

Sztuka Pielęgowania

Nr 1 (5) Styczeń 2013
ISSN 2299-8136



12 **Rozwój zawodowy -
napisz list motywacyjny**

14 **Praca za granicą -
wyzwanie, przygoda, przyszłość?**

17 **Seks po zabiegu**

18 **Telepielęgniarstwo**

28 **Historia zawodu -
Warszawska Szkoła Pielęgniarska**

Aktualności
i wydarzenia

RR Refleksje
Redakcji

ABC
pielęgowania

Praktyka
zawodowa

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 wnieść 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
WYDAWNICTWOWydawnictwo
Sztuka Pielęgowania

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

Redakcja

Katarzyna Trzpieł

Współpraca

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

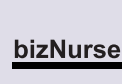
Korekta

Paulina Bator

Skład

GrantProjekt Studio Grafiki

Partnerzy:



Od redakcji



Foto. Maciej Krajewski

No i stało się. Mamy Nowy 2013 Rok, a w nim nowe plany i nowe nadzieje. Niezależnie od tego, czy postanowiliśmy zmienić coś w swoim życiu, czy też nie – zawsze możemy nauczyć się startować z każdej pozycji, w której aktualnie się znajdujemy. Właśnie takiego pięknego startu w Nowy 2013 Rok życzymy naszym Czytelniczkom i Czytelnikom. Oprócz tego, mamy ciepłe, pachnące kutią i radosne życzenia Wesołych Świąt Bożego Narodzenia dla naszych prawosławnych Koleżanek i Kolegów.

A w noworocznym podarku proszę przyjąć kolejne wydanie czasopisma Sztuka Pielęgowania. Na jego łamach możemy wyruszyć w podróż w czasie i przestrzeni wspólnie z Madeleine Leininger. Będzie to wędrówka po basenie Morza Śródziemnego i Europie, poprzez starożytność aż do współczesności, właśnie w czasie wielkich świąt okresu przesilenia zimowego. Oprócz tego, zapraszam również na bardzo współczesną wyprawę poza granice Polski, aby zobaczyć, jak wygląda praca pielęgniarki w innych krajach. Gdy już zorientujemy się w różnorodności zawodowych kompetencji naszych zagranicznych koleżanek i kolegów, warto będzie przysiąc fałdów i zaplanować ścieżkę własnej kariery zawodowej, a potem zacząć ją realizować. Przecież Nowy Rok jest szczególnie sprzyjającą okazją do wprowadzania pozytywnych zmian. Przydatne temu będzie przeprowadzenie inwentaryzacji swoich Mocnych Stron. Znając już swoje atuty, zupełnie na nowo możemy napisać List Motywacyjny – jeśli nie dla przyszłego pracodawcy, to chociaż dla siebie, dla własnego dobrego samopoczucia. Pisanie takiego listu zwykle jest dodatkową okazją do bliższego zapoznania się z samym sobą i do nawiązania wspianej przyjaźni. W czasie takiego spotkania być może odnajdziemy w sobie wiele zasobów przydatnych w Telepielęgniarstwie? Czytając Sztukę Pielęgowania możemy odnaleźć w sobie dar udzielania informacyjnego wsparcia, np. w dziedzinie sztuki życia intymnego po zabiegu wymiany stawu biodrowego. Z całą pewnością będziemy mogli szlifować naszą troskliwą opiekuńczość w myśl teorii Jean Watson. Na początku Nowego Roku dobrze będzie sięgnąć pamięcią do przeszłości – a to w celu odnalezienia wspomnień młodzieńczych radości, a to w poszukiwaniu solidnych podstaw praktyki zawodowej. Pamiętnik Studentów swoją rzeźkością wprowadzi nas w klimat tego, co było i tego, co jest.

Wraz z Czytelniczkami i Czytelnikami wkraczamy w Nowy 2013 Rok. Niechaj będzie on szczęśliwy, a my spełniamy w nim swoje marzenia.

Wszystkiego najlepszego na Nowy Rok w imieniu Redakcji życzy
Wojciech Nyklewicz

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz
Wydawnictwo Sztuka Pielęgowania zapraszają na Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową

„Problemy współczesnego pielęgniarstwa”

1 marca 2013, godz. 10.00-15.00

Centrum Dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Kiścieja Trojdena 2, sala nr 23 I

Proponowane tematy wystąpień:

- Prawo i etyka w zawodzie pielęgniarki (czy znamy akty prawne regulujące wykonywanie zawodu, czy przestrzegamy ich w codziennej praktyce?)
- Ryzyko zawodowe, narażenie na stres, wypalenie zawodowe, choroby zawodowe, czynniki biologiczne i inne.
- Planowanie i realizowanie ścieżek kariery.
- Zespoły terapeutyczne, rola pielęgniarki, samodzielność zawodowa.
- Zdarzenia niepożądane, monitorowanie, raportowanie, wyciąganie wniosków.

Czas wystąpienia 15 minut. Komitet organizacyjny poinformuje autorów o przyjęciu pracy do wystąpienia.

Terminy nadsyłania zgłoszeń:

- Udział czynny – zgłoszenie oraz streszczenie pracy do 20 stycznia 2013 r., cała praca do 31 stycznia 2013 r.
- Udział bierny – zgłoszenie do 20 lutego 2013 r.

Kartę zgłoszenia prosimy przesłać na adres: konferencja@sztukapielęgowania.pl

Opłaty konferencyjne:

- Udział czynny – bez opłat.
- Udział bierny – 75 zł.
- Studenci – 35 zł, w zgłoszeniu prosimy wpisać nazwę uczelni i numer legitymacji studenckiej.

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

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

Spis treści



Rozmowy

9

Co nowego w czeskim pielęgniarstwie reumatologicznym



Rozwój zawodowy

12

Cechy dobrego listu motywacyjnego



Rozwój zawodowy

14

Praca za granicą



Praktyka zawodowa

17

Seks po wymianie stawu biodrowego

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

Rozmowy

- 9 Co nowego w czeskim pielęgniarstwie reumatologicznym

Rozwój zawodowy

- 12 Cechy dobrego listu motywacyjnego
- 14 Praca za granicą – wyzwanie, przygoda, przeszłość?

Praktyka zawodowa

- 17 Seks po wymianie stawu biodrowego, o co wstydzi się zapytać pacjent
- 18 Telepielęgniarstwo

Pielęgniarstwo transkulturowe

- 19 Świąteczna podróż w czasie i przestrzeni – wielokulturowość w pielęgnowaniu człowieka*



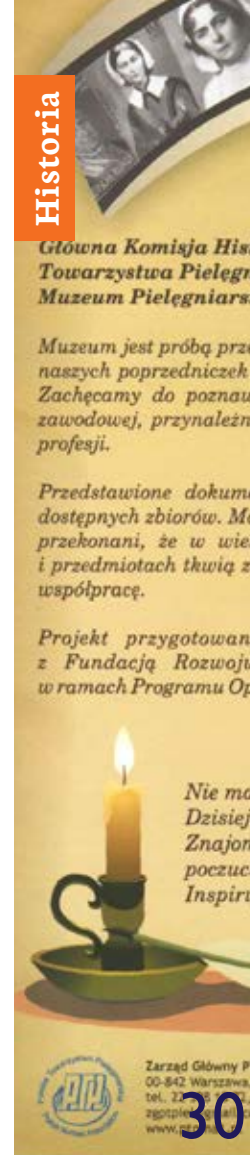
Świąteczna podróż w czasie i przestrzeni



Wizerunek pielęgniarki mój autorytet czy fikcyjna postać z podręcznika?



Moje mocne strony...



Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego



Spis artykułów

ABC pielęgnowania

- 22 Filozofia humanistycznej troskliwości Jean Watson, po prostu ludzka teoria pielęgniarstwa (cz. 2)

Pamiętnik

- 24 Wizerunek pielęgniarki, mój autorytet czy fikcyjna postać z podręcznika?

RR czyli Refleksje Redakcji

- 25 Moje mocne strony...

Historia zawodu

- 28 Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa
30 Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego

Sprawdź się / Zapowiedzi

- 31 Sprawdź się
31 Zapowiedzi Styczeń 2013

W poprzednich numerach

- 32 Spis artykułów



Test na HIV.

Test na odpowiedzialność. 1 grudnia Światowym Dniem AIDS

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce

W Polsce każdego dnia statystycznie 3 osoby dowiadują się o fakcie zakażenia HIV. Są to zazwyczaj zakażenia, których można by uniknąć, stosując odpowiednią profilaktykę.

W pierwszych latach epidemii w Polsce główną drogę rozprzestrzeniania się zakażeń HIV stanowiło stosowanie dożylnych środków psychoaktywnych (IDU). Od roku 2001 obserwuje się odwrócenie tych trendów epidemii. Zakażenie coraz częściej jest wynikiem ryzykownych zachowań seksualnych u osób bez epizodów narkomanii dożylniej. Obecnie niepokojąco wzrasta liczba zakażeń w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) – wskazują na to dane NIZP-PZH, jak również dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD).

Wspólną cechą epidemii na całym świecie jest fakt, że HIV dotyka głównie osoby młode. W Polsce jest podobnie: 36% wszystkich zakażeń HIV występuje w populacji między 20. a 29. rokiem życia. Dominującą grupę (85%) wśród zakażonych HIV stanowiły osoby w wieku tzw. produkcyjnym (20-49 lat).

W roku 2011 do NIZP-PZH zgłoszono 1333 przypadki zakażenia HIV (w tym liczba mężczyzn – 1020, kobiet – 184, brak danych dotyczących płci – 129). Część z tych zakażeń HIV, zgłoszonych w 2011 roku, stanowią przypadki rozpoznane w latach wcześniejszych, których zgłoszenie nastąpiło dopiero w ubiegłym roku.

Natomiast liczba przypadków nowych zakażeń HIV, rozpoznanych w roku 2011, wynosiła 992, w tym liczba: mężczyzn – 808, kobiet – 142, brak danych – 42. W roku 2011 wśród nowo zakażonych zdecydowanie dominowali mężczyźni (82%), natomiast udział kobiet był zdecydowanie mniejszy

i wynosił 14%. Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV w 2011 roku to tzw. młodzi dorośli, w przedziale wieku 20-29 (36%) oraz 30-39 (35%).

Z danych NIZP-PZH wynika, że w 2011 roku (dane wg roku rozpoznania zakażenia) prawdopodobną drogą transmisji wirusa HIV w 228 przypadkach były kontakty seksualne między mężczyznami, co stanowiło prawie 23% wszystkich zgłoszonych przypadków. W 70 przypadkach zakażeń HIV (7%) jako prawdopodobną drogę zakażenia wskazano kontakty heteroseksualne, natomiast w 45 przypadkach – stosowanie środków odurzających w iniekcjach (stanowi to niecałe 5%). Brak danych w zakresie prawdopodobnej drogi zakażenia dotyczyło 645 przypadków (stanowiło to 65% zgłoszeń).

W roku 2011 odnotowano najwięcej nowych zakażeń HIV w województwie mazowieckim (240 przypadków), co stanowiło 24% wszystkich zakażeń, następnie w województwie śląskim – ponad 13% oraz w województwie dolnośląskim – 13% wszystkich zakażeń.

Informacja prasowa ze strony: <http://aids.gov.pl/>

PTP namawia „Zrób test na HIV”

Podczas wykonywania codziennych obowiązków zawodowych pielęgniarki/pielęgniarze spotykają się z osobami, które stanowią potencjalne źródło zakażenia. Z okazji Światowego Dnia Walki z AIDS Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie apeluje: „Pielęgniarko/ Pielęgniarku – bądź świadomy zagrożenia. Zrób test na wirusa HIV – i Ty możesz być nieświadomym nosicielem”. Przy okazji organizacja zwraca uwagę na potrzebę wprowadzenia do praktyki polskich pielęgniarek tzw. „bezpiecznego sprzętu”. Pozwoli on zminimalizować ryzyko zakażeń wśród naszej grupy zawodowej. W konsekwencji spowoduje to zmniejszenie ryzyka zakażeń patogenami chorobotwórczymi.

Nowa wersja Kodeksu Etyki Pielęgniarek Międzynarodowej Rady Pielęgniarek

Międzynarodowy Kodeks Etyki dla Pielęgniarek został przyjęty po raz

pierwszy przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) w roku 1953, jest on przewodnikiem dla pielęgniarek w ich pracy zawodowej, przygotowanym w oparciu o wartości i potrzeby społeczne. W roku 2012 został znowelizowany, nową wersję (na razie tylko w języku angielskim) można znaleźć na stronie ICN.

Dyrektywa 32 na Komisji Trójstronnej

Przedstawicielka Łódzkiego Oddziału PTP – Pani Katarzyna Babska, uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Trójstronnej. Celem rozmów było zainteresowanie forum sprawą implementacji Dyrektywy 32 – dokumentu, dzięki któremu już od maja przyszłego roku placówki ochrony zdrowia będą musiały wprowadzić tzw. bezpieczny sprzęt medyczny (m.in. bezpieczne igły, zestawy do pobrania krwi). Podczas spotkania udało się uzyskać poparcie ze strony wszystkich organizacji związkowych, które uczestniczyły w posiedzeniu. Na kolejnych obradach zagadnienia mają być włączone jako odrębny punkt.

Stanowisko PTP w sprawie norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego

Wydane w kontekście Stanowiska Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012 r. W dokumencie tym Związek „stanowczo sprzeciwia się propozycjom podwyższania norm zatrudnienia pielęgniarek”. W wydanej opinii PTP powołuje się na dowody naukowe zgodnie z zasadami EBNP. Korelują one pomiędzy obsadą personelu pielęgniarskiego a takimi „parametrami” jak np. bezpieczeństwo czy też satysfakcja pacjentów. Warto zwrócić uwagę na ważne zdanie zawarte w dokumencie PTPu: „Istnieją dowody naukowe na to, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo iż generuje koszty, jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów związanych z leczeniem wynikającym ze zdarzeń niepożądanych (Landon et al., 2006).

 eWUŚ

Już od 1 stycznia 2013 r. wejdzie w życie Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców „eWUŚ”, na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia możemy przeczytać, że obecnie trwają testy i wdrażanie systemu. Co nam da eWUŚ? Przede wszystkim zastąpi książeczki i druki RMUA potwierdzające dotychczas uprawnienia do otrzymania świadczeń zdrowotnych.

Szczegóły na stronie:

<http://www.nfz.gov.pl>

 Propozycje kwalifikacji pielęgniarek i położnych

Na naszej stronie znajdziecie „Propozycje kwalifikacji pielęgniarek i położnych będących wymogiem przy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej” opracowane przez Komisję Prawa i Legislacji NRPIP. Do 20 stycznia można zgłaszać swoje uwagi odnośnie dokumentu, przesyłając je na adres mailowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu.

 8911

Czy wiesz, że w Lublinie pobito rekord Księgi Guinnessa w pomiarach ciśnienia? W ciągu jednego dnia, a było to 9 grudnia, wykonano właśnie 8911 pomiarów, z tego zatwierdzonych przez Komisję 8707. Do pobicia rekordu wystarczyłoby 8027. Poprzedni rekord (w Polsce) należał do studentów z Łodzi. ■

Więcej na: sztukapielęgowania.pl

 **Problemy Współczesnego Pielęgniarstwa**

Warszawa, 1.03.2013

Kolejna konferencja Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Sztuki Pielęgowania odbędzie się 1 marca, planowane tematy wystąpień:

- Prawo i etyka w zawodzie pielęgniarki (czy znamy akty prawne regulujące wykonywanie zawodu, czy przestrzegamy ich w codziennej praktyce?).
- Ryzyko zawodowe, narażenie na stres, wypalenie zawodowe, choroby zawodowe, czynniki biologiczne i inne.
- Planowanie i realizowanie ścieżek kariery.
- Zespoły terapeutyczne, rola pielęgniarki, samodzielność zawodowa.
- Zdarzenia niepożądane, monitorowanie, raportowanie, wyciąganie wniosków.

Zachęcamy do nadsyłania zgłoszeń wystąpień, adres: info@sztukapielęgowania.pl

 ICNP Od teorii do praktyki

Bydgoszcz, 9.01.2013

Wydział Nauk o Zdrowiu CM w Bydgoszczy im. L. Rydygiera Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku oraz Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju ICNP@UM w Łodzi mają zaszczyt zaprosić do udziału w Konferencji Naukowo-Szkoleniowej nt. „ICNP – od Teorii do Praktyki: Możliwości wdrożenia w województwie kujawsko-pomorskim. Szczegóły i możliwość zapisów na stronie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy.

 Kadry medyczne dla misji

Poznań, 10-13.01.2013

Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” Medicus Mundi Poland, Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Wielkopolska Izba Lekarska zapraszają wszystkich zainteresowanych do udziału w Kursie „Kadry medyczne dla misji”.

Kurs jest wprowadzeniem w zagadnienia medyczne w krajach rozwijających się i misyjnych dla osób

zamierzających wyjechać do tropiku lub tam pracujących. Szczególną uwagę zwróci się na trzy aktualne plagi tropiku: AIDS, malarię i gruźlicę, zasady podstawowej opieki medycznej oraz postępowanie w przypadku katastrof. Kurs będzie prowadzony przez wyśmienitych fachowców, pracowników naukowych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu od lat związanych z Fundacją.

Informacja pochodzi ze strony organizatora:

<http://www.medicus.amp.edu.pl>

 Pielęgniarka Roku 2012 r.

Jak co roku konkurs odbywać się będzie w trzech etapach. Terminy:

- Wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ-ach do dn. 31.01.2013 r.
- Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP – dn. 01.03.2013 r. godz. 12:00.
- III etap – prezentacja własna w czasie konferencji w czerwcu, szczegóły wkrótce.

 Weź kurs na wielokulturowość

Lublin, styczeń

Helsińska Fundacja Praw Człowieka w ramach projektu „Weź kurs na wielokulturowość” organizuje warsztaty „Wrażliwa kulturowo opieka zdrowotna” oraz „Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej”. Warsztaty

odbędą się w styczniu w Lublinie, szczegóły znajdują się na naszej stronie.



Pielęgniarstwo: Prawo-Praktyka-Etyka

Warszawa, 14-16.02.2012

Organizatorem konferencji jest Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, planowane sesje w czasie konferencji:

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



XVI Zjazd

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych XV lecie Stowarzyszenia Wiśła, 13-16.04.2013

Jak co roku, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych zaprasza na Zjazd, który jest doskonałą okazją wymiany doświadczeń, wspólnego poszukiwania rozwiązań w pielęgniarstwie epidemiologicznym. Tegoroczny Zjazd jest szczególnie ze względu na XV rocznicę istnienia Stowarzyszenia.



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
OGŁASZA

II OGÓLNOPOLSKI KONKURS

dla studentów

na Najlepszego Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce

„Przedmiotem Konkursu jest wyłonienie najlepszych filmów promujących zawód pielęgniarki w Polsce. Film powinien zwracać uwagę na rolę społeczno-zawodową pielęgniarki/pielęgniarszą oraz pielęgniarstwo funkcje zawodowe, być formą przekazu informacji o znaczeniu zawodu pielęgniarki w ochronie zdrowia społeczeństwa, jak również powinien stanowić próbę zachęcenia młodych ludzi do studiowania pielęgniarstwa wraz z ukazaniem różnych możliwości rozwoju zawodowego.”

Regulamin konkursu jest na stronie www.ptp.nal.pl

Uczestnicy konkursu, powinni wypełnić formularz zgłoszeniowy i przesłać wraz z filmem nagrany na nośniku DVD oraz innymi dokumentami wymaganymi przez regulamin konkursu na adres:

Al. Reymonta 8 lok. 12, 01-842 Warszawa
z dopiskiem „Studencki konkurs filmowy”



Termin nadsyłania zgłoszeń przedłużamy do 28.02.2013 r.!!!

Wyniki konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej do dnia 31 marca 2013 roku na stronie Organizatora Konkursu: www.ptp.nal.pl



Terapia i Pielęgnacja Chorych w Opiece Długoterminowej

Kielce, 19.04.2013

19 kwietnia odbędzie się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa dla Pielęgniarek „Terapia i Pielęgnacja Chorych w Opiece Długoterminowej”.

Wśród tematów wystąpień:

Kardiologia XXI wieku, Europejski kodeks walki z rakiem, Rehabilitacja po radykalnym usunięciu piersi, Wpływ więzi rodzinnych na jakość życia w chorobie, Zespół słabości, Odepnięcie w stopniu

zaawansowanym oraz Stres i wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarstwa

Sztuka Pielęgowania ma zaszczyt być Patronem Medialnym Wydarzenia, które towarzyszy II Targom Rehabilitacji, Terapii i Pielęgnacji Chorych REHMED-PLUS w dniach 18-20 kwietnia.

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

Ogólnopolskie Studenckie Dni Pediatrii

mgr Maria Nowak

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

W dniach 06-07 grudnia 2012, w Auli Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, odbyła się konferencja „Ogólnopolskie Studenckie Dni Pediatrii”. Konferencję zorganizował Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego WUM oraz Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarskiego Klinicznego.

W konferencji wzięło udział ponad 170 osób w tym 36 prelegentów.

Pierwszy dzień to dzień specjalistów. W sesji ekspertów wystąpili prof. dr hab. n. med. Andrzej

Radzikowski, dr hab. n. med. Beata Pyrzak oraz dr n. med. Grażyna Miszkurka, dr n. med. Agnieszka Mazur.

Sesja II zdominowana była przez magistrów pielęgniarstwa zatrudnionych na WUM oraz innych uczelniach warszawskich.

Dzień drugi to dzień studencki. Swoje prace przedstawiali studenci studiów licencjackich z Warszawy i Rzeszowa, studiów magisterskich oraz studiów doktoranckich. W sesji plakatowej gościliśmy gości z Gdańska.

Zdecydowana większość osób była bardzo zadowolona z możliwości uczestniczenia w konferencji. Mamy nadzieję, że stanie się ona cykliczna



i spotkamy się również za rok w trochę szerszym gronie.

Konferencja odbyła się dzięki wsparciu sponsora strategicznego, firmy Nutricia. ■

Co nowego w czeskim pielęgniarstwie reumatologicznym

rozmowa Wojciecha Nyklewicz z Janą Korandová



Wojciech Nyklewicz

Foto. Maciej Krajewski

Najważniejszym wydarzeniem współpracy polsko-czeskiej w dziedzinie pielęgniarstwa reumatologicznego w ciągu minionych trzech lat była robocza wizyta w Polsce Jany Korandové – naczelniej pielęgniarki Instytutu Reumatologii w Pradze, byłej wiceprzewodniczącej Komitetu Wykonawczego Profesjonalistów Zdrowia Europejskiej Ligi Przeciwrumatycznej (EULAR) w Zurychu, obecnie ekspertki pielęgniarstwa reumatologicznego w EULAR, a także laureatki konkursu Pielęgniarka Roku 2009. We wrześniu 2010 roku pani Korandová odwiedziła Okręgowe Izby w Łodzi i w Warszawie, Instytut Reumatologii w Warszawie oraz była uczestniczką II Krajowych Spotkań Reumatologicznych w Sopocie. Wizyta w Polsce zaowocowała pobytem polskich pielęgniarek w praskim Instytucie Reumatologii w 2011 r. Podczas spotkań w naszym kraju, Jana Korandová zachęcała do utworzenia organizacji profesjonalistów zdrowia w dziedzinie reumatologii – organizacji, która byłaby członkiem EULAR. Pojęcie „profesjonaliści zdrowia” obejmuje wszystkich specjalistów zajmujących się opieką i terapią, niebędących lekarzami. Stworzenie takiej organizacji dałoby możliwość szerszego uczestnictwa pielęgniarek na europejskiej arenie pielęgniarstwa reumatologicznego. Można np. korzystać z dofinansowania udziału w Europejskich Kongresach Reumatologicznych, a także brać udział aż w 10 programach stypendialnych, organizowanych przez EULAR. Celem stypendiów jest m.in. doskonalenie warsztatu pracy badawczej w pielęgniarstwie oraz podnoszenie jakości opieki i wzmacnianie wzajemnej współpracy pomiędzy europejskimi ośrodkami reumatologicznymi (1).

Pod koniec 2010 r. w ramach kampanii EULAR, prowadzonej w krajach członkowskich, a zatytułowanej „Założcie swoją niezależną od lekarzy organizację i zostańcie oficjalnymi członkami”,

czeskie pielęgniarki i inni profesjonalści zdrowia przystąpili do rejestracji swojego stowarzyszenia. Czeskie Towarzystwo Profesjonalistów Zdrowia w Reumatologii (CAZR) powstało 27 listopada 2010 r., a jego przewodniczącą została Jana Korandová (2). W Statucie Towarzystwa odnajdujemy polski wątek. Jednym z celów organizacji jest: „nawiązanie współpracy z organizacjami o podobnym profilu działalności w Czechach i za granicą (np.:

Czeskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Czeskie Towarzystwo Reumatologiczne, Czeski Urząd Ziołolecznictwa, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie itp.)” (3). Wybrane fragmenty Statutu można przeczytać w ramce.

W chwili obecnej, na polu czeskiej reumatologii działają dwie ważne organizacje, stowarzyszone w EULAR, w których ogromny udział mają pielęgniarki. Jest to właśnie Czeskie Towarzystwo

Cele i zadania Towarzystwa:

- zjednoczyć profesjonalistów zdrowia, pracujących lub świadczących pomoc w obszarze leczenia reumatologicznego, a poprzez ich działalność zmniejszać wpływ reumatologicznych i kostno-stawowych schorzeń na jednostki i społeczności, a także polepszać społeczną i socjalną sytuację osób reumatycznie chorujących.
- wspierać zawodowy rozwój oraz kształcenie profesjonalistów w reumatologii oraz w obszarach powiązanych, tj. w profilaktyce, badaniach naukowych w pielęgniarstwie, w diagnostyce laboratoryjnej, rehabilitacji, ergoterapii, służbach socjalnych i prawnych oraz w innych grupach zawodowych, działających w obszarze reumatologii.
- wspierać rozwój naukowy i uczestniczyć w badaniach naukowych (badania podstawowe, badania w pielęgniarstwie, badania kliniczne).
- organizować edukację dla profesjonalistów i laików (seminaria, konferencje, warsztaty, kursy, a także kongresy).
- zwiększać jakość edukacji i kształcenia w reumatologii.
- dogodnymi sposobami zapoznawać profesjonalistów i laików nie tylko z aktywnościami Czeskiego Towarzystwa Profesjonalistów Zdrowia w Reumatologii (CAZR), Czeskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (ČAS), Czeskiego Towarzystwa Reumatologicznego (ČRS), EULAR, ale także z nowymi wynikami badań naukowych, w tym dostarczać informacji nt. wdrażania i zastosowania wyników badań w praktyce na terytorium Czech (np. standardowe procedury operacyjne, metrologia itp.).
- wspierać współpracę Towarzystwa z Czeskim Towarzystwem Reumatologicznym oraz EULAR.
- nawiązywać współpracę z organizatorami kształcenia w Czechach i za granicą (np.: I Wydział Medyczny Uniwersytetu Karola w Pradze, III Wydział Medyczny Uniwersytetu Karola w Pradze, Narodowy Instytut Pielęgniarstwa i Nielekarskich Specjalności Medycznych w Brnie, EULAR Centres of Excellence itd.).
- nawiązywać współpracę i wspierać aktywności pacjenckich i społecznych organizacji oraz stowarzyszeń samopomocy dla pacjentów (np.: Czeska Liga Reumatyków, Czeskie Towarzystwo Reumatycznie Chorych, Klub Chorujących na Chorobę Bechterewa, Kloubík – Stawik, EULAR PARE, ILAR itd.).
- nawiązywać współpracę z organizacjami o podobnym profilu działalności w Czechach i za granicą (np.: Czeskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Czeskie Towarzystwo Reumatologiczne, Czeski Urząd Ziołolecznictwa, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie itp.).
- stać się pełnoprawnym członkiem EULAR – Europejskiej Ligi Przeciwrumatycznej.

Tłumaczenie: Wojciech Nyklewicz

Źródło: strona internetowa Czeskiego Towarzystwa Profesjonalistów Zdrowia w Reumatologii. Pobrano dnia 13.12.2012 z <http://cazr.phorum.cz/>



Profesjonalistów Zdrowia w Reumatologii oraz Czeska Liga Reumatyków – społeczne stowarzyszenie osób reumatycznie chorujących.

Jana Korandová wyjaśnia, że „w ramach Towarzystwa organizowane są regularne szkolenia dla profesjonalistów zdrowia z Instytutu Reumatologii w Pradze oraz dla pracowników zewnętrznych. Takie kursy odbywają się 3-4 razy w roku. Oprócz tego organizujemy seminaria i warsztaty podczas reumatologicznych kongresów, odbywających w Czechach. Są to zazwyczaj 1-2 imprez w roku. Od kilku lat prowadzę zajęcia z pielęgniarstwa reumatologicznego dla studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich Wydziałów Medycznych Uniwersytetu Karola w Pradze. A od niedawna udało się wprowadzić moduł pielęgniarstwa reumatologicznego w ramach specjalizacji dla pielęgniarek. Zajęcia odbywają się w Narodowym Instytucie Pielęgniarstwa i Nielekarskich Specjalności Medycznych w Brnie. Jest to najstarszy i największy organizator kształcenia podyplomowego w Czechach. Oczywiście, jako Towarzystwo współpracujemy z organizacjami pacjenckimi, a ta współpraca jest nierozdzieloną częścią naszej działalności. Kluczowym hasłem naszych aktywności jest: „Dla tych, którzy chcą wiedzieć więcej”. To oznacza, że udział w naszych aktywnościach jest dobrowolny, choć oczekujemy, aby wiedzących więcej było jak najwięcej.

Wojciech Nyklewicz: No właśnie, a jakie ostatnio prowadziliście szkolenia, kursy czy zajęcia dla pacjentów?

Jana Korandová: W lutym 2012 roku w ramach działalności Czeskiego Towarzystwa Profesjonalistów Zdrowia w Reumatologii odbył się kurs „Leczenie i gojenie się ran”, przeznaczony dla pielęgniarek. W naszej pracy często mamy do czynienia z układowym zapaleniem naczyń jako powikłaniem reumatoidalnego zapalenia stawów. Dlatego takie kompetencje pielęgniarek są niezwykle ważne. A już w marcu

realizowaliśmy moduł pielęgniarstwa reumatologicznego w Narodowym Instytucie Pielęgniarstwa i Nielekarskich Specjalności Medycznych w Brnie. Uważam, że wiedza o problemach osób chorujących na schorzenia reumatyczne jest tym potrzebniejsza, że są to choroby ogólnoustrojowe, a nasi pacjenci trafiają do ośrodków wszystkich specjalności medycznych. Każda pielęgniarka powinna mieć podstawową wiedzę z tego zakresu. Dlatego wspólnie z doktor Martą Olejárovą napisaliśmy „Leksykon reumatologii dla pielęgniarek”, który ukazał się drukiem w 2011 r.

Wojciech Nyklewicz: Tak, czytałem tę książkę i jednocześnie dziękuję za sprezentowanie jej. Uważam, że jest bardzo przydatna w codziennej pracy. Zresztą jej forma jest bardzo przyjazna dla pielęgniarek, bowiem można ją z łatwością zmieścić w kieszeni fartucha. Zaletą jest także możliwość szybkiego dotarcia do potrzebnych informacji. Całkiem niedawno miałem okazję skorzystać z „Leksykonu”, udzielając rady moim znajomym. Czy jako współautorka książki zgodziłabyś się na jej publikację w Polsce?

Jana Korandová: Oczywiście, masz już wystarczające kompetencje językowe w czeszczyźnie, aby przetłumaczyć Leksykon na język polski.

Wojciech Nyklewicz: Zatem, wstępnie jesteście na to przedsięwzięcie umówieni. Wracając do tematu, chciałbym Ciebie zapytać o jeszcze inne działania Towarzystwa, np. czy organizujecie konferencje? Czy w tych konferencjach mogą uczestniczyć pielęgniarki z Polski?

Jana Korandová: Wojtku, przecież wiesz, że ja lubię organizować również wielkie formy szkoleniowe. Jeśli chodzi o udział polskich pielęgniarek w czeskich konferencjach – nie ma żadnych przeciwwskazań do tego typu spotkań, jeśli język czeski nie jest barierą komunikacyjną. To już Wy, jako organizatorzy grup z Polski, powinniście zadbać o pokonanie tej przeszkody. A konferencji organizujemy dużo. Na przykład, w kwietniu 2012 r. byliśmy współorganizatorami dużego zjazdu dla pielęgniarek reumatologii dziecięcej, którego wiodącym tematem była edukacja małego pacjenta. My przywiązujemy ogromną uwagę do edukacji osób chorujących i ich rodzin – to w Czechach robią pielęgniarki. Dlatego musimy mieć rozliczne kompetencje pedagogiczne, umiejętności edukacji indywidualnej i grupowej, a także współpracy z rodziną i osobami bliskimi. Podobną konferencję zorganizowaliśmy

w maju 2012 r., tym razem skoncentrowaną na edukacji dorosłych pacjentów. W jej ramach odbyły się warsztaty z komunikacji i edukacji przeznaczone także dla pielęgniarek reumatologii dziecięcej. Jak wiesz, warsztaty zawsze dostarczają mnóstwa ciekawego materiału do dalszej pracy. I tym razem zebraliśmy wiele pomysłów na funkcjonowanie naszego Towarzystwa, również na zredagowanie specjalnych ulotek dla pacjentów, a także wiele pomysłów na prowadzenie dalszych szkoleń dla chorych i profesjonalistów. Podczas warsztatów zawsze przywiązuję ogromną uwagę do tematów i wypowiedzi, poruszanych przez uczestników. Jest to źródło inspiracji do tworzenia programów następnych szkoleń. W ten sposób wychodzimy naprzeciw oczekiwaniom pielęgniarek i pacjentów oraz ich rodzin.

Wojciech Nyklewicz: No właśnie, a co robicie, jako Towarzystwo, dla pacjentów i ich rodzin?

Jana Korandová: Na przykład, w październiku 2012 r. zorganizowaliśmy „Piątkowe Spotkanie” z pacjentami z całego kraju, które odbyło się w Instytucie Reumatologii w Pradze. Składało się ono z wykładu o Instytucie, potem było zwiedzanie szpitala, a na koniec spotkanie i rozmowa z pracownikami. Celem tej akcji było przybliżenie reumatologii w ogóle, a także zapoznanie pacjentów z Instytutem niejako „od kuchni”. Rezultaty tego spotkania są niesamowite. Gdy pacjenci mogą obejrzeć wszystkie specjalistyczne pracownie i zakamarki, gdy posłuchają pracowników tam pracujących i do tego mogą zapytać o szczegóły, gdy mogą położyć się na fotelu do podawania leków biologicznych, gdy mogą spróbować swoich sił w pracowni ergoterapii, gdy posłuchają wyjaśnień co i po co się robi w której pracowni, to znacznie lepiej rozumieją, dlaczego czasami wystarczy leczenie ambulatoryjne, a w jakim celu niekiedy trzeba położyć się na kilka dni do szpitala. Najważniejsze jest to, że pacjent dobrze przygotowany do leczenia i pielęgnacji mniej się boi i lepiej współpracuje.

Wojciech Nyklewicz: To fakt, lęk przed nieznanym środowiskiem jest dla pacjentów na tyle paraliżujący, że zaczynają całkowicie koncentrować się na obronie przed zagrożeniem. Wtedy nie słuchają nas uważnie i to jest problem. Często dziwimy się, dlaczego chory nie zastosował się do naszych zaleceń, choć tak bardzo staraliśmy się wszystko mu wytłumaczyć...

Jana Korandová: No właśnie, błędy w sposobie komunikowania się są fizycznie

niezauważalne, ale skutkujące fizycznie. O tym musimy zawsze pamiętać. Dlatego drugą częścią tej samej akcji, czyli „Piątkowego Spotkania”, była sobotnia konferencja dla pielęgniarek i innych profesjonalistów zdrowia. Cieszy nas to, że poza pielęgniarkami, uczestniczyło w niej 50 specjalistów nielekarzy z całych Czech. Tematem zjazdu była właśnie komunikacja. Choć to była konferencja, to jednak świetnie poprowadzona metodą interaktywną, więc uczestnicy musieli aktywnie wykonywać różne zadania.

Wojciech Nyklewicz: Takie zaktywizowanie uczestników ułatwia zapamiętywanie przekazywanej wiedzy. To po prostu długo się pamięta. Jano, ostatnio pisałaś mi w mailu o bardzo ciekawych zajęciach w ramach działalności Czeskiej Ligi Reumatyków. Mogłabyś opowiedzieć o tym spotkaniu?

Jana Korandová: Tak, chętnie to uczynię, bowiem mam wiele sympatii do tego stowarzyszenia i chętnie z nim współpracuję. Pod koniec listopada 2012 r. odbyło się spotkanie pt. „Ergoterapia w codziennym życiu”. Uczestnikami byli głównie pacjenci z praskiej filii, ale także zaproszono innych chorych, aktualnie przebywających na leczeniu w naszym Instytucie. Na początku był wykład „Wszystko o reumatoidalnym zapaleniu stawów”. Potem była mowa o fizjoterapii i ergoterapii – czym się zajmują oraz w jakim celu. W trakcie tej części zajęć odbywały się ćwiczenia praktycznego zastosowania kompensacyjnych i lokomocyjnych urządzeń pomocniczych. Nasi specjaliści omówili zasady użycia takiego sprzętu, gdzie można go dostać, jakie są zasady odpłatności za sprzęt, kiedy pacjent płaci, a kiedy dostaje za darmo, wreszcie kto może przepisać sprzęt. Przede wszystkim pokazano i omówiono, jak należy i jak nie należy używać sprzętu pomocniczego. Nasi specjaliści wyjaśnili, jak chronić stawy przed przedwczesnym zużyciem lub uszkodzeniem. Podczas tego spotkania rozmawialiśmy także o architektonicznych barierach oraz o tym, jak zmniejszyć ryzyko upadków. Profilaktyka upadków jest ciągle aktualnym i nieustająco kontynuowanym tematem spotkań, bowiem zagrożenie jest realne i ciągle zmieniające się. Właśnie w tym czasie musimy przygotować pacjentów na zimowe warunki poruszania się po ulicach. Wielkim zagrożeniem jest śnieg i oblodzenie, a także chłód. Ale najbardziej zabawną częścią zajęć były popołudniowe warsztaty. Nie uwierzysz, czego dotyczyły.

Wojciech Nyklewicz: Niech zgadnę. Komunikacji?

Jana Korandová: Komunikacja była tylko pośrednim i jakby nieplanowanym efektem. Te warsztaty dotyczyły Bożego Narodzenia, a właściwie przygotowań do Świąt. Boże Narodzenie w Czechach, to słodkie smakołyki, smażony karp, ubrana choinka i prezenty. Przecież tym wszystkim będą zajmowali się nasi pacjenci. Zważywszy na kolosalne utrudnienia ruchomości i zniekształcenia ich stawów, przygotowania do Świąt są dla nich szczególnie inne niż dla ludzi zdrowych. Pacjentów podzielono na 4 grupy, a każda z nich zajmowała się innymi czynnościami. Pierwsza grupa „pracowała z ciastem”. Należało przygotować składniki, wymieszać je, należało rozrobić ciasto na pierniki, a potem je wywałkować i ulepić ozdoby, włącznie z przygotowaniem cukrowej polewy. Wszystko zostało upieczone i ozdobione polewą, a uczestnicy mogli te wyroby na koniec zjeść albo zanieść do domu. Medycznym celem dla tej grupy warsztatowej było to, że „praca z ciastem” wzmacnia siłę mięśni oraz zwiększa mikrokoordynację palców rąk.

Grupa 2 zajmowała się produkcją ozdób choinkowych z tkanin, koralików i papieru. I znów chodziło o usprawnianie palców ręki, które przy składaniu papieru musiały ćwiczyć precyzyjne ruchy i mikrokoordynację. Oczywiście, pacjenci mogli zabrać ozdoby do domu, ale wielkim pożytkiem było i to, że wielu z nich nauczyło się nowych umiejętności. Teraz mogą w swoich domach sami wypełnić sobie czas przygotowaniem ozdób, pochwalić się tym, czego inni, zdrowi ludzie nie potrafią robić.

Trzecia grupa „pracowała z karpem”. Takimi umiejętnościami jak ściąganie skóry z karpia czy oddzielanie ości od mięsa nie każda, nawet dobra gospodyni, potrafi zaimponować. Nasi pacjenci właśnie tego uczyli się pod okiem specjalistów. Karpie zostały przez chorych „odarte” ze skóry, ości zostały wyjęte z mięsa, a przyprawione do smaku i obtoczone panierką ryby zostały usmażone. Na zakończenie odbyła się prawdziwa uczta. Całość warsztatów była tak przygotowana, aby wszystkie robocze grupy spotkały się na zakończenie przy wspólnym stole, aby skosztować wigilijne smakołyki i poopowiadać swoje wrażenia. Tak więc, podczas warsztatów nauczyliśmy się współdziałania w grupie, czyli wzajemnej komunikacji.

Ważne jest to, że zajęcia w grupach „piernikowej” i „karpikowej” współprowadzili profesjonalni kucharze, zeszłorocznymi zwycięzcami Światowego Konkursu Kulinarne w Tajlandii. Byli to znakomici



eksperci w swoim zawodzie, a przy tym niezwykle cierpliwi i z poczuciem humoru. Na prawdę, bardzo dużo nas nauczyli.

Oprócz tego, absolutnie wszyscy znaliśmy się bawiliśmy, nie tylko pacjenci, ale także pielęgniarki i terapeuci. A obserwując pacjentów w tak naturalnych sytuacjach, nauczyliśmy się wielu ciekawych rzeczy, które przydadzą się pielęgniarkom w opiece na osobami reumatycznie chorującymi. I znów mam wiele spostrzeżeń – materiału do prowadzenia kolejnych zajęć dla profesjonalistów zdrowia. Dlatego uważam, że pacjent jest najlepszym nauczycielem. Cieszę się, że mogę tego doświadczać na własnej skórze.

Wojciech Nyklewicz: To piękna opowieść o życiu i pielęgnowaniu człowieka w sposób holistyczny. Okazuje się, że martwy karp może ozdobić świąteczny stół i sprawić podniebienne radość, ale najważniejsze, że może również pielęgnować stawy reumatyków i cieszyć ich dusze. Jano, bardzo dziękuję za rozmowę oraz w imieniu Redakcji Sztuki Pielęgowania życzę Tobie i wszystkim czeskim pielęgniarkom i pielęgniarzom Wesółych Świąt i Szczęśliwego Nowego Roku.

Jana Korandová: Dziękuję bardzo. Również Tobie, Wojtku, i polskim pielęgniarkom i pielęgniarzom oraz redakcji Sztuki Pielęgowania życzę na Święta i Nowy Rok wszystkiego najlepszego. ■

Piśmiennictwo:

1. Informacja o stypendiach EULAR. Pobrano dnia 13.12.2012 z <http://cazr.phorum.cz/informace.htm>.
2. Stasková V.: Představuje se Česká asociace zdravotníků v revmatologii. FLORENCE - Odborný časopis pro ošetřovatelství a ostatní zdravotnické profese. Wydanie internetowe, 24.06.2011.
3. Cele i zadania Czeskiego Towarzystwa Profesjonalistów Zdrowia w Reumatologii. Pobrano dnia 13.12.2012 z <http://cazr.phorum.cz/>.



Adriana Dmitriew
Business Development Manager
MedPharmJobs.pl

List motywacyjny ma sens tylko wtedy, gdy jest stworzony w odpowiedzi na konkretną ofertę pracy. Indywidualny list motywacyjny, nie pozostawiający wątpliwości, że został napisany do jednego pracodawcy, może zdecydować o tym, czy zostaniemy zaproszeni na rozmowę kwalifikacyjną. Zachęcamy do przeanalizowania poszczególnych elementów dobrego listu motywacyjnego i stworzenia własnego, który przekona pracodawcę do naszej kandydatury.

Odpowiednia forma

Jedna strona A4 to maksymalna objętość listu motywacyjnego. Należy także pamiętać o zachowaniu odpowiedniej formy i niezbędnych elementów, takich jak dane kontaktowe, bezpośredni zwrot do pracodawcy, akapity i podpis. W dobrym liście motywacyjnym błędy ortograficzne i stylistyczne są niedopuszczalne. Ważny jest także odpowiedni język. List motywacyjny, którego forma nie jest tak „sztywna” jak CV, to wciąż jednak list formalny. Z tego względu używany w nim język powinien być grzeczny, wyważony i pozbawiony zwrotów potocznych. Zachęcamy do zwrócenia szczególnej uwagi na spójność, co pomoże

skupić uwagę pracodawcy oraz zwiększy nasze szanse na to, że list zostanie przeczytany do końca.

Indywidualny wydźwięk

List motywacyjny nie jest powtórzeniem informacji zawartych w CV, lecz ich uzupełnieniem ukierunkowanym na konkretną ofertę pracy. Znajdujące się w nim informacje powinny być indywidualnie dopasowane do stanowiska, na jakie aplikujemy. Warto zastanowić się, co będzie istotne dla potencjalnego pracodawcy i pominąć niemające znaczenia szczegóły. W przeciwieństwie do CV, zawierającego ścieżkę edukacji i kariery, list motywacyjny jest idealnym miejscem, pozwalającym na przedstawienie rekrutującemu cech charakteru i innych umiejętności. Tutaj warto jednak dodać, w jaki sposób mogą się przydać one na stanowisku, o które się ubiegamy. Co powinno się znaleźć w liście motywacyjnym?

- **adres zamieszkania** – w lewym górnym rogu strony,
- **miejsce i data sporządzenia** – umieszczone w prawym górnym rogu na wysokości adresu,
- **imię i nazwisko osoby, do której jest kierowany** lub stanowisko i nazwa instytucji, którą reprezentuje,
- **zwrot grzecznościowy** – Szanowny Panie, Szanowna Pani – w przypadku, gdy dane personalne rekrutującego nie są znane: Szanowni Państwo,

- **wstęp** – informacja o stanowisku, na które aplikujemy, źródło oferty pracy oraz wyrażenie chęci zgłoszenia kandydatury, w kolejnym zdaniu warto zawrzeć też kilka słów o sobie, o zdobytym wykształceniu (należy jednak skupić się na najistotniejszych faktach i nie powtarzać całego CV) oraz o wykonywanym obecnie zajęciu,
- **rozwińnięcie** – ta część listu powinna przekonać pracodawcę, że jesteśmy osobą, którą warto zaprosić na rozmowę kwalifikacyjną; należy napisać o swoich sukcesach, osiągnięciach, o cechach naszej osobowości, które mogłyby okazać się przydatne do wykonywania pracy, o którą się ubiegamy, a także o innych posiadanych umiejętnościach i predyspozycjach,
- **zakończenie** – w tym miejscu warto zasugerować rekrutującemu chęć spotkania na rozmowie kwalifikacyjnej,
- **podpis** – przed nim należy dodać zwrot grzecznościowy, np. „Z poważaniem”, „Z wyrazami szacunku”.

Warto pamiętać o tym, żeby nasz list motywacyjny był zwięzły i zawierał tylko informacje, które mogą zaciekać pracodawcę i wzbudzić jego zainteresowanie naszą osobą. Takiego kandydata rekrutujący z pewnością zaprosi na rozmowę kwalifikacyjną. ■

Anna Kowalska
ul. Różana 1
00-001 Warszawa
tel. 987 654 321

dane kontaktowe
w lewym górnym
rogu

miejsce i data
sporządzenia listu
w prawym górnym rogu

Warszawa, 1 grudnia 2012

adresat listu: nazwa placówki
medycznej oraz działu, do którego
kierowana jest aplikacja

Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny
ul. Barska 16/20, 02-315 Warszawa
Dział Kadr

list należy rozpocząć
informacją o tym, skąd
wiemy o stanowisku

Szanowni Państwo,

nawiązując do informacji zamieszczonej na stronie internetowej szpitala, chciałabym zgłosić moją kandydaturę na stanowisko pielęgniarki na Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej.

WSTĘP

Jestem absolwentką pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a ponadto posiadam dziesięcioletnie doświadczenie w zawodzie, które zdobyłam, pracując na oddziale chirurgii Szpitala Bielańskiego w Warszawie.

Oprócz wieloletniego doświadczenia w pracy z pacjentami odznaczam się wieloma cechami pomagającymi mi w profesjonalnym wykonywaniu swoich obowiązków. Jestem osobą zawsze chętną do pomocy i pełną empatii, przy tym jednak silną psychicznie i odporną na stres. Wiele lat pracy w zawodzie pielęgniarki nauczyło mnie również indywidualnego podejścia do pacjentów, którzy cenią sobie mój spokój i opiekuńczość.

ROZWINIĘCIE

Jestem przekonana, że moje doświadczenie i zaangażowanie w pracę pielęgniarki może być wartościowym wkładem w rozwój oddziału chirurgii w Państwa szpitalu. Z chęcią spotkam się z Państwem w celu bliższego zaprezentowania moich kwalifikacji i kompetencji.

ZAKOŃCZENIE

należy pamiętać
o wyrażeniu gotowości do
spotkania na rozmowie
kwalifikacyjnej

Z poważaniem,
Anna Kowalska

Praca za granicą wyzwanie, przygoda, przyszłość?

Praca za granicą kojarzy się głównie z większymi zarobkami, lepszym, łatwiejszym życiem, w dalszej kolejności z docenianiem naszej profesji, wyższym statusem zawodu, szacunkiem i poważaniem. Ale jak uzyskać rejestrację w innym kraju uprawniającą do pracy w zawodzie, jak zorganizować wyjazd do nowego miejsca, jak pokonywać bariery, które napotkamy na naszej drodze. Jakie są różnice w pracy pielęgniarek „tu” i „tam”, jakie są zarobki, czy faktycznie tak wysokie, jak myślimy? Pierwszym i jednocześnie najmozolniejszym etapem w przygotowaniu do pracy za granicą jest gromadzenie dokumentów, czekanie na tłumaczenie i rejestrację. Ten okres może zająć kilka miesięcy do roku. A co nas czeka po uzyskaniu wpisu do rejestracji i przybyciu na miejsce przeznaczenia? O tym piszą nasze koleżanki, które podjęły wyzwanie i pracowały, pracują lub niebawem zaczną pracować w innym kraju.

Finlandia



Kamila Kupisz

„Olen myös suomalaisia sairaanhoitaja – Jestem również fińską pielęgniarką.”

Mam na imię Kamila. Jestem pielęgniarką. Ukończyłam Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Mam za sobą studia magisterskie, przed sobą tylko obronę pracy.

Jestem również pielęgniarką w Finlandii. Mam fińskie prawo do wykonywania zawodu i w zawodzie też udało mi się znaleźć pracę.

Jak się stało, że trafiłam do Finlandii? Historia jest bardzo banalna. Na mojej uczelni możliwa jest wymiana studencka w ramach programu „Socrates Erasmus”. Od początku studiów miałam ogromną ochotę wyjechać na wymianę. Studia pielęgniarskie jednak pochłaniają mnóstwo czasu, dlatego więc na wyjazd zdecydowałam się na ostatnim roku studiów magisterskich, kiedy wiedziałam, że mogę sobie na to pozwolić. Na UM Lublin mamy kilka możliwości wyboru krajów, do których możemy wyjechać „na wymianę”. Padło na Finlandię, bo służba zdrowia na wysokim poziomie, bo dla nas egzotyczny kraj, bo powodów było mnóstwo. Trafiłam do małego miasta na wschodzie kraju, położonego częściowo na wyspach (wszak Finlandia – kraj tysiąca jezior!), malowniczego, ale i bardzo odludnego. Na uczelni miałam niewiele zajęć. Odbyłam za to zdecydowanie bardzo dużo praktyk.

Koniec końców stało się, że poznałam chłopaka. I tak już zostało. Uradziliśmy z moim Finem, po moim powrocie do kraju, że latanie do siebie na tydzień co miesiąc – dwa, jest zupełnie bez sensu. Tak powstała idea przeprowadzki na północ.

Jeszcze w kraju postarałam się o tłumaczenie potrzebnych mi dokumentów dzięki którym mogłam dostać fińskie prawo wykonywania zawodu. Bowiem pielęgniarki polskie, które ukończyły studia (bodajże, ale nie jestem pewna) po 2005 roku mają równoważne dyplomy (licencjackie – gdyż one dają prawo wykonywania zawodu) z innymi pielęgniarkami w całej Unii Europejskiej. Polska podpisała umowę wraz z innymi krajami o wzajemnym porozumieniu w tej kwestii. Z tego też względu, aby otrzymać fińskie prawo wykonywania zawodu nie musimy dokonywać żadnych szkoleń ani kursów uzupełniających. Nie wiem natomiast jak wygląda kwestia pielęgniarek ze starszym dyplomem.

Papiery przetłumaczone, wszystko pozbierane oraz wysłane do fińskiej naczelnej izby. W Finlandii izba pielęgniarska i lekarska, to jedna organizacja. Nazywa się ten twór Valvira. Poza tym, że bardzo długo czekałam na decyzję (około 4 miesięcy – te fińskie urzędy...) i miałam niewielkie problemy techniczne, w końcu zarejestrowano mnie w krajowym rejestrze pielęgniarek i położnych (w Finlandii można sprawdzić przez Internet, czy dana osoba ma aktywne prawo wykonywania zawodu, poprzez specjalną wyszukiwarkę Valviry). Po dokonaniu opłaty na poczęcie (niestety bardzo wysokiej – 400 euro, które płaci się Valvirze za procedurę, etc.), mogłam odebrać swój wyczekany papier. Radości nie było końca. Teraz pozostała wbrew pozorom trudniejsza część – znalezienie pracy.

Pielęgniarstwo w Finlandii stoi na bardzo wysokim poziomie, a powinnam raczej powiedzieć – system służby zdrowia, który

zawiera w sobie całą opiekę pielęgniarską, po prostu działa!

Zapotrzebowanie na pielęgniarki i pielęgniarzy jest bardzo duże. Praktycznie zawsze można znaleźć pracę w zawodzie w miejscu, które będzie nam pasowało. Problem jest tylko jeden, ale bardzo duży – język. Można mieć niemal pewność, że bez znajomości co najmniej komunikatywnej fińskiego o pracy możemy zapomnieć. Nauka języka, to temat na osobną historię...

Ponieważ mój Fin jest również pielęgniarem, a poznaliśmy się na studiach, mam szerokie spojrzenie na fiński system edukacji pielęgniarek i pielęgniarzy oraz system pracy.

Muszę twardo i zdecydowanie powiedzieć, że polskie studia pielęgniarskie są na znacznie wyższym poziomie, niż fińskie. Dzięki wyjazdowi do Finlandii pozbyłam się jakichkolwiek kompleksów na temat swojej edukacji. Fińskie studia są jednopoziomowe – licencjackie. Trwają 3,5 roku i kończą się tylko egzaminem licencjackim, gdzie praca licencjacka jest pisana w grupach. Ale to nie jedyna znaczna różnica. Na studiach fińscy studenci nie uczą się dobrze anatomii, fizjologii, patologii, bowiem wszystkie te trzy niezwykle ważne przedmioty są połączone w jeden wspólny.

Ponadto fakultety pielęgniarskie są na tzw. Ammatikorkeakoulu, czyli naszym odpowiedniku politechniki. Studenci mogą zapomnieć o jakichkolwiek zajęciach klinicznych (ćwiczeniach albo zajęciach praktycznych z pielęgniarstwa), bo nie ma do nich zaplecza szpitalnego. Owszem sale dydaktyczne są wyposażone rewelacyjnie, w (dla nas) niewyobrażalnie realistyczne fantomy, które niestety pozostają zawsze... fantomami. Ponadto na fińskim pielęgniarstwie nie ma ŻADNYCH zajęć klinicznych. Studenci mają tylko zajęcia z przedmiotów pielęgniarskich, gdzie uczą ich się bardzo ogólnikowo (na moich praktykach w oddziale kardiologii moja opiekunka chciała uczyć mnie jak wygląda rytm zatokowy, gdyż fińscy studenci, którzy trafiają do niej na praktyki, nie wiedzą tego).

Dużo jest natomiast praktyk, ale odbywają się one zazwyczaj tylko w trzech głównych klinikach – interna, chirurgia, pediatria. Miałam znajomych, którzy tuż przed zakończeniem studiów nigdy nie odwiedzili intensywnej terapii, albo innych specjalistycznych oddziałów.

Znaczą różnicą jest to, że studenci po uzyskaniu odpowiedniej liczby punktów ECTS (nie pamiętam dokładnie ile), mogą pracować we wszystkich ośrodkach, gdzie zatrudniane są pielęgniarki. W ten sposób rozwiązuje się tutaj bardzo dotkliwy problem dyżurów w okresach urlopowych. Mimo, że studenci nie mają możliwości wykonywania wszystkich zleceń, jak na przykład podawanie leków dożylnych, są oni niezastąpieni, gdy brakuje personelu. Praca taka jest bardzo często ratunkiem dla studenckiego budżetu – student pielęgniarka dostaje niewiele mniejszą pensję od pielęgniarki zatrudnionej na stałe. O różnicach w edukacji mogłabym pisać bardzo długo. Zazwyczaj jednak z korzyścią dla systemu polskiego.

Jak więc jest możliwe, że pielęgniarstwo mimo bardzo widocznych braków w edukacji pielęgniarek, ma się w Finlandii tak dobrze? Jest to kwestią centralnego planu odnośnie opieki zdrowotnej. Pielęgniarki specjalizują się raczej wąsko (na oddział rano przychodzi pielęgniarka, której zadaniem jest rozłożenie leków na cały dzień oraz inna – z laboratorium, która pobiera wcześniej zleczone badania). Każdy ma swoje małe poletko na którym stara się wykonać swoją pracę jak najdokładniej. Może trochę z nudów?;), bo obłożenie personelem na jednego pacjenta, mimo że (jak twierdzą wszyscy w rządzie) niewystarczające, to jest dużo wyższe niż w Polsce. Jest po prostu zgodne ze standardami. Nie ma tutaj możliwości, aby na oddziale takim jak neurologia były na zmianie 3 pielęgniarki z czego jedna na 8 godzin. Gdyby tak się stało, gdzieś poleciałyby głowy! Stanowi to bowiem niebezpieczeństwo i zagrożenie życia dla pacjentów. Finowie są narodem bardzo prawdomównym i praworządnym. Tu się nie kombinuje, nie mataczy, nie stara zrobić tak, żeby „jakoś było”. Odzwierciedla się to we wszystkich dziedzinach życia Finów.

Jak już wspominałam, opieka zdrowotna działa. Niemal w całym kraju nie używa się już papieru do zapisywania dokumentacji. Jest do tego kilka różnych programów (założy od części kraju, którego akurat się używa) komputerowych. Wszystkie informacje trafiają do centralnego systemu, do którego każda pielęgniarka ze swoją kartą czipową ma dostęp. Są w nim zachowane całe historie chorób pacjentów ze wszystkich miejsc, w jakich udzielono mu świadczeń leczniczych albo pielęgniarskich. Ale nie tylko. Są w nim również wszystkie wyniki badań, cała historia leków, historie postępowania pielęgniarskiego, słowem absolutnie wszystko na temat pacjenta. Przed spotkaniem z takim programem, nie sądziłam, że „papierologia” może być tak prosta, miła i mało

czasochłonna. Jest też kolejny ogromny plus takiego systemu – diagnoza idzie za pacjentem i nie ważne do jakiej przychodni czy szpitala on trafi. Pielęgniarka i lekarz prowadzący będą mieli możliwość zastosowania ciągłości pielęgnowania i leczenia.

Krótko podsumowując. Obcokrajowiec nie ma lekko w Finlandii – bardzo trudny język do nauki, zupełnie odmienna mentalność ludzi i inna, bardzo dziwna kultura, niskie temperatury i brak słońca zimą. Jeżeli jednak masz coś, co jest polskim dyplomem pielęgniarskim, jest to już bardzo dużo. Nie wiem czy poleciałabym innej polskiej pielęgniarence wyjazd do Finlandii. Chyba bym raczej zaproponowała Szwecję lub Norwegię (praca znacznie lepiej płatna, języki bardziej „ludzkie”) oraz podobny skandynawski system opieki zdrowotnej). Finlandia zdecydowanie leży w kategorii – „bardzo duże wyzwanie, na którego pozytywne efekty przyjdzie czekać ogromną ilość czasu”.

Jeżeli ktoś chciałby uzyskać dodatkowe informacje, zapraszam do korespondencji poprzez e-mail; kamilakupisz@tlen.pl.

Szwecja

Alicja Kozłowska

Praca pielęgniarki w Szwecji

Aby zostać pielęgniarką w Szwecji należy posiadać co najmniej tytuł licencjata pielęgniarstwa. Wszelkie formalności związane z uznaniem kwalifikacji można załatwić przez Internet. Należy wejść na stronę internetową Socialstyrelsen (Departament Spraw Społecznych Wydział Zdrowia i Opieki Medycznej) <http://www.socialstyrelsen.se/>. Znajduje się tam wykaz dokumentów niezbędnych do nostryfikacji dyplomu: dokument stwierdzający pobyt na terenie Szwecji, odpis dyplomu, wypełniony formularz zgłoszeniowy, metryka urodzenia, uwierzytelniona kopia certyfikatu kompetencji zawodowych, prawo wykonywania zawodu, świadectwo przebiegu pracy zawodowej. Ważne jest, aby pamiętać, że wszystkie dokumenty nie mogą być starsze niż trzy miesiące (nie dotyczy dyplomu i prawa wykonywania zawodu). Dokumenty muszą być przetłumaczone na język szwedzki/angielski, potwierdzone notarialnie (lub tłumaczenie przysięgłe). Na odpowiedź Socialstyrelsen czeka się do trzech miesięcy. Niezbędna do podjęcia pracy jest również znajomość języka szwedzkiego, co najmniej na poziomie SFI.

W Szwecji pracuję od siedmiu lat. Na stanowisku pielęgniarki pracuję od półtora roku, wcześniej byłam pomocą pielęgniarki. Praca diametralnie różni się od tej w Polsce. Gradacja stanowisk opieki pielęgniarskiej

powoduje, że zakres wykonywanej pracy przez pielęgniarkę jest nieco ograniczony. Wszelkie zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne, zmiany pozycji oraz opiekę wykonują pomoce pielęgniarskie. Do zakresu obowiązków pielęgniarki należy między innymi: odpowiedzialność za stan leków (kontrola, stan, zamawianie), podział leków, delegowanie pomocy do podawania leków, wykonywanie zleceń lekarza, przygotowywanie skierowań oraz pacjenta na badania diagnostyczne, przyjmowanie pacjentów na oddział (wywiad, tworzenie i prowadzenie dokumentacji medycznej), iniekcje, farmakoterapia dożylna, pobieranie krwi, plan pielęgnowania ran, wykonywanie specjalistycznych opatrunków, kontakt z lekarzem i innymi specjalistami. Ponadto pielęgniarki mają dostęp do specjalistycznego sprzętu, który z krwi włóściwkowej wykonuje pomiary takich parametrów jak m.in.: poziom sodu, potasu, kreatyniny, CRP. Ważna jest również kontrola pracy personelu pomocniczego. Pielęgniarka jest odpowiedzialna zarówno za swoją pracę, jak i za pracę osób, które jej pomagają.

Poza zakresem obowiązków zdecydowana różnica występuje również w wynagrodzeniu za wykonywaną pracę. Średnie wynagrodzenie szwedzkiej pielęgniarki to około 25 000 koron szwedzkich (1 korna ~ 0,47 zł). Zapotrzebowanie na personel pielęgniarki jest w Szwecji bardzo duże. Pracy nie brakuje, zatem zachęcam do wyjazdu.

Hiszpania



Jolanta
Dynarska

Pielęgniarka z Polski musi przejść procedurę homologacji czy też rozpoznania dyplomu. Taką procedurę rozpatruje Ministerstwo Edukacji w Madrycie. Od poziomu polskiego licencjata pielęgniarstwa dyplom jest uznawany przez prawo hiszpańskie. Z moich informacji wynika, że przynależność do izb pielęgniarskich nie jest obowiązkowa, jednak uczestnictwo w tych strukturach bardzo ułatwia życie zawodowe. Pracę można znaleźć osobiście lub też poprzez tak zwaną internetowy portal pracy „Bolsa de trabajo / empleo”.

Różnice w pracy są znaczne, gdyż organizacja opieki nad pacjentem jest procesem

ciągłym. Pacjent w szpitalu, w którym pracowałam jest przydzielony konkretnej pielęgniarsce, a ta z kolei mając 10-ciu pacjentów jest w stanie być jego mecenasem zdrowia i rzecznikiem w zespole terapeutycznym. Nie ma pielęgniarek zadaniowych np. opatrunkowej, czyli pacjent tam rzeczywiście jest objęty opieką holistyczną. Pojawiają się nowe profesje np. „Celador”, czyli z reguły mężczyzna, który zajmuje się transportem chorych. Nie ma wspólnych wizyt z zespołem lekarskim-każdy pracuje osobno, ale w poszczególnych elementach przenikają się zakresy czynności zawodowych. Praca zespołu, a konkretnie poszczególnych profesji jest bezkolizyjna. W roku 2005 spotkałam się w Barcelonie z bezpiecznym sprzętem w pracy pielęgniarki. Pielęgniarstwo jest fantastyczną pracą, która daje bardzo dużą satysfakcję. Wymaga dużych kwalifikacji i wiedzy z zakresu wielu nauk i jest nacechowana odpowiedzialnością za konkretnego chorego.

Doświadczyłam pozytywnych wrażeń, choć można wspomnieć o tym, że pomimo iż zawód pielęgniarki cieszy się dużym szacunkiem i uznaniem społecznym to pieniądze za tą pracę są na średnim poziomie, co jednak pozwala na normalną egzystencję.

A gdy zamarzy nam się pojechać jeszcze dalej ...

Początki polskiej pielęgniarki w USA, czyli nie taki diabeł straszny



Natalia Sak-Dankosky

Od lat panuje przekonanie, że nostryfikacja polskiego dyplomu pielęgniarki w Stanach Zjednoczonych graniczy z cudem. Okazuje się, że nie jest to jednak niemożliwe. Trzeba się przede wszystkim uzbroić w cierpliwość, bo wszystko zajmuje dużo czasu oraz przygotować się na uciążliwą pracę papierkową i koszty, co faktycznie potrafi zniechęcić. Nie zgadzam się z poglądem, że przygotowanie merytoryczne do

Przydatne linki dotyczące pracy w USA:

- <http://www.ncbon.com/content.aspx?id=214> -wymagania dla pielęgniarek z zagranicy, na przykładzie Północnej Karoliny
- <http://www.cgfns.org/>, <http://www.jsilny.com/> -agencje zajmujące się ewaluacją dyplomów
- <http://allnurses.com/> -forum, na którym pielęgniarki dzielą się doświadczeniami dotyczącymi min. pracy za granicą
- <http://www.uscis.gov/> -oficjalna strona U.S Citizenship and Immigration Services, na której można znaleźć informację na temat możliwości pracy oraz różnych typów wiz
- <http://www.visajourney.com/forums/forum/135-finding-work-in-america/> -forum, na którym można znaleźć informacje i cenne porady dotyczące pracy w USA

nostryfikacji jest bardzo trudne, bo wychodzę z założenia, że każda okazja na poszerzenie wiedzy związanej z pielęgniarstwem ma tylko pozytywne strony. Polska pielęgniarka solidnie wykonująca swój zawód jest świetnie przygotowana do pracy zarówno w kraju, jak i za granicą.

Na początku drogi bardzo ważne jest zapoznanie się z regułami odpowiednimi dla stanu, w którym planujemy podjąć pracę, ponieważ często bardzo się one różnią, co wpływa na składowe całego procesu. Nie istnieją jednolite zasady dla całej Ameryki. Różne zarządy pielęgniarskie akceptują inne egzaminy oraz mają inne wymagania co do firm zajmujących się ewaluacją dyplomów. Dlatego dokładne poznanie algorytmu postępowania dla danego stanu jest kluczowe, gdyż pozwala uniknąć niepotrzebnych problemów.

Aby zrealizować marzenia pracy w zawodzie pielęgniarki za oceanem, należy zacząć od dwóch podstawowych kwestii: znajomość języka angielskiego oraz status imigracyjny, który pozwoli nam na legalne podjęcie pracy i życie w Stanach.

Planując pracę w USA musimy mieć świadomość, że znajomość języka angielskiego jest obowiązkowa i możemy być pewni, że jego poziom będzie sprawdzony. Najczęściej wymagane są egzaminy TOFEL (Test of English as a Foreign Language) albo IELTS (International English Language Testing System), które sprawdzają umiejętność praktycznego posługiwania się językiem.

Kolejną kwestią jest status imigracyjny. Problemu nie mają osoby, które są w posiadaniu zielonej karty. Wtedy legalnie mogą ubiegać się o pracę i bez większych problemów przejść przez proces nostryfikacji dyplomu. Osoby, które nie mają karty rezydenta, mogą ubiegać się o wizę pracowniczą. W tym wypadku podstawą jest

gwarancja zatrudnienia w konkretnym miejscu. Przyszły pracodawca daje poświadczenie, w którym zobowiązuje się sponsorować osobę starającą się o wizę. Istnieją programy, które pomagają pielęgniarkom spoza Stanów Zjednoczonych znaleźć pracę przed otrzymaniem licencji oraz przejść przez proces wizowy.

Podstawą starania się o licencję Registered Nurse jest ewaluacja naszego polskiego dyplomu. Istnieją zewnętrzne firmy, które się tym zajmują. Przygotowują one szczegółowy raport dotyczący edukacji na podstawie przetłumaczonych dokumentów oraz formularzy, które należy wysłać. Tutaj we znaki daje się kwestia żmudnej pracy papierkowej, częstych wizyt w Izbach Pielęgniarskich i szkołach, z której mamy dyplom. Ten etap jest przyczyną największych problemów, ale jak najbardziej jest to do przebrnięcia.

Jeżeli pozytywnie przejdziemy proces ewaluacji i raport zostanie zaakceptowany przez konkretny zarząd pielęgniarski (tj. godziny poszczególnych przedmiotów, będą odpowiadały standardom danego stanu), będziemy mogli zacząć przygotowania do egzaminu NCLEX-RN. Egzamin ten ma za zadanie sprawdzić naszą wiedzę z różnych działów pielęgniarstwa. Jest to ostatni etap procesu ubiegania się o licencję pielęgniarki w Stanach.

Po pozytywnym zdaniu egzaminu musimy udowodnić, że jesteśmy w posiadaniu ważnego Social Security Number (SSN). Każda osoba legalnie przebywająca w Stanach Zjednoczonych może go bez problemu otrzymać. Po pozytywnym zakończeniu wszystkich formalności otrzymujemy licencję Registered Nurse i możemy rozpocząć karierę pielęgniarki w USA. ■

Seks po wymianie stawu biodrowego o co wstydzi się zapytać pacjent

Operacja wymiany stawu biodrowego, niezależnie od zastosowanej metody jest dla pacjenta dużym obciążeniem. Jeśli weźmiemy pod uwagę dolegliwości występujące przed zabiegiem, wśród nich ból, dyskomfort, problemy z poruszaniem się, to łatwo się domyślić, że sprawność pacjenta przez długi okres czasu odbiega od normalnej sprawności osób bez problemów tego typu.

mgr piel. Barbara Aniołkowska, Carolina Medical Center, pielęgniarka oddziałowa

Bardzo ważnym tematem, którego pacjenci unikają, a który niewątpliwie zaprząta ich myśli, jest aktywność seksualna i czas, kiedy jej rozpoczęcie po zabiegu będzie możliwe.

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego z powodu towarzyszącego jej bólu znacznie obniża komfort życia pacjentów i siłą rzeczy dotyka najbardziej wrażliwej strony ludzkiego życia – sfery intymnej. Właściwe podejście personelu medycznego do tego tematu daje pacjentowi szansę na poprawę tej sfery i powrót do satysfakcjonującego życia seksualnego po zabiegu.

Sfera intymna jest zwykłą częścią życia każdego z nas, dlatego poruszanie tego tematu nie powinno dziwić czy zawstydzać lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów.

Pacjenci po zabiegu endoprotezoplastyki liczą na to, iż po zabiegu będą mogli powrócić do normalnej aktywności seksualnej i że uzyskają od personelu wiedzę na temat bezpiecznych pozycji seksualnych.

Z badań przeprowadzonych przez amerykańskich reumatologów i ortopedów wynika, że aż 81% pacjentów nie otrzymało od lekarza wystarczającej informacji na temat powrotu do aktywności seksualnej po zabiegu oraz, że aż 80% badanych lekarzy nigdy nie rozmawiało z pacjentem na ten temat albo poświęcało temu problemowi nie więcej niż 5 minut rozmowy.

Takie podejście personelu do tematu aktywności seksualnej nie pozwalało pacjentowi uzyskać wyczerpujących informacji, a w momencie powikłań związanych z przemieszczeniem stawu tylko 20% chirurgów dowiadywało się o tym, że nastąpiło to w wyniku uprawiania seksu.

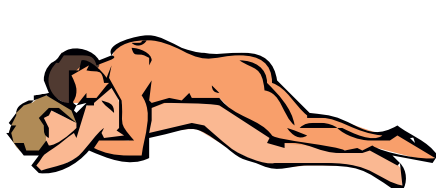
Większość chirurgów zaleca pacjentom powrót do życia intymnego po ok. 1-3 miesiącach po zabiegu. Dłuższy czas wstrzemięźliwości zalecany jest jedynie pacjentom, u których wykonano korekcyjną operację protezoplastyki. Z punktu widzenia rehabilitacji, po 8-12 tygodniach od zabiegu staw biodrowy jest już stabilny, a siły działające na staw rozkładają się wokół mięśni otaczających staw biodrowy.

Podsumowując – lekarze, fizjoterapeuci oraz pielęgniarki mający kontakt z pacjentem po zabiegu powinni posiadać wiedzę na temat bezpiecznych pozycji seksualnych, aby móc udzielić pacjentowi odpowiednich informacji. ■

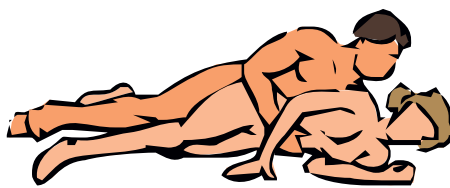
Piśmiennictwo:

1. Dahm D.L., Jacofsky D., Lewallen D.G. Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THHA. Survey of Members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. Clin Orthop Relat Res 2004; 428: 237-240
2. Głowacka P., Żak E., Głowacka M., Przyłudzki K. Rola fizjoterapeuty w edukacji bezpiecznego życia seksualnego u pacjentów po endoprotezoplastyce. Rehabilitacja Praktyczna 2010; 4: 42-44

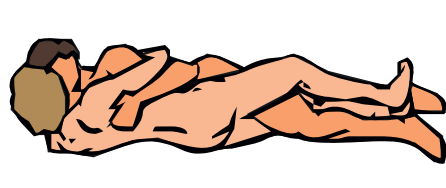
Ryciny - Przykłady bezpiecznych pozycji współżycia płciowego



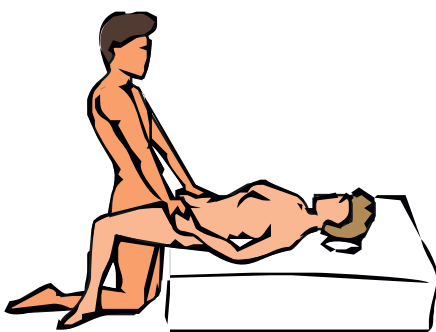
Pozycja zaakceptowana przez lekarzy: dla mężczyzn



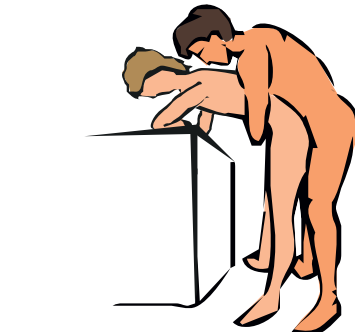
Bezpieczna pozycja: na boku operowanym



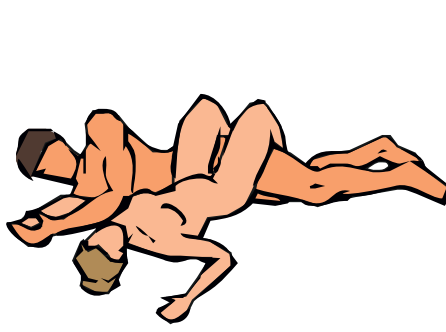
Bezpieczna pozycja: na boku zdrowym



Pozycja zaakceptowana przez lekarzy: dla kobiet



Pozycja zaakceptowana przez lekarzy: dla obojga płci



Bezpieczna pozycja: na plecach

Źródło: Głowacka P., Żak E., Głowacka M., Przyłudzki K. Rola fizjoterapeuty w edukacji bezpiecznego życia seksualnego u pacjentów po endoprotezoplastyce. Rehabilitacja Praktyczna 2010; 4: 42-44

Telepielęgniarstwo

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

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

W 2004 roku American Association of Ambulatory Care Nursing (AAANC) zdefiniowało telepielęgniarstwo jako **do-starczanie, zarządzanie oraz koordynowanie opieką za pomocą technologii telekomunikacyjnych w domenie pielęgniarstwa** [1].

Pewnie niewiele osób wie, że profesjonalna rola pielęgniarki w teleusługach istnieje już od ponad 38 lat. Pierwsze doniesienia pochodzą z Bostońskiego Centrum Medycznego, gdzie wprowadzono telekonsultacje z lekarzami specjalistami. Pacjenci mieszkający w mniejszych miejscowościach, bez dostępu do specjalistycznej opieki zdrowotnej, mieli możliwość kontaktu z odpowiednim specjalistą – mogli odbyć wizytę za pośrednictwem technologii telekomunikacyjnej. Pielęgniarka Mary Quinn, pracująca z lekarzami, którzy udzielali tych usług w Bostońskim Centrum Medycznym, odnalazła wielozadaniową rolę pielęgniarki w telemedycynie. Była wsparciem lekarza, technikiem, koordynatorem oraz edukatorem, a tym samym coraz bardziej zaznaczała istotność telepielęgniarstwa w opiece nad chorymi. Realizowane wówczas telekonsultacje, stały się początkiem rozwoju telepielęgniarstwa na świecie [2].

Za pośrednictwem telepielęgniarstwa można monitorować stan zdrowia pacjentów, kontrolować objawy choroby oraz edukować zarówno chorych, jak i ich opiekunów. Telepielęgniarstwo może wspierać rodzinę w opiece nad bliskimi oraz dostarczać interdyscyplinarną opiekę w innowacyjny sposób. Jednocześnie stanowi narzędzie do ogólnej poprawy efektywności świadczeń realizowanych w sektorze ochrony zdrowia [3]. Jest to szczególnie istotne w obecnej sytuacji, kiedy uwidacznia się coraz większy niedobór personelu pielęgniarskiego. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) ostrzega, że w najbliższych 10-13 latach wiele z obecnie pracujących pielęgniarek przejdzie na emeryturę, co znacznie zwiększy niedobór personelu [4]. Ponadto telepielęgniarstwo pomaga w rozwiązywaniu powyższego problemu poprzez oszczędność czasu dojazdu do chorego oraz minimalizację liczby chorych przebywających w szpitalach [5].

Świadczenia telepielęgniarskie najczęściej realizowane są między innymi za pośrednictwem [6]:

- Komputera/Internetu
- Telefonu stacjonarnego, komórkowego bądź faxu
- Telerobotów
- Video i audio konferencji
- Sprzętu używanego w radiologii
- Komputerowego systemu informacyjnego.

Korzystanie z technologii informacyjnej pozwala pacjentom mieć dostęp do świadczeniodawcy opieki zdrowotnej szybciej i prościej niż w opiece tradycyjnej. Nie muszą czekać na osobiste spotkanie z pielęgniarką oraz jeździć do kliniki [7,8]. Co więcej, według Zamaron i współ. telepielęgniarstwo pomaga redukować domowe wizyty pielęgniarskie oraz utrzymać dobrą kontrolę w opiece domowej nad chorymi z przewlekłymi chorobami układu oddechowego [9]. Uzyskiwanie konsultacji bez wychodzenia z domu jest szczególnie ważne w przypadku osób przewlekle chorych, u których często występują niepełnosprawność i problemy z poruszaniem się [7,10].

Jeżeli pacjent nie potrzebuje natychmiastowej odpowiedzi na swoje pytania, pielęgniarka może skonsultować problem z innymi specjalistami w celu dostarczenia jak najlepszej odpowiedzi. Wyniki badań, zdjęcia lub inne dane diagnostyczne mogą być przesyłane do ekspertów na całym świecie w celu konsultacji i postawienia jak najlepszej diagnozy. Ponadto pielęgniarki mogą kontrolować skuteczność leczenia ran za pomocą telekonferencji z pacjentem lub przysyłania zdjęć.

Badanie Grady i Schlacheta-Fairchild przeprowadzone wśród pielęgniarek, które realizują świadczenia przy użyciu teleusług wykazało, że największą grupę ich podopiecznych stanowią przewlekle chorzy – 16% oraz pacjenci z chorobami układu krążenia – 9% [11].

W wielu krajach telepielęgniarstwo rozwija się głównie, dlatego że: redukuje koszty opieki zdrowotnej, zwiększa się liczba pacjentów w wieku podeszłym, niepełnosprawnych oraz z chorobami przewlekłymi, którzy otrzymują odpowiednią opiekę, zwiększa dostępność opieki w rejonach odległych, zwiększa efektywność pracy personelu, w tym oszczędza czas dojazdu do chorego [5].

Oceniając telepielęgniarstwo, należy wspomnieć również o jego wadach. Jest to rozwiązanie przyczyniające się do

minimalizowania bezpośredniego kontaktu pomiędzy chorym a personelem pielęgniarskim. Ponadto istotną barierą podczas wprowadzania systemu są wymuszony wydatki na sprzęt, brak odpowiedniej infrastruktury, niepewne regulacje prawne oraz opór społeczeństwa przed zmianami [12].

Ludzie rzadko mają neutralne podejście do telemedycyny: ich nastawienie jest entuzjastyczne, albo są zaciękłymi przeciwnikami tego rozwiązania. Zwolennicy uważają, że telepielęgniarstwo to nasza przyszłość oraz że prowadzi do zwiększania jakości opieki, jednocześnie obniżając jej koszty. Przeciwnicy argumentują, że jest to niebezpieczna droga realizowania świadczeń medycznych, która zaburza bardzo ważny bezpośredni kontakt pielęgniarki z pacjentem. Jedno jest pewne: szybki rozwój społecznej oraz medycznej komunikacji przy użyciu sprzętu elektronicznego zmierza ku całkowitej zmianie sektora opieki zdrowotnej. ■

Piśmiennictwo:

1. American Telemedicine Association
http://www.americantelemed.org/files/public/membersgroups/nursing/Definitions_of_Tele-nursing.pdf
2. Schlachta-Fairchild L. Telehealth: A New Venue for Health Care Delivery. *Seminars in Oncology Nursing*. 2011; 17 (1): 34-40.
3. Abbott, P.A. and A. Coenen, Globalization and advances in information and communication technologies: the impact on nursing and health. *Nurs Outlook*, 2008; 56(5): p. 238-246.
4. International Council of Nurses
http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/sew_workforce_profile_2002.pdf
5. Zamarron C., Morete E., Gonzalez F.: *Telenursing in Chronic Respiratory Diseases*. [w:] (red.) Kumar S., Snooks H. *Telenursing*. Springer London 2011: 107-118.
6. *Telenursing Practice Guidelines*, College of Registered Nurses of Nova Scotia, 2008.
7. Car J., Sheikh A.: *Email consultation in health care: I – scope and effectiveness*. *BMJ. Clinical Research Ed*. 2004; 329: 435-438.
8. Podichetty V., Penn D.: *The progressive roles of electronic medicine: benefits, concerns and costs*. *The American Journal of the Medical Sciences*. 2004; 328: 94-99.
9. Eland-de Kok P., van Os-Medendorp H., Vergouwe-Meijer A. i współ.: *A systematic review of the effects of e-health on chronically ill patients*. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20: 2997-3010.
10. Grady J., Schlacheta-Fairchild L.: *The 2004 International Telenursing Role Survey*. iTelehealth Inc. & Mt Aloysius College. March 2005.
11. Debnath D.: *Activity analysis of telemedicine in the UK*. *BMJ. Postgraduate Medical Journal*. 2004; 80: 335-338.

Świąteczna podróż w czasie i przestrzeni wielokulturowość w pielęgnowaniu człowieka*



Wojciech Nyklewicz

Foto. Maciej Krajewski

Wielokulturowość w pielęgnowaniu człowieka ma na celu dostarczenie takiego rodzaju opieki, aby pacjent i/lub grupa społeczna mogli tę opiekę przyjąć jako adekwatną do swoich możliwości percepcyjnych. Innymi słowy, opieka powinna być „zjadliwa” dla odbiorcy usług pielęgniarstkich. Wiara w uniwersalizm pielęgniarstwa zachodniego jest niebezpieczna w takim samym stopniu, jak jego przedstawicielom groźne wydają się zabiegi zdrowotne, świadczone przez znachorów i szeptuchy. Wielokulturowość w pielęgnowaniu człowieka daje możliwość zoptymalizowania opieki, a poprzez to może wpłynąć na zwiększenie jej skuteczności bowiem to, co dla jednego człowieka jest pielęgnacyjne w najwyższym stopniu, dla innego może nie mieć żadnej wartości.

Współczesne podejście do wielokulturowości wymaga od pielęgniarki pewnej erudycji w zakresie antropologii kulturowej, bowiem rozwój społeczeństw, kultur i wzajemna dominacja jednych nad drugimi na przestrzeni dziejów spowodowały taką, a nie inną ich konstelację w teraźniejszości. Dlatego spróbujmy wyobrazić sobie wymagowaną podróż Madeleine Leininger w czasie i przestrzeni, czyli po świecie antycznym aż po współczesność, od basenu Morza Śródziemnego po odległe zakątki Skandynawii. Podróż, która odbywa się w okresie przesilenia zimowego, czyli w grudniu i styczniu. Właśnie w tym czasie celebrowane są w tych zakątkach świata święta solarne, ale nie tylko.

Na początku III tysiąclecia p. n. e. Madeleine Leininger chętnie przyjeżdżała

do starożytnego Egiptu, w którym spotykała znakomitych lekarzy-kapłanów znających się nawet na chirurgii. Przez kolejne tysiąclecia zauważyła, że cywilizacje północnej Afryki dynamicznie rozwijają się, a obok siebie mieszkają ludzie wierzący w różne bóstwa i nie wywołuje to konfliktów światopoglądowych, o których wiedziała z późniejszych podróży. Ich wspólną kulturową cechą było to, że świętowali mniej więcej w tym samym czasie – właśnie wtedy, gdy dzień stawał się coraz dłuższy.

Gdy w analogicznym okresie wybrała się do starożytnej Grecji i Rzymu dostrzegła, że są one znacznie mniej rozwinięte niż cywilizacje Bliskiego Wschodu. Lecz już w VIII w. p. n. e. potęgą basenu Morza Śródziemnego staje się Grecja, składająca się z autonomicznych Polis. Jest to okres, w którym Grecy zbrojnie zdobywają nowe terytoria. Madeleine Leininger zauważa potencjalne konflikty kulturowe, ale nie mają one znaczenia w ówczesnej „opiece zdrowotnej”, bowiem tak jak wojny prowadzą mężczyźni, również rannymi opiekują się mężczyźni tego samego kręgu kulturowego. Najbardziej skutecznymi na polu walki wojowników byli homoseksualni kochankowie, którzy jednocześnie świadczyli sobie wzajemnie najwyższej jakości opiekę. W razie choroby, mogli oni skorzystać z pomocy lekarskiej.

Institucjami ochrony zdrowia starożytnej Grecji są świątynie Asklepiosa, w których kapłani-lekarze stosują najnowocześniejsze metody leczenia. Natomiast intuicyjną i zupełnie naturalną opieką domową zajmują się osoby bliskie. Dostęp do świadczeń lekarskich mają (wolni) obywatele, zaś chorujących niewolników zabija się, gdy stają się nieprzydatni. Zresztą Grecy (Spartanie), dbając o kondycję zdrowotną społeczeństwa, dokonują selekcji, zabijając chore, kalekie i brzydkie dzieci. Na ten fakt Madeleine Leininger nie może

zareagować współczuciem, bądź w jakikolwiek sposób przeciwstawić się tym praktykom, ponieważ jest osobą z innej kultury i jest świadoma tego, że właśnie takim postępowaniem mogłaby spowodować transkulturowy konflikt. Po prostu, akceptuje te praktyki wiedząc, że są one dla Spartan dobre. Dzięki światopoglądowej neutralności i postawie humanizmu uszanowała spartański system wartości, w którym nadrzędną rolę pełnią cnoty posłuszeństwa i poświęcenia się w obronie ojczyzny oraz siła i męstwo. Mało tego, jako kobieta rozumiejąca otaczającą rzeczywistość i współdziałająca z tubylcami, zyskała ich akceptację. Można powiedzieć, że po okresie szoku kulturowego, zaadoptowała się w nowym środowisku społecznym. W okresie grudnia i stycznia wspólnie ze starożytnymi Grekami uczestniczyła w Dionizjach Małych na cześć boga Dionizosa. Podczas uroczystości odbywały się zabawy i pochody taneczne, śpiewano wesołe pieśni i przystrajano posągi przedstawiające boga. Głównym świątecznym napojem było młode wino zmieszane z wodą. Wierzano i dysponowano licznymi dowodami na to, że odpowiednie uczczenie Dionizosa zapewni urodzaj.

Madeleine Leininger bardzo sobie ceniła zróżnicowane osiągnięcia mieszkańców Hellady w dziedzinie sztuki, medycyny, filozofii, ale też była ciekawa ich stosunku do ludów podbitych. Wiedziała, w jaki sposób spartańskie wojsko uczy się zabijania ludzi, ćwiczenie mordując mężczyzn w podbitych wioskach. Pewnego razu udała się w podróż do Judei. Zauważyła, że Żydzi mają zupełnie inną religię niż te, które do tej pory poznała. Była to jedyna wtedy monoteistyczna religia, w której nie czczono zjawisk przyrody, jak robili to Grecy czy Egipcjanie, lecz czczono jedyne Boga – stwórcę tej przyrody. Dla Greków było to zbyt abstrakcyjne i niepojęte. Ponadto, zauważyła kolosalną

różnicę w stosunku do chorych i kalekich, których Żydzi otaczali szczególną troską. Talmud uznawał dbałość o zdrowie za religijny obowiązek. Dowiedziała się również, iż w jednym z Mojżeszowych Przykazań, Bóg oznajmił człowiekowi zakaz zabijania. A przecież Grecy (Spartanie) stosowali zabijanie słabych, chorych i kalekich jako formę dbałości o „zdrowie publiczne”.

W czasie jej pobytu w Judei trwała właśnie agresywna hellenizacja Żydów. W 169 r. p. n. e. Antioch IV Epifanes kazał zburzyć mury Jerozolimy, a Świątynię spłądował w poszukiwaniu skarbów, po czym wprowadził w Judei kult Zeusa Olimpijskiego. Aby sprofanować święte miejsce Żydów, na ołtarzu Świątyni składano ofiarę ze świni. Te działania bezpośrednio wywołały powstanie Machabeuszów, które w 160 r. p.n.e. zakończyło się sukcesem. Po odzyskaniu Świątyni Jerozolimskiej, Żydzi znaleźli naczynie z oliwą, której ilość była obiektywnie zbyt mała, by podtrzymać święty ogień do czasu sprowadzenia nowych zapasów. Podzielono więc oliwę na 8 części, aby każdego dnia palić kolejną porcję. I wtedy stał się cud. Tak mała ilość oliwy utrzymała płomień lampy oliwnej nieprzerwanie przez 8 dni. Madeleine Leininger była świadkiem ogromnej radości starożytnych Żydów z cudownego przetrwania świętego ognia i już wtedy domyślała się, że będzie to ważne żydowskie święto. Na pamiątkę tego wydarzenia Żydzi na całym świecie obchodzą Chanukę – Święto Światła, które celebrowane jest przez 8 dni począwszy od 25 dnia miesiąca Kislew (wg kalendarza gregoriańskiego jest to okres przypadający na listopad lub grudzień; święto ruchome w kalendarzu gregoriańskim). Madeleine Leininger uznała także, iż znajomość tej tradycji będzie miała kapitalne znaczenie w transkulturowym pielęgowaniu człowieka ponad 2 tys. lat później, bowiem zwycięstwo Żydów nad starożytnymi Grekami ocaliło jedyną na świecie monoteistyczną religię, z której wywodzi się chrześcijaństwo oraz uchroniło odmianną – w porównaniu z grecką – postawę wobec ułomnych, chorych i niepełnosprawnych, cechującą się troskliwością, a nie zabijaniem ich. Już wtedy wiedziała, że bez tego zwycięstwa losy Cywilizacji Zachodniej potoczyłyby się zupełnie inaczej. Dziś trudno wyobrazić sobie pielęgnowanie człowieka oparte na selekcji poprzez zabijanie słabych.

Po tych wydarzeniach Madeleine Leininger odetchnęła z ulgą i wróciła do Hellady, by oddać się swoim ulubionym zajęciom, np. uczestnictwem w spektaklach greckiego teatru klasycznego. Pewnego razu, podczas przedstawienia komedii pt. „Ciklope” Epicharma dowiedziała się od znajomych, że zamorska prowincja Rzym zaczyna podbijać kolejne terytoria, w tym także należące do starożytnej Grecji. „Wkrótce”, czyli w II i I wieku p. n. e. Republika Rzymska zaczęła rosnąć w potęgę. Madeleine Leininger postanowiła przenieść się w samo centrum nowo powstającego imperium.

Do starożytnego Rzymu przybyła 15 grudnia w czasie zimowych Consualiów, czyli święta na cześć boga opiekującego się ziarnem zgromadzonym w spichlerzach. Nim rozgościła się na dobre, już za dwa dni rozpoczęło się wielkie święto – Saturnalia, trwające od 17-23 grudnia. I znów przeżyła szok kulturowy, bowiem Rzymianie charakteryzowali się inną mentalnością niż Grecy. W korowodach weselących się ludzi, którzy przemierzali miasto na uczty i zabawy, obok wolnych obywateli widziała również niewolników. To było nie do pomyślenia w starożytnej Grecji, a zwłaszcza w Sparcie. Saturnalia poświęcone były bogowi rolnictwa, ale ich wybitnym akcentem było pojednanie i równość wszystkich ludzi, co było widać na ulicach miast oraz w miejscach uczt i wesołych zabaw. W tych dniach można było robić wszystko, czego dusza zapagnie, jeść i pić do woli, bez ograniczeń wynikających ze stanu społecznego. Organizowano kolorowe parady przebierańców, obdarowywano się podarkami i pieniędzmi, prezenty otrzymywali także niewolnicy. Przestrzajano zielone rośliny na cześć boga Saturna. Taka równość wszystkich ludzi wobec siebie Madeleine Leininger przypadła do gustu. Był to zwiastun tego, co spotkała w świecie zachodnim 2 tys. lat później, choć nie wszędzie.

W czasie trwania Saturnaliów, 19 grudnia, starożytni Rzymianie świętowali także Opalia, na cześć bogini płodności, urodzaju i bogactwa, małżonki Saturna. Natomiast 25 grudnia obchodzili urodziny boga Mitry (Słońce Niezwyciężone). Grudniowe święta w starożytnym Rzymie były niezwykle wesołe. Można powiedzieć, iż antyczni Rzymianie mieli typowo rozrywkowy charakter, co z perspektywy ochrony zdrowia niesie pewne

niebezpieczeństwa urazów i chorób przenoszonych drogą płciową. Madeleine Leininger zauważyła, że nie wszystkim obywatelom miasta podoba się taki chaos. Głównie obawiano się wybuchu powstania niewolników, którym mogło spodobać się życie wolnego obywatela.

Kolejne wieki starożytności Madeleine Leininger spędziła, udając się w podróż na daleką północ – do Skandynawii. Zamieszkujące te ziemie plemiona również świętują w okresie przesilenia zimowego. Okres świąteczny obejmuje koniec grudnia i początek stycznia, a ludność bawi się wokół przystrojonych jodeł, uczestniczy w ucztach, ściany domostw przybiera gałązkami jemioli lub ostrokrzewu. Madeleine Leininger zauważa różnicę nie tylko w klimacie, ale także w sposobie odżywiania się miejscowej ludności, co ma związek z okresami wegetacyjnymi i dostępem do żywności określonego rodzaju. Właśnie rozpoczęła się świąteczna uczta zwana Jul. Do pomieszczenia wprowadzono knura, a biesiadnicy podeszli do niego i kładąc rękę na jego grzbiecie złożyli przysięgę wierząc, że usłyszy ją bóg Frejr. Następnie dokonano rytualnego uboju, a upieczone mięso podano na ucztę. Starożytni mieszkańcy Skandynawii podczas święta Jul wesoło bawią się, śpiewają okolicznościowe piosenki, obdarowują się podarkami i odwiedzają się wzajemnie.

Madeleine Leininger była urzeczona kulturowym podobieństwem sposobów obchodzenia ważnych świąt w różnych rejonach antycznego świata. Była to przede wszystkim wesoła zabawa, składanie ofiary i prezenty. Podobne rytuały świąteczne spotkała podczas podróży do krainy Słowian. Choć ich bóg nazywa się zupełnie inaczej, pełni jednak podobne funkcje. Swaróg rządzi niebem, słońcem i ogniem, a ludzie składają mu pokłon na początku każdego dnia. Podczas przesilenia zimowego starożytni Słowianie celebrują Gody – święto zwycięstwa nad ciemnością. Na ten czas przystrajane są domostwa gałązkami drzew iglastych, a w kacie ustawia się ostatni z tegorocznych zbiorów snop zboża, który przystrajają się orzechami, jabłkami i innymi ozdobami. W czasie uczt, pod nakryciem ułożone są słoma lub siano dla zapewnienia urodzaju. Święto Godowe dla Słowian jest najważniejszą okazją do spotkań z duchami przodków. W tym okresie na cmentarzach rozpala się ogniska i odbywają się tam rytualne uczty. Madeleine

Leininger zauważa, że stosunek Słowian do zmarłych jest pozytywny. Na koniec Godów i ona w prezencie dostała glinianą figurkę.

W czasie wyraźnie wydłużających się dni wyruszyła w podróż do starożytnego Rzymu, by uczestniczyć po raz pierwszy w nowym święcie. Okazało się bowiem, że w 313 r. n. e. edyktem mediolańskim, Konstantyn Wielki uczynił chrześcijaństwo religią równoprawną z innymi. Wtedy też zauważyła, że jest to jeden z licznych odłamów judaizmu, które powstały w starożytnej Judei. Od pozostałych różni się tym, że jego wyznawcami oprócz Żydów mogą być także inne narodowości. W ten sposób idee jedynej monoteistycznej religii w ówczesnym świecie – judaizmu – zostały zainportowane także do Imperium Rzymskiego. Boże Narodzenie – święto upamiętniające narodziny Jezusa Chrystusa – wyznaczono na dzień rodzin boga Mitry, uwielbianego w Imperium. Wybór daty był tym łatwiejszy, bowiem w żadnej Ewangelii nie widnieje data narodzin Chrystusa.

Madeleine Leininger obserwowała początkowo bezkrwawy proces zawłaszczania dotychczasowych rytuałów świąt solarnych na rzecz nowej religii. Lecz już kilkadziesiąt lat później była świadkiem agresywnej chrystianizacji ludów Europy, polegającej na zastępowaniu rodzimych świąt świętami chrześcijańskimi, a na miejscu świętych gajów budowano kościoły. Europa była wtedy poligonem wielkiego transkulturowego konfliktu, zabijania nienawróconych, niszczenia zabytków kultury materialnej podbitych społeczności pogańskich. Madeleine Leininger przeżyła kolejny szok kulturowy. Zauważyła, że podbite narody, np. Słowianie, chroniąc się przed pewną śmiercią, rezygnują z czczenia rodzimych bogów i deklaracyjnie zmieniają poglądy, przyłączając się do swoich prześladowców. We wspólnych szeregach z nimi niszczą jeszcze nienawróconych współplemieńców i rodzimą kulturę w imię osobistego ocalenia. Zastanawiała się, czy przypadkiem te wydarzenia nie przyczynią się do powstania syndromu kata i ofiary, z którym spotkała się ok. 500 lat później. Ten agresywny proces być może wpłynął na wytworzenie się przekonania nawróconych plemion, że wszyscy Inni są gorsi od nich – katolików, nawet chrześcijanie rytu wschodniego.

W 1054 r., w wyniku wielkiej schizmy wschodniej doszło do rozpadu chrześcijaństwa na wschodnie i zachodnie. Już wcześniej, na ziemiach Słowian widoczna była rywalizacja Kościoła Bizantyjskiego z Rzymskim o to, który z nich zapanuje nad kulturą i terytorium Słowiańszczyzny. Ostatecznie, Słowianie południowi i wschodni podporządkowali się biskupom prawosławnym, zaś zachodni ulegli prymatowi biskupa Rzymu. Wprowadzony w 1582 r. kalendarz gregoriański zdecydowanie różnił daty obchodzenia świąt Bożego Narodzenia w prawosławiu i katolicyzmie. W miarę jednolity etnicznie świat Słowian podzielony został ze względu na przynależność religijną, czyniąc sąsiadów wrogami, wywołując ciągłą rywalizację.

Wiele politycznych decyzji, podjętych na przestrzeni tysiącleci, ma wpływ na współczesność. Nasilające się obecnie migracje i przenikanie się kultur skłoniło Madeleine Leininger do stworzenia idei i praktyki pielęgniarstwa wielokulturowego, którego jednym z elementów jest umożliwienie kultywowania zwyczajów pacjentom pochodzącym z różnych kręgów kulturowych i religijnych. Współczesne celebrowanie świąt przesilenia zimowego ma swoją bogatą genezę. Jej znajomość pozwala zrozumieć, z jakiego powodu

pacjent ze Skandynawii spożywa szynkę w Wigilię Bożego Narodzenia, zwanego Jul; skąd wzięła się tradycja obkładania sianem polskich stołów wigilijnych, a po co w okresie Świąt Czesi odwiedzają groby przodków; dlaczego święta prawosławne przemilczane są w Polsce, a w innych krajach Europy mówi się o nich tak samo głośno jak o świętach katolickich, muzułmańskich czy żydowskich. Wiele z tych pominięć i zaniechań jest przejawem trwającej ciągle światopoglądowej wojny, w której jak dotąd nie ma zwycięzców i z całą pewnością nigdy nie będzie.

Wielokulturowe pielęgnowanie człowieka może być sprawowane wyłącznie przez pielęgniarkę wolną od doktrynalnych przymusów. Natomiast, deklarowanie transkulturowości z pozycji wymuszonej tolerancji wyznawcy jakiegokolwiek światopoglądu jest obłądą.

* Podróż Madeleine Leininger w czasie i przestrzeni jest imaginacją autora artykułu. Celem „reportażu” jest ukazanie postawy humanizmu i światopoglądowej neutralności w relacjach z przedstawicielami różnych kultur oraz zachęcenie czytelników do pogłębiania wiedzy z zakresu wielokulturowości w pielęgnowaniu człowieka. ■



Filozofia humanistycznej troskliwości Jean Watson

po prostu ludzka teoria pielęgniarstwa

Część II



Beata Dobrowolska
Uniwersytet Medyczny
w Lublinie

W niniejszej części tekstu na temat koncepcji humanistycznej troskliwości Jean Watson zamierzam omówić 10 czynników opiekuńczych (*carative factors*), które stanowią istotę tej teorii. [J. Watson, 2008, s. 7 i dalsze]. Każdy z tych czynników tworzy harmonijną całość z pozostałą resztą i właśnie dzięki ich urzeczywistnieniu w praktyce pielęgniarstwa możemy realizować założenia myśli Jean Watson.

1. Formowanie własnego humanistyczno-altruistycznego systemu wartości.

Realizacja humanistycznej troskliwości opiera się na uniwersalnych wartościach, jak dobroć, troska, miłość do siebie i innych, które każda pielęgniarka poznaje w trakcie swojego osobistego rozwoju, jak również w trakcie edukacji zawodowej. Ukształtowany w ten sposób system wartości pozwala na zaangażowanie się w realizację opieki dając jednocześnie poczucie „satisfakcji otrzymywania w dawaniu”. Ponadto, ten system wartości umożliwia okazywanie tolerancji dla odmienności oraz postrzeganie innych przez pryzmat ich własnych wartości, a nie poprzez pryzmat tego, co jest dla nas ważne. Taki rodzaj umiejętności ma istotne znaczenie szczególnie w pielęgniarstwie. Warto nadmienić, że dla Jean Watson urzeczywistnianie wspomnianych wartości w praktyce nie oznacza samopoświęcenia, zapominania o sobie i wyparcia się siebie. Chodzi bardziej o ukształtowanie pewnego rodzaju gotowości na realizację troski o innych.

2. Podtrzymywanie wiary i nadziei.

Opieka pielęgniarstwa przekracza ograniczenia medycznego podejścia otwierając się na inne, pozamedyczne wymiary. Pielęgniarstwo od zawsze

wykorzystywało znacznie szersze widzenie osoby ludzkiej i poprzez to szersze możliwości terapeutyczne. Wiemy z doświadczenia, że w bardzo wielu przypadkach medyczne, konwencjonalne sposoby leczenia zawodzą, nie oznacza to jednak, że już nic nie można zrobić. W takich sytuacjach do końca realizowana jest pielęgniarstwa troska ze swoim holistycznym postrzeganiem pacjenta.

3. Pielęgnowanie wrażliwości w stosunku do siebie i innych.

Jean Watson podkreśla, że to, co wyróżnia człowieka to uczucia. Jednocześnie, bardzo często człowiek nie pozwala sobie na prawdziwe, szczere odczuwanie swoich uczuć, a poddaje je analizie, myśli uczucia zamiast je czuć. Rozwijanie wrażliwości na drugiego człowieka wiąże się z przeżyciem uczuć, zarówno tych, które są przyjemne, jak i tych, które są bolesne. Tylko wówczas, zdaniem Watson, jesteśmy w stanie prawdziwie otworzyć się na drugą osobę i zrozumieć ją. Jean Watson obrazuje swoje rozważania przykładem porodu młodej kobiety, która w trakcie długiej i bolesnej akcji porodowej dowiaduje się, że rodzi martwe dziecko. Mimo aktywnego udziału kobiety w porodzie, w ostatnim momencie personel zakrywa jej twarz, twierdząc, że w ten sposób ochroni kobietę, przed przykrymi doznaniem. Zdaniem Jean Watson, powód takiego zachowania może być zgoła inny – położne chcą w ten sposób ochronić siebie przed swoimi lękami. W takiej sytuacji, zarówno nauka jak i intuicja odpowiada nam jednak, że te przykre, bolesne uczucia powinny być przeżyte, aby w przyszłości nie przerodzić się w coś destrukcyjnego.

4. Budowanie relacji opartych na pomaganiu i zaufaniu.

Humanistyczna troskliwość zakłada poznanie pacjenta, z którym pielęgniarka wchodzi

w relację, jego osobowość i sposób postrzegania świata. Istotne jest, aby pielęgniarka zdała sobie sprawę z tego, jak traktuje pacjenta, czy jako obiekt, którym można manipulować, czy jako istotę ludzką, którą należy zrozumieć. Jean Watson proponuje, aby w procesie budowania relacji opartych na pomaganiu pamiętać o następujących kwestiach:

- Stosowność** – oznacza szczerość w stosunku do siebie i przez to szczerość w odniesieniu do innych. Pielęgniarka, która ukrywa prawdziwy obraz siebie przed sobą oraz innymi, może w negatywny sposób wpływać na jakość procesu opieki.
- Empatia** – jest to umiejętność doświadczenia prywatnego świata i uczuć pacjenta oraz komunikowania mu naszego zrozumienia. Zdaniem Watson, pielęgniarka empatyczna rozpoznaje i akceptuje uczucia drugiego człowieka bez dyskomfortu, lęku czy gniewu.
- Niezaborcze ciepło** – jest to rodzaj uczucia, które nie nosi znamion paternalizmu czy maternalizmu. Taki rodzaj ciepła można okazywać pacjentowi poprzez gesty, ton głosu, dotyk czy ekspresję twarzy.

Trzeba podkreślić, że w urzeczywistnianiu w praktyce pielęgniarstwa tego czynnika opiekuńczego bardzo istotne znaczenie odgrywa efektywna komunikacja interpersonalna.

5. Akceptowanie i zachęcanie do wyrażania pozytywnych i negatywnych uczuć.

Jean Watson podkreśla, nawiązując do wcześniejszych czynników opiekuńczych, że emocje – zarówno pozytywne jak i negatywne – odgrywają bardzo dużą rolę w życiu każdego człowieka, dlatego tak ważne jest ich zrozumienie i przyzwolenie na ich wyrażanie. Świadomość uczuć własnych, jak również uczuć drugiej osoby pozwala zrozumieć sposób,

w jaki się zachowujemy, a to z kolei umożliwia zapanowanie nad niektórymi irracjonalnymi reakcjami w przyszłości.

Warto dodać na marginesie, że kwestia refleksji nad odczuciami i związanymi z nimi reakcjami pielęgniarzek w realizacji procesu opieki odgrywa w pielęgniarstwie zachodnim ważną rolę. Między innymi dlatego zwraca się uwagę na praktykowanie superwizji klinicznej, która pozwala na wyrażenie odczuć towarzyszących pielęgniarce podczas jej pracy i w związku z tym na większą świadomość tych aspektów, nad którymi należy jeszcze popracować w jej praktyce zawodowej. Mówi się o dwóch podstawowych pozytywnych efektach superwizji klinicznej w pielęgniarstwie: zapobieganie wypaleniu zawodowemu pielęgniarzek oraz poprawa jakości świadczonych usług pielęgniarstkich.

6. Systematyczne stosowanie metody naukowej w procesie rozwiązywania problemów decyzyjnych.

Proces opieki pielęgniarstkiej musi być oparty na osiągnięciach nauk, i to nie tylko medycznych. Pielęgniarki powinny zrozumieć, że proces pielęgnowania powinien stanowić jednocześnie systematycznie realizowany proces badawczy, w ramach którego wykorzystuje się metody naukowego postrzegania i rozwiązywania problemów. Zdaniem Jean Watson, kiedy porównamy proces pielęgnowania oraz proces badania naukowego w pielęgniarstwie, dochodzimy do wniosku, że oba te procesy są bardzo podobne. Na etapie diagnozowania, dzięki skrupulatnie zgromadzonej wiedzy i analizie literatury możemy dokonać oceny stanu pacjenta (postawić diagnozę pielęgniarstwą) lub analogicznie – oceny stanu problemu naukowego, który nas interesuje (postawić hipotezy badawcze). Na etapie planowania, podejmujemy decyzje kto i jakimi metodami będzie realizował określone działania odnoszące się do określonych celów opieki lub – w przypadku procesu badawczego – do weryfikacji (falsyfikacji) postawionych hipotez badawczych. Na etapie interwencji pielęgniarstkich realizujemy ustalony plan działań opiekuńczych, lub – w przypadku procesu badawczego – gromadzimy materiał badawczy. I wreszcie w ramach ostatniego etapu, oceny podjętych działań, interpretujemy to, co udało nam się osiągnąć. W konsekwencji, w obu przypadkach wyciągamy wnioski, które służą do

dalszych prac i w efekcie stanowią początek kolejnego procesu. Istotne jest to, że oba procesy – proces pielęgnowania i proces badań naukowych w pielęgniarstwie w zasadzie zmierzają do jednego celu: do poprawy jakości opieki pielęgniarstkiej.

7. Promowanie interpersonalnego nauczania i uczenia się.

Zdaniem Jean Watson, bardzo istotnym elementem opieki pielęgniarstkiej jest edukacja zdrowotna. Jednym z jej wymiarów jest informowanie pacjenta na temat podejmowanych względem niego działań. Zrozumiała i wyczerpująca informacja redukuje stres, jaki zwykle towarzyszy pacjentowi w związku z procedurami medycznymi, którym jest poddawany.

8. 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 pielęgniarce wspierające, korygujące i chroniące pacjenta środowisko.

Wśród działań, jakie może podjąć pielęgniarka, aby zapewnić komfort pacjentowi znajdują się m.in.: eliminacja nieprzyjemnych bodźców z otoczenia, np. głośnych dźwięków, ostrych światła itd.; zwrócenie uwagi na wygodną dla pacjenta pozycję ciała; odpowiednie przygotowanie łóżka; eliminacja napięcia mięśni poprzez masaż lub ćwiczenia; realizacja właściwych do stanu pacjenta procedur np. inhalacja, medytacja, relaksacja, podanie leków itd.; modyfikowanie podejmowanych działań w zależności od natężenia objawów choroby. Jean Watson podkreśla, że planując działania zapewniające komfort pacjentowi pielęgniarka powinna znać jego upodobania czy wartości.

Zapewnienie prywatności jest przejawem szacunku dla godności pacjenta, dotyczy działań zarówno chroniących jego cielesność jak i jego sferę psychiczną. Ochrona prywatności pozwala na zachowanie poczucia autonomii; emocjonalnego uwolnienia od stresów dnia codziennego; daje możliwość refleksji nad własnym życiem i tym, co nas otacza; zezwala również na zakreślenie granic komunikacji międzyludzkiej.

Zagwarantowanie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa stanowi jedno

z podstawowych zadań pielęgniarstka. Jean Watson podkreśla, że pielęgniarstka powinna pamiętać, że bezpieczeństwo ma wiele wymiarów i wiele znaczeń w zależności od okresu rozwoju człowieka oraz jego stanu biopsychosocjalnego.

Zapewnienie czystego i estetycznego otoczenia w praktyce pielęgniarstkiej oznacza znacznie więcej, aniżeli tylko dobre warunki sanitarne. Jean Watson traktuje to zadanie pielęgniarstka bardzo szeroko, odnosi je do tych aktywności, które pozwalają człowiekowi osiągać komfort fizyczny i psychiczny, a więc właściwa kolorystyka otoczenia, muzyka, ale także możliwość oddziaływania poprzez literaturę i sztukę.

9. 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 pielęgniarstka. Jean Watson podkreśla, że mimo hierarchicznej struktury potrzeb, nie można potrzeb niższego rzędu traktować w zupełnym oderwaniu od potrzeb wyższego rzędu. Dbanie o jakość życia pacjenta oraz holistyczna wizja człowieka wymusza na pielęgniarce aby myślała o wszystkich potrzebach jednocześnie, bowiem jedna zawiera się w drugiej.

10. Uwzględnianie wymiaru egzystencjalno-fenomenologicznego.

Jean Watson podkreśla, że pielęgniarstka powinna starać się otworzyć na egzystencjalny wymiar zarówno życia własnego jak i pacjenta. Perspektywa choroby, cierpienia i śmierci powoduje, że człowiek zadaje pytania dotyczące sensu istnienia, sensu dalszego życia. Niejednokrotnie rozmiar tragedii przytłacza pacjenta, chce się poddać. Zdaniem Jean Watson, poznanie jego historii; tego, co miało i ma dla niego znaczenie; zainteresowanie się jego strategiami radzenia sobie w sytuacji trudnej może być pomocne w procesie przepracowywania tzw. słabych stron pacjenta. [J. Watson, 2008]. ■

Piśmiennictwo:

I. Watson J., *Nursing. The philosophy and science of caring*, University Press of Colorado, Colorado 2008.

Wizerunek pielęgniarki mój autorytet czy fikcyjna postać z podręcznika?

Klaudia Massalska, Ania Sykut
i Aneta Maciejko
Studenckie Koło PTP, Lublin

Zanik autorytetu jest równoznaczny ze zrujnowaniem podstaw świata... tymi słowami Hannah Arendt udowodniła, że bycie czymś autorytetem wiąże się z wielką odpowiedzialnością. Osoba ta powinna inspirować, stymulować zapał, wyobraźnię i intelekt. Musi też konstruktywnie wpływać na postępowanie osób, mobilizując je do inicjatywy i podejmowania samodzielnych działań. Bezstronność, miłość, prostolinijność, inteligencja, mądrość – tak zdobywa się uznanie, prestiż i kredyt zaufania do profesjonalizmu. Na osobie cieszącej się uznaniem spoczywa ogromny ciężar, ponieważ każda podejmowana przez nią decyzja może stać się dla kogoś wzorem do naśladowania. Istnieje jednak niebezpieczeństwo, że zamiast oddziaływać wyzwalająco, autorytet może działać ujarzmiająco.

Przed Pielęgniarstwem

Nie miałam styczności z Pielęgniarką pracującą na oddziale szpitalnym. Jedynym skojarzeniem, na którym opierałam swoją wiedzę w temacie tego zawodu była „Pani w czystym, błękitnym mundurku”, która podczas wizyt u lekarza rodzinnego pobierała mi krew do badania morfologicznego. Nigdy nie dopatrywałam się szczegółów jej wyglądu i czynności przez Nią wykonywanych. A może powinnam?

I rok Pielęgniarstwa Mój autorytet

Pamiętam to jak dziś. Wszystkie myśli z tamtego dnia są dokładnie uporządkowane w mej pamięci. Doktor przytaczał fragmenty wielkiej, niebieskiej książki – podręcznika Podstaw Pielęgniarstwa. Mówił o historii jego rozwoju, o kobietach, które swoją postawą i działaniem sprawiły, że zaistniał ten zawód. Słuchałam i próbowałam pojąć, czym jest sztuka pielęgowania. Poznałam cechy, które powinna posiadać profesjonalna Pielęgniarka.

Podczas zajęć teoretycznych został przedstawiony mi jej idealny wizerunek. Wtedy według moich wyobrażeń była to

osoba w czystym, wyprasowanym mundurku, ze spódniczką sięgającą do kolan. Włosy upięte. Na nadgarstkach widniał niezbędny mały zegarek, bez dodatkowej biżuterii. Paznokcie czyste, krótko przycięte. Była to kobieta przyjmująca postawę niebudzącą kontrowersji wśród pacjentów oraz reszty personelu medycznego. W tym okresie mojego życia Pielęgniarka była niczym ideał – uprzejma, o odpowiednich zdolnościach manualnych, szerokiej wiedzy, którą często wykorzystywała do rozwiązywania problemów pacjentów. Była to osoba, która cieszy się dobrymi relacjami interpersonalnymi. Nie przeszło mi nawet przez myśl, że jakakolwiek pracująca Pielęgniarka na oddziale mogłaby wyglądać i zachowywać się inaczej. Taki obraz zachował się w mej pamięci, do momentu mającego miejsce pewnego poranka...

II rok Pielęgniarstwa Praktyki zawodowe Mój autorytet to postać fikcyjna z podręcznika?

Zaczynałam wraz z moją grupą studentką praktyki zawodowe na jednym z oddziałów szpitalnych w naszym mieście. Pełne zapału i entuzjazmu byliśmy przekonane, że każda doświadczona Pielęgniarka będzie realnym odzwierciedleniem podręcznikowej definicji jej wizerunku. Po drodze rozmawiałyśmy o jego specyfice i czekających nas nowych wyzwaniach. Na początku Oddziałowa zapoznała nas z topografią oddziału oraz z pacjentami. Przedstawiła nam plan pracy i obowiązujący regulamin. Następnie zaczęłyśmy włączać się w czynności pielęgniarskie pod jej czujnym okiem. To właśnie wtedy zobaczyłam kobietę, która swoją postawą i wyglądem zwracała wszystkich uwagę. Czym? Wizerunkiem. Była to Pielęgniarka pracująca na oddziale. Mocny makijaż, burza czarnych loków opadających ciągle na oczy, utrudniających wykonywanie czynności, specyficzne pobrząkiwanie złoto-srebrnej biżuterii, długie paznokcie w kolorze perłowego różu, bardzo krótka spódnica – wszystko to sprawiło, że byłam w ogromnym szoku. Nie mogłam skupić się na wykonywanych czynnościach, ponieważ przed oczami widniał mi

obraz Pielęgniarki poprawiającej pukiel włosów opadających na twarz. Przypominała mi się biżuteria, która ocierała się o jednego pacjenta, a następnie przekazywała patogeny sąsiadowi. Pani Pielęgniarka stała się tematem dnia w naszej grupie studenckiej. Z niedowierzaniem patrzyliśmy na nią, myśląc: „Przecież to nie tak nas uczono!”. Właśnie nie tak nas uczono! Nie tak!

II rok Pielęgniarstwa Mój dom i chwile refleksji

Po powrocie z praktyk usiadłam w fotelu. Zaczęłam rozmyślać nad tym, czy tamta Pielęgniarka ma świadomość, jaki daje przykład studentom i czy zdaje sobie sprawę z wielkości niebezpieczeństwa i idących za tym konsekwencji. Zadałam sobie pytania odnośnie hierarchii wartości, przyjętych zasad, akceptacji regulaminu, kodeksu etyki – nie znalazłam odpowiedzi. Nie każda pracująca Pielęgniarka o tym wie, ale dla nas – studentów wchodzących na oddział to właśnie ona staje się autorytetem. To ona ma doświadczenie zawodowe i lata szlifowania swego wizerunku. Studenci chcą wprowadzać treści poznane na zajęciach w praktykę – to klucz do sukcesu. Jednak niezmiennie potrzebują autorytetów! Nasz wizerunek jest w naszych rękach, więc należy o niego dbać.

Zanik autorytetu jest równoznaczny ze zrujnowaniem podstaw świata... Jestem głęboko przekonana, że bycie czymś autorytetem jest wielką odpowiedzialnością. Jesteśmy Pielęgniarkami. Jesteśmy autorytetami. Powinnyśmy inspirować, stymulować zapał, wyobraźnię i intelekt. Powinnyśmy konstruktywnie wpływać na postępowanie studentów i koleżanek, mobilizując je do inicjatywy i podejmowania samodzielnych działań. Bezstronność, miłość, prostolinijność, inteligencja, mądrość – tak zdobywamy uznanie, prestiż i kredyt zaufania do profesjonalizmu. Czy jesteśmy świadome tego, jak wielki ciężar na nas spoczywa? Czy jesteśmy świadome tego, że każda nasza decyzja może stać się dla kogoś wzorem do naśladowania? Czy zdajemy sobie sprawę z tego, że zamiast oddziaływać wyzwalająco możemy działać ujarzmiająco? ■



Moje mocne strony...



W imieniu Redakcji proponuję Wam zrobienie krótkiego ćwiczenia, którego celem jest poznanie i przemyślenie swoich pozytywnych cech i ważnych, cenionych umiejętności. Nazywają się one „mocnymi stronami”. Dlaczego „mocne strony”? Otóż, przepełniony krytyką sposób wychowania dostarcza nam negatywnej wiedzy na nasz temat. Dlatego łatwiej jest wymienić swoje wady niż zalety. Dziś jest okazja, by zrobić coś zupełnie innego. Wystarczy znaleźć dla siebie 30 minut, w czasie których nikt i nic nie powinno Cię rozpraszać. Wcześniej należy przygotować sobie jakiś dobry napój lub ulubiony owoc, i usiąść wygodnie w fotelu z kartką papieru lub przed komputerem. Jeśli masz ochotę zapalić papierosa – trudno, przecież ma być przyjemnie, więc nie odmawiaj sobie tego. Zatem, usiądź wygodnie w fotelu, napisz nagłówek „Moje mocne

strony” i... zacznij pisać, co Ci myśl przyniesie na pióro lub klawiaturę. Wyłącz swojego Wewnętrznego Krytyka, który chętnie zabrałby głos w Twojej sprawie. Lecz dziś, to Ty jesteś najważniejsza/najważniejszy. Zapisz tylko pozytywne cechy i umiejętności, z których jesteś dumna/dumny. Zachowaj te notatki na później, by móc do nich powrócić, kiedy tylko zechcesz. Możesz je w każdej chwili uzupełnić. Pobądź tak ze sobą przez 30 minut i ciesz się ze swojego towarzystwa.

Jeśli chcesz, możesz teraz lub później przeczytać notatki o naszych mocnych stronach. Może będą dla Ciebie wskazówką, a może uśmiechniesz się przy którejś z nich.

Życzę powodzenia,
Wojciech Nyklewicz

Wojciech Nyklewicz

Od czasów szkoły średniej wielokrotnie ludzie mówią mi, że **potrafię uważnie słuchać**. Ale nie wiedzą, że wzięło się to z matczynego nakazu „masz być posłuszny”. Widocznie, zdaniem mojej Matki, w dzieciństwie byłem niezłym rozrabiaką. Nie lubiłem tego strofowania, ale pozostała po nim ceniona przeze mnie umiejętność.

Aby jak najszybciej uniezależnić się od rodzicielskiej władzy, w pierwsze wakacje w szkole podstawowej (po ukończeniu I klasy), na koloniach samodzielnie wyprałem sobie spodnie i odkryłem, że pranie własnych rzeczy daje mi poczucie decydowania o sobie. Za tym poszło prasowanie, które oprócz wolności, kojarzy mi się z przekształcaniem rzeczywistości z pogniecionej w gładką. Tak więc **lubie pracować** – teraz włączyć pralkę, która za mnie to robi – oraz **lubie prasować**.

Z niezależnością kojarzy mi się także taniec, który zawsze w jakiś sposób lubiłem. Lecz dopiero po zajęciach z Olgą Raut, która uczyła nas Flamenco (Zastosowanie tańca w terapii), uwolniłem się od wdrutowanych we mnie kulturowych zakazów i nakazów dotyczących tańca.

A był to rok 1997. Od wtedy **tańczę** zupełnie spontanicznie – w zasadzie samo się tańczy, tak jak „samo się grzmi i samo się błyska”. Jednocześnie, nie znoszę tańców paralnych, bo trudno w nich „rozwinąć skrzydła”. Po prostu, potrzebuję dużo przestrzeni. Dlatego tańczę z własnym Cieniem oraz czasami z Agnieszką, Aśką, Czarnulką, Milusze, Moniką i Tancerką – kobietami wewnątrznie wolnymi i kreatywnymi.

Moją mocną stroną jest **całkowita abstynencja od środków zmieniających świadomość**. W czwartej klasie szkoły średniej spróbowałem „smaku” tytoniu, ale nie przypadł mi do gustu, więc na jednej paczce papierosów skończyła się moja przygoda z paleniem. Nigdy też nie smakowały mi napoje alkoholowe, dlatego w 1994 r. postanowiłem, że nigdy więcej ich nie skosztuję. Przy okazji odkryłem, iż na trzeźwo bawię się znacznie lepiej niż na lekkim rauszu.

Cenię w sobie **niezależność**, bo w niej mogę być **kreatywny**, dzięki temu wchodzę na całość w proces tworzenia czegoś lub wykonywaniu jakiegoś zadania, aby po jego zakończeniu wyjść

z niego w całości. To następnie daje mi możliwość całkowitego zaangażowania się w nową rzecz, i tak dalej, i tak dalej...

Jestem **samoukiem języka czeskiego i słowackiego**. Dzięki ich znajomości mój świat powiększył się, a kontakty z moimi Przyjaciółmi w obu krajach dają mi wiele radości, a także przysparzają rzeczy dobrych. Poprzez wzajemne kontakty, nasze znajomości sięgają do Serbii i Ukrainy, a wszystko w oparciu o znajomość języków słowiańskich (nie rozmawiamy ze sobą po angielsku, bo zmienia to sens naszych intencji poprzez podwójne przetłumaczenie).

Mam jeszcze wiele innych mocnych stron, np. **biegłą znajomość obsługi komputera** czy gotowania wody na herbatę. Lecz najbardziej uniwersalną jest **umiejętność przekształcania w zalety tego, co inni nazywają wadami**. Wszystko zależy od tego, co, kto mówi i w jakim celu to robi. Czy przypadkiem nie po to, aby mną manipulować? Konstruktywną krytykę zaś przyjmuję z wdzięcznością.

Kasia Pawłowska

Człowiek tak rzadko myśli o mocnych stronach swojej osobowości. Zazwyczaj skupiamy się na swoich słabościach, z którymi walczymy każdego dnia. Jednak to nasze zalety mają największe wpływ na nasze życie. Dzięki nim odnosimy sukcesy i pozytywnie wpływamy na otoczenie.

Gdybym musiała wskazać moją mocną stronę wybrałabym cierpliwość i wytrwałość w dążeniu do celu, mimo wielu przeszkód, jakie spotykam na swojej drodze. Mój upór też z pewnością mi w tym pomaga.

Te wszystkie cechy charakteru pomagają ale najważniejszą rzeczą jest świadomość samej siebie. My pielęgniarki musimy wiedzieć, że wykonujemy zawód, który tak naprawdę jest wartością samą w sobie. Ta świadomość jest mocną stroną w mojej pracy zawodowej.

— Michał Bancerowski —

Moje mocne strony... to z pewnością upór oraz silny charakter – to z pewnością one w dużej mierze pozwoliły mi przetrwać 3 lata studiów medycznych, a w konsekwencji uzyskać upragniony tytuł licencjata pielęgniarstwa. Wierzę, iż pozwoli mi także szczęśliwie dotrzeć do tytułu...póki co, na dzień dzisiejszy – magistra pielęgniarstwa. A co dalej – pomyślimy...

Natomiast mój silny charakter doprowadził do największego jak do tej pory przełomu w moim życiu – zrzucenia w przeciągu sześciu miesięcy w roku 2011stym, czterdziestu kilogramów z przysłowiowej „wagi”. Ma on swój udział w tej przemianie po dzień dzisiejszy, nie pozwalając mi na dopuszczenie do słynnego i omawianego w pismach kobiecych „efektu jo - jo”.

Trzymanie przysłowiowych „nerwów na wodzy” też niejednokrotnie pozwoliło mi wyjść z niekomfortowych sytuacji. Więc opanowanie także pozwoli sobie wpisać na tę listę.

Do takowych zaliczyć również mogę dokładność, co z pewnością również ma swoje pozytywne przełożenie, zarówno na aspekty pielęgniarstwa, jak i prywatne życie (zwłaszcza przy robieniu świątecznych porządków. Ze szczególnym uwzględnieniem odkurzania dywanów rzecz jasna).

Łatwość nawiązywania kontaktów z ludźmi – umiejętność o znaczeniu uniwersalnym. Zjednała mi niejedną osobą, zarówno wśród pacjentów na praktykach, jak i znajomości z Kasią Trzpiel oraz poza „pielęgniarskim światem”

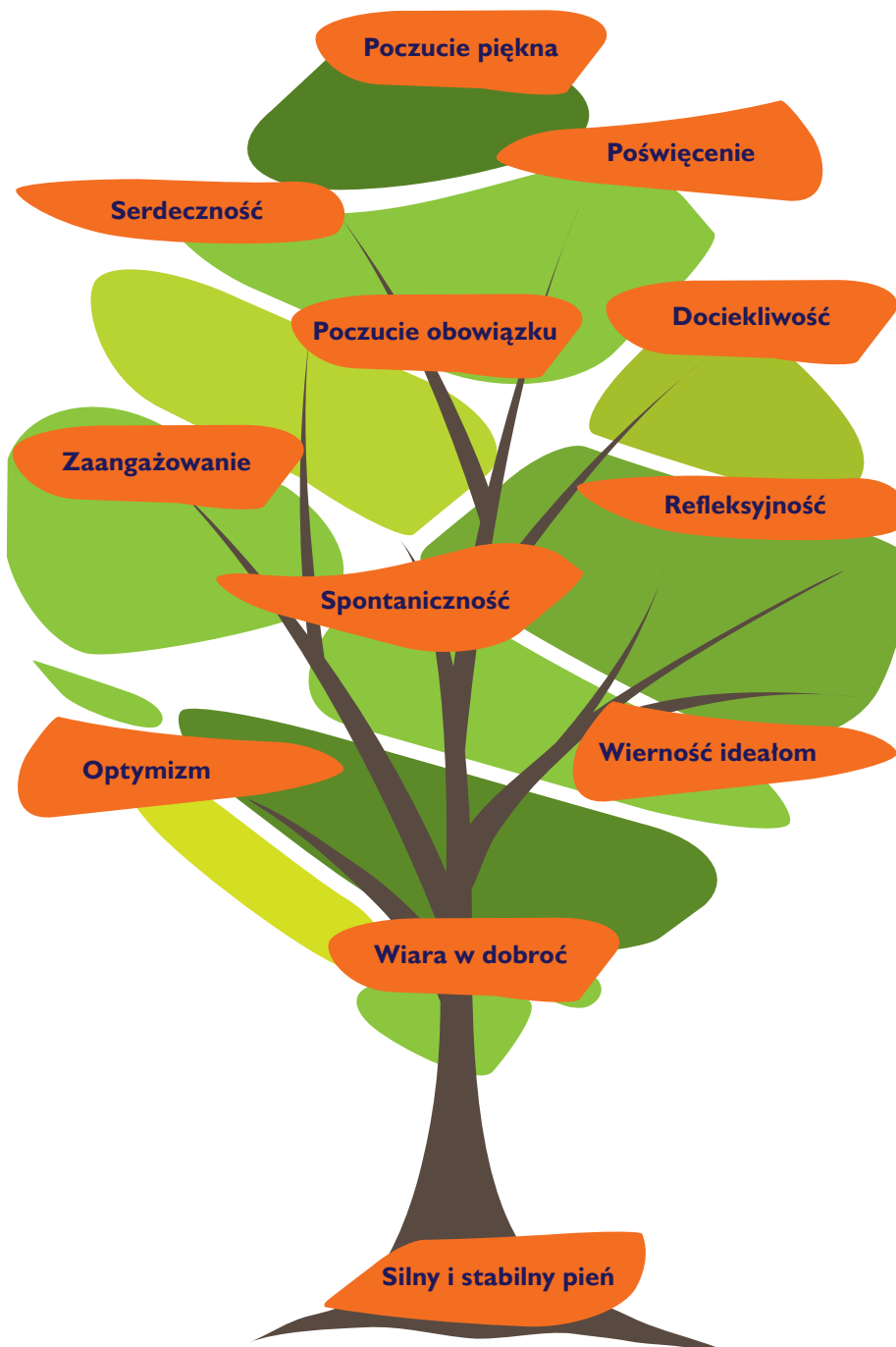
Za moją mocną stroną uważam także chęć do ciągłego samodoskonalenia się. Ciągłe odkrywanie czegoś nowego, poznawanie nowoczesnych metod pracy, zgodnie z zasadami Evidence Based Nursing Practice pozwala mi bezpiecznie i profesjonalnie sprawować opiekę medyczną nad pacjentem. To właśnie dzięki profesji pielęgniarza zrozumiałem jak istotne w naszym życiu jest tzw. kształcenie ustawiczne, czyli nauka przez całe życie.

Podsumowując moje mocne strony staram się wykorzystywać na co dzień, zarówno w swym życiu prywatnym, jak i zawodowym.

A co do słabości...to już temat na dłuższą wypowiedź... być może w kolejnym numerze „Sztuki Pielęgowania”.

— Agnieszka Herzig —

Moje silne strony. A te, które wraz z rozrastaniem się drzewa jeszcze dojdą będą mnie wzmacniać i wzbogacać.



— Ania Sykut —

W jednej z moich ulubionych książek, przeczytałam te oto słowa: „Cokolwiek będzie pan robił, będzie pan robił dobrze. W końcu odnajdzie pan właściwy wyraz i treść swego życia. To usprawiedliwi pańskie życie”. Szukamy w życiu słów, emocji, gestów, które zainspirują nas, zmotywują i nadadzą sens. Cytat z „Pasji Życia” Irvinga Stone stał się tymi słowami, które raz przeczytane zostały w mojej pamięci. Tematem rozważań są moje dobre

strony, których wymienić nie umiem. Nie wynika to z nieśmiałości, zamknięcia czy skromności ale z pragnienia aby każda wykonywana przeze mnie czynność, była odzwierciedleniem tego cytatu. Oczywiście, nie wszystko jest takie proste. Niekiedy będą potrzebne tygodnie, miesiące a zdarzy się sytuacja, że będzie potrzebna tylko minuta, aby dojść do wyznaczonego celu.

Katarzyna Trzpiel

Moje mocne strony? Jako kolejna osoba przekonuję się, jak trudno spać nimi jak z rękawa... Ale pomyślmy... dążenie do realizacji celów? Poszukiwanie własnego ja, również zawodowego.

Wytrwałość, wierność swoim ideałom, bycie w zgodzie ze sobą, bo to wpływa na bycie w zgodzie z innymi. Ale najważniejsze chyba, jest bycie na bieżąco z najważniejszymi sprawami, nie zostawianie

ich na później. Moi bliscy wiedzą, że są mi bliscy, nie odkładam powiedzenia najważniejszych rzeczy na kiedyś...

Beata Dobrowolska

Zaproponowany na styczeń temat Refleksji Redakcji uświadamia mi, że należę do tej grupy ludzi, którym łatwiej jest wskazać, nad czym powinni pracować i co doskonalić w swoim charakterze, aniżeli mówić o swoich mocnych stronach. Tym bardziej, że dosyć często to, co nam się wydaje zaletą, inni postrzegają jako słabość lub wręcz jako wadę.

Biorąc jednak pod uwagę krótki świąteczny sondaż wśród bliskich mi osób (☺)

dowiedziałam się, że do moich mocnych stron należy upór w dążeniu do celu. Chyba coś w tym jest, faktycznie nie jest łatwo mnie zrazić, jeśli uznaję jakąś ideę za wartą realizacji. Dość łatwo „zapalam się” do nowych projektów i zadań, a do tego umiem zarazić innych entuzjazmem w pracy nad ich urzeczywistnieniem. Cieszę się, kiedy mogę uczestniczyć w tworzeniu czegoś nowego, ważnego zarówno ze względów poznawczych, jak i praktycznych. Zapewne właśnie

dlatego biorę udział w wielu dość różnych aktywnościach. Pomaga mi w tym łatwość nawiązywania kontaktów interpersonalnych i otwartość na ludzi z bardzo różnych kultur i środowisk. Jednocześnie, jestem dość wymagającym partnerem i kiedy ktoś naruszy wartości ważne w relacjach międzyludzkich, trudno jest mi ponownie otworzyć się na taką osobę. To pewnie należy uznać za moją słabą stronę – wszak każdy zasługuje na drugą szansę... No, ale to już odrębny temat.

Klaudia Massalska

Szwajcarski psychiatra i psycholog Carl Gustav Jung powiedział kiedyś „W każdym z nas jest ktoś kogo nie znamy. Przemawia do nas w snach i tłumaczy, że widzi nas zupełnie inaczej, niż my – siebie.” Samoocena, zawsze była dla mnie czymś niezmiernie

trudnym. Dlatego w celu odkrycia, jakie mocne strony skrywa mój charakter, zapytałam co sądzą o tym moi przyjaciele. Padły różne odpowiedzi, najczęściej chyba jednak pojawiały się takie cechy jak: uczynność, pewność siebie i komunikatywność.

Rzeczywiście analizując swoje życie mogę powiedzieć, że pośród wielu cech, jakie można wymienić akurat te są moją mocną stroną. Pomagają mi w łatwym nawiązywaniu kontaktów z ludźmi, co jest bardzo istotne w zawodzie Pielęgniarki. ■



Szukasz pracy?



STAFF NURSE (Irlandia)

Staff Nurse In a quiet street off the main hussle of a large North County Cork town, there is a small Nursing Home striving to give their 36 residents a high quality of life and excellent clinical care. The Nursing home is part of a group...



PIELĘGNIARKA (Szwajcaria)

Z myślą o personelu pielęgniarskim z Polski, Szwajcarska firma Curaswiss w porozumieniu z FREI's Schulen AG i Wyższą Szkołą Medyczną w Lucernie (Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz – HFGZ) stworzyła kompleksowy program...



HEALTHCARE ASSISTANT (Wielka Brytania)

HCL Nursing, one of the UK's largest suppliers of healthcare workers are currently looking for General band 5 with an active NMC registration to work with one of our leading clients in Buckinghamshire with a variety of shift options...

...i wiele innych na www.MedPharmJobs.pl



Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa



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

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

...to nie tylko edukacja zawodowa. Pomimo nieustannych dążeń to nadania pielęgniarstwu trwałego charakteru zawodowego oraz wysokiej rangi, szkoła miała na celu również kształtowanie osobowości przyszłych pielęgniarek. Uczyła rzetelnej i wydajnej pracy. Wychowywała oraz kształtowała poglądy i przekonania o idei pielęgniarstwa. Co ciekawe, nikt nie mówił wówczas o powołaniu, ale o cechach, które mogą być rozwijane w trakcie kształcenia.

W 1918 roku Polska odzyskała niepodległość po 123 latach rozbiorów. W społeczeństwie wyzwoliło to działania rozwojowe na polu wszystkich dziedzin życia. Można było wówczas zauważyć również rażący brak personelu medycznego. Było to szczególnie trudne, gdyż po wojnie w całym kraju panowały epidemie takich chorób jak: dur brzuszny, plamisty, cholera, czerwonka i ospa. W związku z tym podjęto wszelkie starania, aby dostarczyć należytą opiekę zdrowotną i odpowiednie

kształcenia kadry medycznej. W tym czasie do Polski przybyła Misja Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, przywożąc nie tylko wsparcie materiale, ale również personalne w postaci lekarzy oraz pielęgniarek. Rozwojowi pielęgniarstwa w powojennej Polsce sprzyjała bardzo dobra praca absolwentek krakowskiej Szkoły Pielęgniarek Zawodowych Pań Ekonomek. Gdy do Kraju wrócili Ignacy i Helena Paderewscy oraz Henryk Sienkiewicz dostrzegli onizły stan opieki zdrowotnej w szpitalach oraz brak fachowo wykształconej kadry pielęgniarskiej. Do współpracy przy tworzeniu pierwszej w wolnej Polsce szkoły pielęgniarskiej zaprosili Dorotę Hughes. W organizację szkoły włączyły się również Amerykański Czerwony Krzyż, władze miasta Warszawy, Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego oraz Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Stanowisko pierwszej dyrektorki Szkoły powierzono amerykańskiej pielęgniarce Helen Bridge. Po przyjeździe do Polski w maju 1921 roku osobiście pilnowała ona remontu i wyposażenia budynków przy ul. Smolnej 6. Tymczasowe pomieszczenia dla szkoły stanowiły dwa pawilony szpitala PCK. Jednocześnie nawiązała kontakty z władzami polskimi oraz opracowała ramowy plan kształcenia i regulamin życia słuchaczek w internacie. H. Bridge podjęła również działania na rzecz popularyzacji w polskim społeczeństwie zawodu pielęgniarki. Przyjęcia do Szkoły odbywały się dwa razy w roku. Pierwsze 26 młodych kobiet rozpoczęło dwuletnią

naukę w nowopowstałej szkole już jesienią 1921 roku. Wymaganyymi warunkami przyjęcia były:

- Wiek w przedziale 18-35 lat,
- Świadectwo ukończenia co najmniej sześciu klas gimnazjum,
- Świadectwo lekarskie potwierdzające dobry stan zdrowia,
- Pisemna opinia charakteryzująca kandydatkę.

Po przyjęciu do Szkoły obowiązkowe było zamieszkanie w internacie, dlatego też najuboższym przyznawano stypendia. Początkowo szkoła opierała się na

Ciekawostka:

W 1920 roku w Stanach Zjednoczonych było zarejestrowanych 11 tys. dyplomowanych pielęgniarek. Szacowano wówczas, że zapotrzebowanie istnieje na około 50 tys. - co dawało średnio jedną pielęgniarkę na 2 tys. mieszkańców. Według takich przeliczeń w Polsce potrzebowano około 15 tys. pielęgniarek. Tymczasem Krakowska Szkoła (Szkoła Pielęgniarek Zawodowych Pań Ekonomek) wykształciła tylko 41 pielęgniarek.

amerykańskim programie nauczania przystosowanym do polskich realiów. Program kształcenia opracowany przez Dyrektorkę przewidywał 1/3 czasu na naukę teoretyczną oraz 2/3 na praktyczną. H. Bridge przygotowała również regulamin Szkoły oraz wiele zarządzeń wewnętrznych, do przestrzegania których słuchaczki były zobligowane. Jedną z zasad był obowiązek ciszy w sypialniach od godziny 21⁰⁰, natomiast o godzinie 22⁰⁰ światło było gaszone. Ponadto uczennice miały obowiązek powrotu do internatu przed godziną 22⁰⁰, tylko raz w tygodniu mogły wrócić do godziny 24⁰⁰. Regulamin dotyczył nie tylko życia w internacie. Ustalał również wytyczne porządkowe, zasady wakacji i urlopów, odpowiednie zachowanie oraz obowiązki słuchaczek na praktykach i wykładach.

Przez kilka lat starano się o wybudowanie własnego gmachu, który spełniałby wymagania lokalowe do prowadzenia tego typu placówki. Kosztem 160 tysięcy dolarów, w kwietniu 1929 roku przyszłe pielęgniarki rozpoczęły naukę w nowoczesnym, jak na owe czasy, gmachu przy ul. Koszykowej 78. Pieniądze na budowę szkoły ofiarowała Fundacja Rockefellera oraz Rząd Polski. Budynek zawierał sale wykładowe oraz ćwiczeniowe, zaplecze naukowe, pomieszczenia administracyjne i internat dla 150 uczennic. Słuchaczki odbywały praktyki zawodowe w szpitalach, w ubezpieczalni oraz w domach chorych.

Istotnym wydarzeniem w życiu szkoły było przejście stanowiska dyrektorki przez Zofię Szlenkierówną, która pełniła tę funkcję do 1936 roku. Była ona uczennicą angielskich i francuskich szkół pielęgniarstwa Florence Nightingale, co niewątpliwie wpływało na wysoki poziom nauczania oraz wymagań wobec uczennic. Z. Szlenkierówna była też założycielką szpitala dziecięcego im. Karola i Marii w Warszawie, który w tamtych czasach był jednym z najnowocześniejszych szpitali w Europie. Pod koniec 1936 roku przekazała prowadzenie Szkoły w ręce Jadwigi Romanowskiej – absolwentki pierwszego kursu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej.

Wybuch II wojny światowej stał się dla szkoły trudnym okresem – początkowo budynek mieścił szpital dla rannych. Dzięki Jadwidze Romanowskiej Szkoła, pomimo niewoli niemieckiej, przetrwała całą okupację. Niestety, nowe władze ludowe nie zezwoliły na ponowne jej uruchomienie. Zajęły budynki na potrzeby szpitala wojskowego i nigdy ich nie oddały. W 1945 roku Szkoła wznowiła swoją działalność przy Akademii Medycznej w Gdańsku, a absolwentki nadal otrzymywały



Słuchaczki I-ego Kursu. Źródło: strona www.wmp.org.pl

dypłom Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej.

Pielęgniarki, które kształciły się w WSP, założyły Koło Absolwentek, które następnie przyczyniło się do powstania Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych (1925 rok). W późniejszych latach Koło to nieustannie działało na rzecz przekazywania doświadczeń przyszłym pokoleniom pielęgniarek. Zaszczepiona w ich osobowości idea pielęgniarstwa oparta na podstawach Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej stanowiła podbudowę ich pracy oraz edukacji kolejnych pokoleń pielęgniarek. W 1979 roku, po wielu latach przerwy, Koło Absolwentek wznowiło swoją działalność. Pozwoliło to na spotkania po latach oraz wspólne zebranie materiałów to napisania książki...

„Z potrzeby serca i szacunku do własnej przeszłości zawodowej pisały tę książkę – w latach 1984 – 1989 – przechodząc w smugę cienia” [3]

Absolwentki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej

W październiku 1991 roku ukazuje się pierwsza część książki pt. „Pochylone nad człowiekiem” napisana przez absolwentki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej. W późniejszym okresie ukazuje się część druga zawierająca wspomnienia i biografie absolwentek. Publikacja ta jest cennym źródłem opisującym historię Szkoły w latach 1921-1944, metody kształcenia i wychowania słuchaczek. Szkoła opierała swoje funkcjonowanie na czterech zasadach: Wiedza, Wiara, Służba, Ojczyzna, które

wyryte były na broszkach przypiętych do mundurów uczennic. Miały przypominać o ich postawie moralnej oraz obowiązkach. Ponadto słowa te były odzwierciedleniem idei, jakie przyświecały założycielkom Szkoły. Dzięki nim WSP osiągnęła tak ogromny sukces.

Ze wspomnień absolwentek Szkoły:

(...) to była szkoła Życia, przygotowała nas fizycznie i psychicznie do zawodu. Wyrobiła w nas cierpliwość na cierpienia, odpowiedzialność za własną pracę, sumiennosc, obowiązkowość, życzliwość, które to cechy zostały nam na całe życie (...).

(...) Szkoła potrafiła ukazać pracę pielęgniarki w całokształcie wartości społecznych i rozbudzać chęć służenia ludziom. Słuchaczki, które nie zrezygnowały po okresie próbnym, stały się patriotkami Szkoły i jej idei. Absolwentki sprawdzały się w pracy na różnych szczeblach jako oddane sprawom ludzkim (...). ■

Źródło:

1. Górajek – Jóźwik J., Kalendarium Pielęgniarskiego, OVO, Warszawa 1998.
2. Maksymowicz A., Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym, PZWL, Warszawa 1977.
3. Jezierska M.B., Jabłkowska-Sochańska A., Iżycka-Kowalska A. i współ. (red.). Pochylone nad człowiekiem. Z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej 1921-1945. Stowarzyszenie Redaktorów. Część I, II. Warszawa 1994.
4. Poznańska S., Pielęgniarskość wczoraj i dziś, Warszawa 1968.
5. Wirtualne Muzeum Pielęgniarskiego <http://www.wmp.org.pl>

Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego

Nie ma jutra bez dzisiaj.

Dzisiejszy dzień jutro będzie dniem wczorajszym.

A ten to już historia.

Znajomość własnych korzeni daje poczucie przynależności, więzi, dumy, poczucie tożsamości zawodowej.

Inspiruje i dodaje sił do pracy na rzecz rozwoju profesji.

Krystyna Wolska-Lipiec

Dorota Jacyna
Oddział Mazowiecki PTP
Członek GKH

Szanowni Państwo,

z ogromną przyjemnością i dumą przypominam, iż minął już rok od uruchomienia Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego (WMPP) <http://www.wmpp.org.pl/>.

Dzięki projektowi zrealizowanemu przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, pod przewodnictwem mgr Krystyny Wolskiej – Lipiec i zespół Głównej Komisji Historycznej przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, możemy w wirtualnym świecie spotkać się z naszymi wybitnymi koleżankami, które tworzyły dzieje zawodu.

Historia odgrywa ważną rolę w życiu każdego człowieka, również każdy zawód ma własne korzenie, a zawód pielęgniarki /pielęgniarza odróżnia od innych zawodów jego specyficzny charakter. Możemy się o tym przekonać wędrując po kolejnych działach WMPP. Muzeum ma na celu utrwalenie pamięci, wdzięczności dla Kobiet, które w Polsce tworzyły pielęgniarstwo. Jest równocześnie odpowiedzią na zapotrzebowanie środowiska na wiedzę o historii pielęgniarstwa.

Z przyjemnością informuję, że WMPP, po roku swojej działalności cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem i to nie tylko w kraju. Nawiazaliśmy nowe, ważne kontakty z osobami z Anglii, Izraela. Naszą stroną odwiedzają również pielęgniarki i pielęgniarze z Czech i Słowacji.

Utworzyliśmy również profil na Facebooku, który pomaga nam w promowaniu WMPP <http://www.facebook.com/MuzeumPielęgniarstwaPolskiego>, dziękuję wszystkim fanom profilu, że są z nami.

Dokumentujemy historię pielęgniarstwa

W pozólkłych kartkach, listach, fotografiach, sprzętach i narzędziach w szufladach, na strychach, w piwnicach – zakłętę są ludzkie losy. Odkrywaj je razem z nami. Dzięki Wam uzupełniamy nasze zbiory, można kontaktować się z nami pisząc na adres: historycznaptp@gmail.com.

Za wszystkie słowa uznania i krytyki serdecznie dziękujemy i czekamy na kolejne Wasze uwagi i sugestie. Centralne Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego im. Barbary Purtak Warszawa 01-842, Al. Reymonta 8/12, tel. 22 398 18 72 ■

Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego

www.wmpp.org.pl

Szanowni Państwo,

Główna Komisja Historyczna działająca przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego zaprasza Państwa do wędrowki po Wirtualnym Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego.

Muzeum jest próbą przedstawienia naszego dziedzictwa, pamięci i wdzięczności za dokonania naszych poprzedniczek oraz wyzwaniem dla następnych pokoleń pielęgniarek i pielęgniarzy. Zachęcamy do poznawania historii. Znajomość swoich korzeni daje poczucie tożsamości zawodowej, przynależności, więzi i dumy. Inspiruje i dodaje sił do pracy na rzecz rozwoju profesji.

Przedstawione dokumenty w obecnej fazie tworzenia Muzeum stanowią zaledwie część dostępnych zbiorów. Mamy nadzieję na możliwość kontynuacji tego przedsięwzięcia. Jesteśmy przekonani, że w wielu domach w szufladach i zakamarkach w pozólkłych papierach i przedmiotach tkwią zakłętę losy ludzi związanych z pielęgniarstwem. Liczymy na Państwa współpracę.

Projekt przygotowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie we współpracy z Fundacją Rozwoju Pielęgniarstwa, współfinansowany ze środków otrzymanych w ramach Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

Zapraszamy!

*Nie ma jutra bez dzisiaj.
Dzisiejszy dzień jutro będzie dniem wczorajszym. A ten to już historia.
Znajomość własnych korzeni daje poczucie przynależności, więzi, dumy,
poczucie tożsamości zawodowej.
Inspiruje i dodaje sił do pracy na rzecz rozwoju profesji.*

Krystyna Wolska-Lipiec

Zarząd Główny PTP
00-842 Warszawa, Al. Reymonta 8 lok. 12,
tel. 22 398 18 72, fax. 22 398 18 51
zgptp@gmail.com, biuroptp@gmail.com
www.ptp.na1.pl

FIO
Fundacja Inicjatyw Obywatelskich



Sprawdź się, odpowiedz na pytania

1. **Dobry list motywacyjny**
 - a. Powinien posiadać odpowiednią formę i indywidualny wydźwięk.
 - b. Dopuszcza używania skrótów i zwrotów potocznych.
 - c. Powinien zawierać wszystkie szczegóły bez względu na miejsce gdzie aplikujemy.
 - d. Napisany jest sztywno według ogólnie przyjętego szablonu.
2. **Maksymalna objętość listu motywacyjnego nie powinna przekraczać:**
 - a. Jednej strony formatu A4
 - b. Dwoch stron formatu A4
 - c. Trzech stron formatu A4
 - d. Czterech stron formatu A4
3. **Rola pielęgniarki w teleustługach istnieje od:**
 - a. Ponad roku.
 - b. Ponad 5 lat.
 - c. Ponad 38 lat.
 - d. Ponad 53 lat.
4. **Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa powstała w:**
 - a. 1728 roku.
 - b. 1860 roku.
 - c. 1921 roku.
 - d. 1976 roku.
5. **Pierwszą dyrektorką Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa była:**
 - a. Helena Paderewska.
 - b. Helen Bridge.
 - c. Jadwiga Romanowska.
 - d. Zofia Szlenkierówna.
6. **Większość chirurgów zaleca pacjentom po wymianie stawu biodrowego powrót do życia intymnego po około:**
 - a. Miesiącu.
 - b. 1-3 miesięcy.
 - c. Pół roku.
 - d. Roku.
7. **Kalendarz gregoriański wprowadzony został w:**
 - a. 1282 roku.
 - b. 1382 roku.
 - c. 1482 roku.
 - d. 1582 roku.
8. **Telepielęgniarstwo powoduje:**
 - a. Zwiększenie liczby wizyt domowych.
 - b. Zwiększenie bezpośredniego kontaktu chorego z personelem medycznym.
 - c. Zwiększa efektywność pracy personelu.
 - d. Nasila problem niedoboru personelu.
9. **Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego założone zostało przez:**
 - a. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
 - b. Warszawską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych
 - c. Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych
 - d. Fundację Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego
10. **Niestety nie uniknęliśmy błędów w pierwszych wydaniach Sztuki Pielęgowania. Znajdź jak najwięcej naszych potknięć i przyślij do redakcji na adres: info@sztukapielęgowania.pl. Osobę, która przyśle ich najwięcej zaprosimy na konferencję „Problemy współczesnego pielęgniarstwa”.**

Zapowiedzi Luty 2013



Rozwój zawodowy – rozmowa kwalifikacyjna

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?



Historia pediatrii

Czy wiesz, że nowożytna pediatria powstała w XIX wieku, gdyż dopiero wtedy zaczęły powstawać warunki społeczno-etyczne umożliwiające jej rozwój. Za symboliczną datę uważa się rok 1802, w którym dzieci, dotąd leczone wspólnie z dorosłymi w szpitalu Hotel Dieu w Paryżu zostały przeniesione do osobnego szpitala- Maison de l'Enfant Jesus. Na ziemiach polskich pierwszym szpitalem był szpital Św. Zofii we Lwowie otwarty w 1845 r., jako 16 w Europie.

Historia zawodu

Kontynuując temat z numeru 1.2013, skupimy się na programie kształcenia w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa. Jak bardzo różnił się od współczesnego oraz na jakie umiejętności pielęgniarskie kładziono nacisk.

Praca za granicą

W drugiej części odwiedzimy kolejne kraje i zobaczymy, jak radzą sobie w nich polskie pielęgniarki i pielęgniarze. Tym razem zapraszamy m.in. do Niemiec i Irlandii.

Pacjent dorosły z ostrą niewydolnością oddechową leczony metodą ECMO

Rozwój intensywnej terapii niesie ze sobą potrzebę doskonalenia sposobów wentylacji mechanicznej pacjentów. Pomimo wprowadzania do użytku coraz bardziej zaawansowanych respiratorów, żaden z nich nie był w stanie naprawić uszkodzonych przez chorobę płuc. W bardzo ciężkich przypadkach, gdy optymalizacja konwencjonalnych metod nie przynosiła dalszej poprawy, rozpoczęto poszukiwania alternatywnych metod utlenowania krwi, pozwalającymi pominąć uszkodzone płuca.



Stanowiska i opinie

- 10 Ekspozycja zawodowa
- 11 Deklaracja poparcia Dyrektywy 2010/32/EU

Praktyka zawodowa

- 12 Dziecko na bloku operacyjnym. Rola pielęgniarki anestezjologicznej
Joanna Goniak
- 16 Protezoplastyka stawu biodrowego metodą BHR
Barbara Aniołkowska, Dorota Kasprzak
- 18 Bezbledne leczenie krwią
Katarzyna Trzpiel
- 20 Przyczyny powstawania odleżyn
Elżbieta Krupińska

Pielęgniarstwo transkulturowe

- 22 Transkulturowe pielęgowanie
Agnieszka Herzig
- 24 Konferencje w Polsce w Czechach i na Słowacji – jak w nich uczestniczyć. Bariery do polskiej konferencji pielęgniarskich
Wojciech Nyklewicz

RR czyli Refleksje Redakcji

- 26 Dlaczego pielęgniarstwo
- 27 Motywy wyboru zawodu
Elżbieta Krupińska

ABC pielęgowania

- 29 Poznaj swojego pacjenta
Katarzyna Trzpiel

Historia zawodu

- 30 Pielęgniarstwo przednowoczesne
Lena Kozłowska, Katarzyna Pawłowska



Praktyka zawodowa

- 10 Protezoplastyka stawu biodrowego metodą BHR, cz. 2
Barbara Aniołkowska, Dorota Kasprzak
- 11 Błędy przedlaboratoryjne – diagnostyka krwi i moczu
Lena Kozłowska
- 13 Zespoły szybkiego reagowania
Barbara Rogosz
- 14 Obecność rodziny pacjenta przy resuscytacji
Natalia Sak
- 16 Kompresjoterapia - leczenie uciskiem - *Aneta Bronka*
- 18 Zapobieganie odleżynom
Elżbieta Krupińska
- 20 Zespół krótkiej kończyny leczony metodą Ilizarowa
Karina Kubicka

Blżej pacjenta

- 22 Długa droga do zdrowia. Wspomnienia Magdy i jej mamy

Pielęgniarstwo transkulturowe

- 24 Bezbarierowy dostęp do słowackich konferencji pielęgniarskich
Wojciech Nyklewicz

RR czyli Refleksje Redakcji

- 26 Co dla mnie oznacza „Sztuka pielęgowania”

Historia zawodu

- 28 Myśli kilka o Florence Nightingale - *Lena Kozłowska, Katarzyna Pawłowska*

ABC pielęgowania

- 30 Obserwuj swojego pacjenta
Katarzyna Trzpiel

Dokumentacja i skale

- 31 Karta gorączkowa
- 32 Skale do oceny ryzyka powstawania odleżyn



Praktyka zawodowa

- 9 Błędy przedlaboratoryjne (cz. 2) - *Lena Kozłowska*
- 10 Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu kapoplastyki - *Barbara Aniołkowska, Dorota Kasprzak*
- 12 Ocena i leczenie odleżyn
Elżbieta Krupińska
- 14 Choroba Alzheimer - opieka nad pacjentem
Katarzyna Szpurtacz
- 16 Śmierć to nasza wspólna sprawa - *Wojciech Nyklewicz*
- 18 Empatia kluczem zrozumienia potrzeb pacjenta umierającego - *Agnieszka Górecka*
- 20 Moralny aspekt rezygnacji z uporczywej terapii
Kamila Kupisz

Pamiętnik

- 21 Pamiętnik studentek pielęgniarskiego - *Klaudia Massalska, Anna Sykut*

RR czyli Refleksje Redakcji

- 22 Co będziesz robić po swojej śmierci, jakie masz plany?
- 23 Outside the box...
- 24 Pożegnanie

Praktyka zawodowa

- 25 Wprowadzenie do opieki paliatywnej - *Lena Kozłowska, Katarzyna Pawłowska*

Historia zawodu

- 26 Wyjątki z życia Cicely Saunders - *Lena Kozłowska, Katarzyna Pawłowska*

Pielęgniarstwo transkulturowe

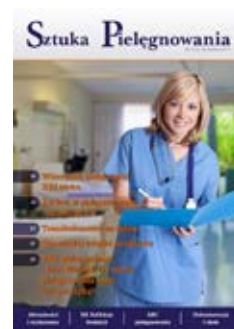
- 27 Czasoprzestrzeń słowackich konferencji pielęgniarskich
Wojciech Nyklewicz

ABC pielęgowania

- 29 Pielęgniarka i dokumentacja - *Katarzyna Trzpiel*

Dokumentacja i skale

- 30 Drabina analityczna



Rozwój zawodowy

- 10 Wizerunek Pielęgniarki XXI w.
- 12 Jak napisać CV?
- Adriana Dmitriew
- 14 Pielęgniarka Roku
Dorota Jacyna

Praktyka zawodowa

- 16 Zapobieganie zakażeniom szpitalnym - *mgr Beata Ochocka*
- 18 Choroba Alzheimer - opieka nad pacjentem (cz. 2)
Katarzyna Szpurtacz
- 20 Postrzeganie hospicjum przez społeczeństwo

Pielęgniarstwo transkulturowe

- 22 Komunikacyjne aspekty światowej wielokulturowości w pielęgowaniu człowieka - *Wojciech Nyklewicz*

Pamiętnik

- 24 Pielęgniarstwo! To jest mój świadomy wybór
- 25 Nie oceniam książki po okładce
Klaudia Massalska, Anna Sykut

RR czyli Refleksje Redakcji

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

ABC pielęgowania

- 28 Filozofia humanistycznej troskliwości J. Watson po prostu ludzka teoria pielęgniarskiego (cz. 1)
Beata Dobrowolska

Historia zawodu

- 30 Czerwony Krzyż - *Lena Kozłowska, Katarzyna Pawłowska*

Dokumentacja i skale

- 31 Podstawowe zabiegi ratujące życie - BLS

Kalendarz

- 33 Kalendarz na 2013 rok