABSZYM OGNIEM ŁAŃCUCHA PRZEŻYCIA

Zasady wzywania pogotowia

NUMERY ALARMOWE:

999 i 112

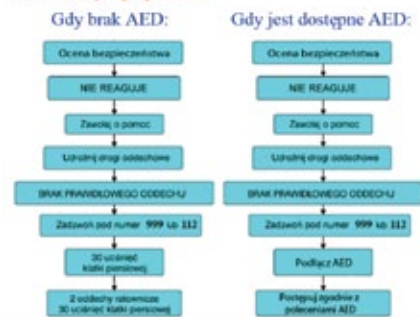
Przekaż informacje:

- Miejsce zdarzenia (miejscę, w którym jest poszkodowany)
- Twoje dane (przedstaw się)
- Opis zdarzenia (co się stało?)
- Liczba i stan poszkodowanych (ilu osobom potrzebna jest pomoc? W jakim są stanie?)
- Pytania (odpowiedz na zadane pytania)

NIE PRZERYWAJ ROZMOWY JAKO PIERWSZY!

www.pierwszapotocnowysacz.pl

Uniwersalny algorytm BLS



Ocena bezpieczeństwa

Upewnij się czy na miejscu zdarzenia jest bezpiecznie i nie naraża życia i zdrowia Twojemu, poszkodowanemu oraz innych świadków zdarzenia



Reakcja poszkodowanego

Potrząśnij poszkodowanego za ramiona i głośno zapytaj: „Halo, co się stało, czy mnie słyszysz?”

www.pierwszapotocnowysacz.pl

Poszkodowany reaguje

- zostaw poszkodowanego w pozycji, w której go zastałeś, o ile nie zagraża mu żadne niebezpieczeństwo
- dowiedz się jak najwięcej o stanie poszkodowanego i wezwij pomoc, jeśli będzie potrzebna, regularnie oceniaj jego stan



Poszkodowany nie reaguje

- głośno zawołaj o pomoc, wyznacz osobę do pomocy
- odwróć poszkodowanego na plecy i sprawdź czy prawidłowo oddycha

Udrożnienie dróg oddechowych i ocena oddechu



- umieść jedną rękę na czole poszkodowanego i delikatnie odegnij jego głowę do tyłu
- palce drugiej ręki umieść na żuchwie poszkodowanego, a następnie unieś ją
- utrzymując drożność dróg oddechowych, przez 10 sekund wzrokiem, słuchem i czuciem oceń czy oddech jest prawidłowy

JEŚLI STWIERDZIŁEŚ, ŻE POSZKODOWANY ODDYCHA:

- ułóż poszkodowanego w pozycji bocznej bezpiecznej
- wezwij pomoc, regularnie oceniaj oddech



www.pierwszapotocnowysacz.pl

JEŚLI STWIERDZIŁEŚ, ŻE POSZKODOWANY NIE ODDYCHA:

- wezwij pogotowie
- rozpocznij uciskanie klatki piersiowej połączone z oddechami ratowniczymi



Uciskanie klatki piersiowej

- uklęknij obok poszkodowanego
- ułóż nadgarstek jednej ręki na środku klatki piersiowej
- ułóż nadgarstek drugiej ręki na już położonym
- spleć palce obu dłoni
- pochyl się nad poszkodowanym
- wyprostowane ramiona ułóż prostopadle do mostka i uciskaj na głębokość 4-5 cm
- wykonaj 30 uciśnieć



- po 30 uciśnięciach wykonaj 2 oddechy ratownicze

www.pierwszapotocnowysacz.pl

Oddechy ratownicze



- po wykonaniu 30 uciśnieć udrożnij drogi oddechowe
- zacisnij skrzydełka nosa poszkodowanego
- pozostaw usta delikatnie otwarte, ciagle podtrzymując żuchwę
- weź normalny wdech i obejmij szczelnie usta poszkodowanego swoimi ustami
- wdmuchuj powietrze do uzyskania efektywnego oddechu ratowniczego (uniesienia się klatki piersiowej)
- jeszcze raz nabierz powietrza i wykonaj drugi oddech

NASTĘPNIE WYKONAJ KOLEJNE 30 UCIŚNIĘĆ KŁATKI PIERSIOWEJ

WYKONUJ NA ZMIANĘ 30 UCIŚNIĘĆ KŁATKI PIERSIOWEJ I DWA ODDYCHY RATOWNICZE, JEŚLI DZIAŁASZ Z AED, POSTĘPUJ ZGODNIE Z POLECENIAMI

KONTYNUUJ RESUSCYTACJĘ DO CZASU GDY:

- przybędą służby medyczne i przejmą działania
- zauważysz objawy powrotu oddechu i krążenia
- ulegniesz wyczerpaniu (jeśli jest taka możliwość niech ktoś przejmie działania)

Pozycja boczna bezpieczna

- zdejmij okulary poszkodowanego
- uklęknij przy poszkodowanym
- rękę bliższą Tobie ułóż pod kątem prostym
- dalszą rękę przełóż w poprzek klatki piersiowej i przytrzymaj stroną grzbietową przy bliższym Tobie policzku



www.pierwszapotocnowysacz.pl

- drugą swoją ręką złap za dalszą kończynę dolną i podciągnij ku górze
- przytrzymując dłoń docisniętą do policzka pociągnij za dalszą kończynę tak by ratowany obrócił się na bok w Twoim kierunku
- ułóż kończynę, którą unosiłeś pod kątem prostym w stawie kolanowym i biodrowym
- odegnij głowę poszkodowanego ku tyłowi by udrożnić drogi oddechowe
- regularnie oceniaj oddech



KOBIETY W CIĄŻY, W POZYCJI BOCZNEJ BEZPIECZNEJ UKŁADA SIĘ NA LEWYM BOKU

Automatyczna defibrylacja zewnętrzna



AED OD MOMENTU WŁĄCZENIA KIERUJE POLECENIAMI GŁOSOWYMI JAK GO UŻYC



1. URUCHOM AED
2. WYJMŲ ELEKTRODY
3. PODŁĄCZ ELEKTRODY
4. NAKLEJ ELEKTRODY (miejscę przyklejenia zawsze pokazane na elektrodach)
5. ODSUŃ SIĘ (TRWA ANALIZA PRACY SERCA)
6. WYKONAJ DEFIBRYLACJĘ (jeśli wskazana, zachowaj bezpieczeństwo)
7. POSTĘPUJ ZGODNIE Z POLECENIAMI AED

30:2

www.pierwszapotocnowysacz.pl



Sprawdź się, odpowiedz na pytania

1 Polska jest zobowiązana wdrożyć Dyrektywę 32 do dnia:

- a. 12 maja 2013
- b. 11 maja 2013
- c. 11 maja 2014

2 Do ilu zakłuc dochodzi dziennie w Polsce?:

- a. 100
- b. 300
- c. 200

3 Zgodnie z zaleceniami Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego aby zredukować ryzyko zakażenia miejsca operowanego pacjent powinien:

- a. Myć skórę środkiem aseptycznym trzy dni przed zabiegiem i w dniu zabiegu
- b. Myć skórę środkiem aseptycznym tydzień przed zabiegiem
- c. Myć skórę środkiem aseptycznym w dniu przed zabiegiem i w dniu zabiegu

4 Cechy dobrze napisanego CV to:

- a. CV może być napisane dowolnie
- b. Powinno być napisane profesjonalnie, zgodnie z prawdą, w sposób oryginalny, zawierać najistotniejsze informacje zawodowe, zgodne z przyjętymi zasadami
- c. CV może być napisane dowolnie, podane informacje powinny zainteresować czytającego, mogą być ubarwione i świadczyć o kreatywności

5 Twórcą Czerwonego Krzyża był/a:

- a. Florencja Nightingale
- b. Henry Dunant
- c. Zdzisław Horodyski

6 Resuscytację prowadzimy:

- a. 2 oddechy, 30 uciśnień klatki piersiowej
- b. 2 oddechy, 15 uciśnień klatki piersiowej
- c. 30 uciśnień klatki piersiowej, 2 oddechy

7 Zgodnie z danymi z 2011 r. w Polsce było:

- a. 139 poradni medycyny paliatywnej, 148 oddziałów medycyny paliatywnej
- b. 148 poradni medycyny paliatywnej, 139 oddziałów medycyny paliatywnej
- c. 139 poradni medycyny paliatywnej, 50 oddziałów medycyny paliatywnej

8 Ile procent respondentów badania miało kontakt z hospicjum:

- a. 18%
- b. 76%
- c. 26%

9 Dla większości ankietowanych hospicja są:

- a. Niepotrzebne
- b. Nie mieli zdania
- c. Potrzebne

10 Jean Watson to twórczyni teorii:

- a. Środowiskowej
- b. Adaptacyjnej
- c. Opiekuńczości

Zapowiedzi Styczeń 2013



Praca za granicą

Wyzwanie, przygoda, a może plan na przyszłość? Jak szukać pracy w innych krajach, gdzie warto pojechać i czego możemy się spodziewać pracując w innym kraju?



Nowoczesne rozwiązania w pielęgniarstwie

Telemedycyna na świecie staje się coraz bardziej popularna, a wraz z nią telepielęgniarstwo. Czy można być pielęgniarką na odległość? Co na to pacjenci? Co na to same pielęgniarki?

Sex po zabiegu

W poprzednich numerach pisaliśmy o zabiegu kapoplastyki z punktu widzenia pielęgniarki. A jak jest z punktu widzenia pacjenta, czy ma on szanse na powrót do życia sprzed zabiegu, w tym do satysfakcjonującego współżycia seksualnego? O tym już w styczniu.

Historia zawodu

Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa powstała w 1921 roku przy ulicy Koszykowej 78. Powstała ona z inicjatywy Ignacego i Heleny Paderewskich oraz Henryka Sienkiewicza. Duży udział miał również Polski i Amerykański Czerwony Krzyż.

Jak napisać list motywacyjny?

Gdy mamy już za sobą napisanie CV pozostaje list motywacyjny, którego napisanie może sprawić nam więcej kłopotów.

Co napisać w liście motywacyjnym, a czego lepiej nie i czemu służy już za miesiąc dowiedzieć się z artykułu napisanego przez eksperta od rekrutacji z MedPharm Group.

Rozwój zawodowy

Jak zaplanować własny rozwój, aby włożony w kształcenie wkład - czas, wyrzeczenia, pieniądze zapoczątkowały w naszym życiu zawodowym, a nie były kolejnym papierkiem w szufladzie? Czy możemy przewidzieć, w jakim kierunku warto się rozwijać?



Sztuka Pielęgowania



2013

Styczeń

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
			1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	29
30	31						

Luty

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
						1	2
3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30				

Marzec

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
						1	2
3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31			

Kwiecień

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Maj

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Czerwiec

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Lipiec

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Sierpień

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Wrzesień

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Październik

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Listopad

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Grudzień

T	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	