

Sztuka Pielęgnowania

Nr 3 (7) Marzec 2013
ISSN 2299-8136

- 
- 12 **Rozwój zawodowy**
 - 14 **Praca za granicą, cz. 3**
 - 18 **Praktyka zawodowa**
 - 28 **Historia zawodu**
 - 30 **ABC Pielęgnowania**

Aktualności
i wydarzenia

RR Refleksje
Redakcji

Pamiętnik
studentek

Praktyka
zawodowa

Warsztaty

Komunikacja i asertywność w zawodzie pielęgniarki.

Warszawa, 12 kwietnia 2013

Jakie problemy napotykamy w związku z porozumiewaniem się z innymi ludźmi? Dlaczego komunikacja w zawodzie pielęgniarki jest tak ważna? Jak poprawić jakość naszego porozumiewania się? Odpowiedzi na te pytania poznasz podczas naszych kwietniowych 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.

Do kogo adresowane jest szkolenie?

- Do pielęgniarek i położnych, w tym także zarządzających.

Co osiągniesz dzięki udziałowi w szkoleniu?

- Rozpoznasz problemy, bariery i błędy w skutecznym porozumiewaniu się;
- Poznasz efektywne modele skutecznej komunikacji;
- Rozwiniesz w sobie umiejętność prowadzenia rozmów w bardzo interesujący sposób;
- Nauczysz się otwarcie i asertywnie wyrażać własne zdanie i mówić o swoich uczuciach;
- Będziesz potrafił asertywnie odmówić;
- Zdobędziesz umiejętności zarówno wyrażania uznania, jak i przyjmowania komplementów;
- Nauczysz się konstruktywnie przekazywać i odbierać krytykę;
- Zaczyniesz aktywnie słuchać i wzbudzasz w sobie duże pokłady empatii;
- Pokonasz lęk przed wypowiedzianiem się na forum (a nawet to polubisz);
- Już zawsze będziesz świadom swoich praw, dzięki czemu wzrośnie Twoja pewność siebie;
- Zdobytą wiedzę i umiejętności zaowocują zarówno w Twoim życiu osobistym, jak i w codziennej pracy, poprawiając jakość Twoich rozmów z pacjentami i ich rodzinami, współpracownikami oraz kierownictwem.

Szczegóły na: sztukapielegnowania.pl

Warsztaty dla położnych

Pozycje wertykalne - poród aktywny

Warszawa, 25-26.05.2013 r.

Celem szkolenia jest przygotowanie położnych do stosowania nowych standardów wprowadzonych w opiece okołoporodowej i praktyczne przygotowanie do prowadzenia porodu fizjologicznego aktywnie wspierającego kobietę.

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 patologiczowania 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 niezmodyfikowane spojrzenie na poród.

Szczegóły na: sztukapielegnowania.pl

XVI Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych Wisła, 13-16.04.2013

Sobota 13.04.2013

18.00 Otwarcie XVI Zjazdu PSPE

Niedziela 14.04.2013

- | | |
|-------------|--|
| 11.00-14.00 | Walne Zgromadzenie Członków PSPE |
| 15.30-16.10 | Wykład inauguracyjny |
| 16.10-17.00 | I Sesja – Stop zakażeniom w zakresie wdrażania Dyrektywy UE 32/2010 w naszym kraju |
| 17.15-18.00 | II Sesja – Prewencja zakażeń a zdarzenia medyczne w podmiotach leczniczych |

Poniedziałek 15.04.2013

- | | |
|-------------|--|
| 9.00-11.00 | III Sesja – 15 – lecie PSPE |
| 11.15-13.00 | IV Sesja – Program higieny rąk WHO w pracy szpitalnych zespołów kontroli zakażeń szpitalnych |
| 15.15-16.45 | V Sesja – Dekontaminacja w świetle nowych norm unijnych |
| 17.00-18.00 | VI Sesja – Standardy zapobiegania zakażeniom szpitalnym w podmiotach leczniczych |

Wtorek 16.04.2013

- | | |
|-------------|--|
| 9.00-11.00 | VII Sesja – Zakażenia w Chirurgii i Transplantologii |
| 11.15-12.45 | VIII Sesja – Zakażenia w Neonatologii i Pediatrii |
| 12.45-13.00 | Zakończenie Zjazdu |

Szczegóły na: sztukapielegnowania.pl

Sztuka Pielęgowania

WYDAWNICTWO

Wydawnictwo

Sztuka Pielęgowania

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

Redakcja

Katarzyna Trzpieł

Współpraca

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

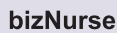
Korekta

Paulina Bator

Skład

GrantProjekt Studio Grafiki

Partnerzy:



Od redakcji

Zespół Redakcji Sztuki Pielęgowania rozpoczyna marzec wielkim wydarzeniem, konferencją „Problemy współczesnego pielęgniarstwa” organizowaną wspólnie z Zakładem Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM. Konferencja to inicjatywa wielu osób, mająca na celu aktualizację wiedzy i poszerzenie horyzontów. Tytuł konferencji jest nieprzypadkowy. Ciekawi byliśmy, jakie tematy proponują nam tematy proponują nam wykładowcy. Czym dla nich są „problemy” pielęgniarstwa. Ostateczne propozycje tematów są bardzo urozmaicone i mamy nadzieję, że każdy znajdzie coś dla siebie. Relację z konferencji zamieścimy w kwietniowym numerze, razem ze streszczeniami wygłoszonych prac.

W tym miesiącu wywiadem z Panią Magdaleną Kowalską „Tajniki rozmowy kwalifikacyjnej” kończymy cykl dotyczący poszukiwania pracy. Żegnamy się również z Pracą za granicą. W trzeciej, ostatniej części – korespondencja prosto z Irlandii, zawierająca informacje o możliwościach pracy dla pielęgniarek w tym kraju, a także wspomnienia z pracy w Belfaście i Londynie.

W Praktyce zawodowej „Planowanie pozytywnego kresu życia i dobrej śmierci – prewencja wypalenia zawodowego”, a także „Uniwersytet trzeciego wieku jako instytucja przeciwdziałająca marginalizacji osób starszych”. W celu ułatwienia i zwiększenia efektywności codziennej pracy zawodowej proponujemy „Klasyfikację praktyki pielęgniarstwa NANDA i ICNP”. Ponadto, pasjonatów turystyki górskiej i nie tylko zapraszamy do lektury artykułu „Patofizjologia choroby wysokościowej”.

Kontynuujemy nasze stałe działy, w Historii zawodu dowiemy się dlaczego Zofia Szlenkierówna nazywana jest polską Florencją Nightingale. W Refleksjach Redakcji – wspominamy nasze szkoły, a studentki w pamiętniku jeden z dyżurów. Postanowiliśmy, że w artykule ABC pielęgnowania głos oddajemy pacjentom – są przecież naszymi partnerami w pracy.

Życzymy miłego spędzonego czasu podczas lektury Sztuki Pielęgowania oraz gorąco zapraszamy do kolejnego, siódmego już numeru Sztuki Pielęgowania.

Redakcja

*Zdrowych, radosnych
i spokojnych Świąt
Wielkanocnych
oraz pomysłowości
w życiu osobistym
i zawodowym, życzy*

Redakcja

Informacja o prenumeracie i newsletterze

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

Również na stronie możliwość zamówienia newslettera Sztuki Pielęgowania.



Spis treści



Aktualności

6

Rozporządzenie w sprawie postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii



Wydarzenia

7

Wydarzenia



Rozwój zawodowy

14

Praca za granicą



Praktyka zawodowa

20

Uniwersytet 3 wieku

- 6 Aktualności
- 9 Nadchodzące wydarzenia
- 10 Relacje

Rozwój zawodowy

- 12 Tajniki rozmowy kwalifikacyjnej
Wywiad z Magdaleną Kowalską
- 14 Praca za granicą

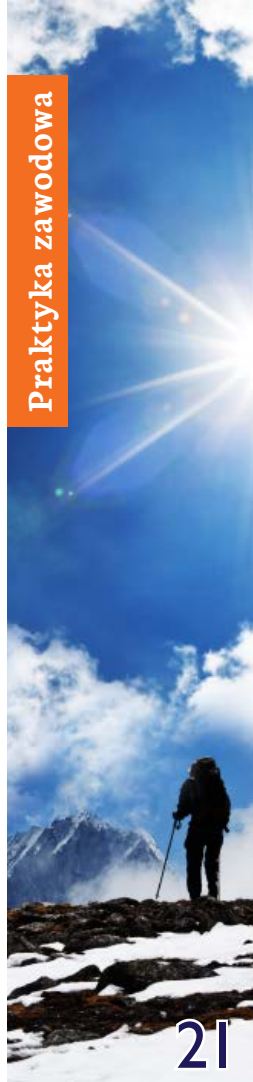
Praktyka zawodowa

- 18 Planowanie pozytywnego kresu życia i dobrej śmierci prewencja wypalenia zawodowego

- 20 Uniwersytet trzeciego wieku jako instytucja przeciwdziałająca marginalizacji osób starszych
- 21 Patofizjologia choroby wysokościowej
- 22 Klasyfikacje praktyki pielęgniarstwa

RR czyli Refleksje Redakcji

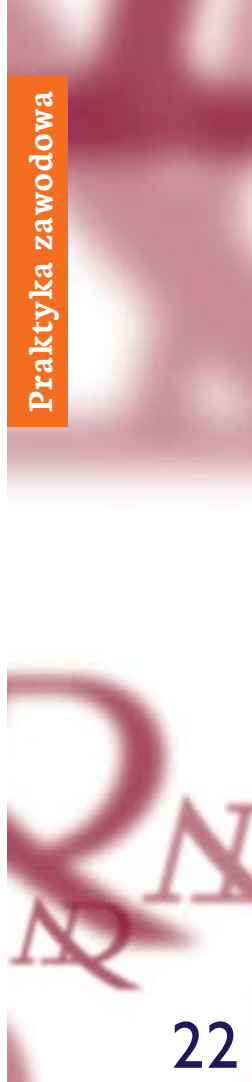
- 24 Moja szkoła we wspomnieniach



Praktyka zawodowa

21

Patofizjologia
choroby wyso-
kościowej



Praktyka zawodowa

22

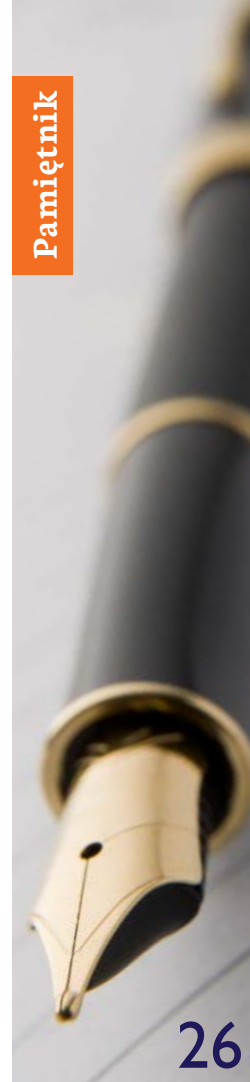
Klasyfikacje
praktyki
pielęgniarskiej



Refleksje Redakcji

24

Moja szkoła
we wspomnie-
niach



Pamiętnik

26

Pamiętnik



Historia zawodu

28

Zofia
Szlenkierówna
– polska
Nightingale

Pamiętnik

26 Pamiętnik

Historia zawodu

28 Zofia Szlenkierówna
– polska Nightingale

ABC Pielęgowania

30 Słuchaj swojego pacjenta

Sprawdź się / Zapowiedzi

31 Sprawdź się

31 Zapowiedzi Kwiecień 2013



Informacja o prenumeracie i newsletterze

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

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



mgr Elżbieta Krupińska
Pielęgniarka anestezjologiczna

Pielęgniarka anestezjologiczna to pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Powyższe kwalifikacje od 1 stycznia 2017 r. będą wymagane od wszystkich pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Kwalifikacje powyższe predysponują także do zatrudnienia na wydzielonych na innych oddziałach salach intensywnego nadzoru np. kardiologicznego oraz w Systemie Ratownictwa Medycznego.

Celem kursu kwalifikacyjnego jest przygotowanie pielęgniarki do pełnienia funkcji zawodowych pielęgniarki anestezjologicznej i intensywnej opieki, natomiast celem szkolenia specjalizacyjnego – przygotowanie pielęgniarki do prowadzenia, koordynowania, nadzorowania, pielęgnowania chorych znieczulanych i w stanie zagrożenia życia, zgodnie z najnowocześniejszymi metodami i technikami działań pielęgniarstkich oraz uzyskanie tytułu specjalisty. Każde z tych szkoleń szeregowało na zdobycie wiedzy i uzyskanie szeregu umiejętności. Co jednak z prawem do podejmowania działań samodzielnych?

Pielęgniarka anestezjologiczna (po kursie kwalifikacyjnym) ma prawo bez zlecenia lekarza wykonać gazometrię i kapnometrię oraz ocenić stan świadomości chorego, natomiast specjalistka w tej dziedzinie dodatkowo może ocenić poziom znieczulenia pacjenta, wykonać relaksometrię i intubację dotchawiczą w sytuacjach nagłych. Wszystko w ramach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Przy zatrudnieniu na stanowisku pielęgniarki systemu uprawnień są szersze. Nie zmienia to faktu, że mimo nowych kwalifikacji, kompetencje

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii podmiotów wykonujących działalność medyczną

w praktyce pozostają prawie niezmienione.

Funkcjonowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Nakłada ono na pielęgniarki obowiązek posiadania kwalifikacji pielęgniarki anestezjologicznej (okres przejściowy do 31 grudnia 2016 r.). Pre-cyzuje także kwalifikacje pielęgniarki oddziałowej nakładając na osoby pełniące tę funkcję obowiązek uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (okres przejściowy do 31 grudnia 2018 r.). Z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wynika, że w bieżącym roku rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w przedmiotowym zakresie ogłosiły już 24 ośrodki szkoleniowe. Wiele zapewne pielęgniarek będzie stawiało przed dylematem: podjąć kształcenie (za własne niejednokrotne pieniądze) czy za niedługi czas zmienić miejsce pracy. Warto więc prześledzić zasady funkcjonowania oddziału. Ponieważ wspomniane Rozporządzenie szeroko określa zadania lekarzy, przytoczę najważniejsze z nich. Nie dlatego, aby zajmować się tą grupą zawodową, ale dlatego, aby pielęgniarki były świadome niektórych zapisów.

Przed zabiegiem operacyjnym lekarz anestezjolog dokonuje kwalifikacji pacjenta do znieczulenia, wypełnia przy tym kartę konsultacji anestezjologicznej uzyskując zgodę chorego na proponowane znieczulenie. Przed przystąpieniem do zabiegu lekarz jest zobowiązany sprawdzić stanowisko znieczulenia, skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych, sprzętu monitorującego, skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, strzykawek z lekami oraz dokonać identyfikacji pacjenta. Oznacza to, że zdarzające się sceny obwiniania pielęgniarek np. za nieszczelność aparatu, za niesprawny laryngoskop itp.

nie mogą mieć miejsca. W czasie znieczulenia lekarz znajduje się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia, wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniając jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, wartości parametrów życiowych i ewentualne powikłania. W sytuacji wyjątkowej lekarz może opuścić znieczulanego pacjenta np. w celu resuscytacji innego chorego, ale tylko wtedy, kiedy uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia, co oznacza, że ciągle odpowiada za bezpieczeństwo tego chorego. Wówczas z pacjentem pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna. Transport pacjenta z sali operacyjnej odbywa się również pod nadzorem lekarza. W czasie znieczulenia z anestezjologiem, który może jednocześnie znieczulać tylko jednego pacjenta, współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna. Dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną. Podobnie jest z oddziałem intensywnej terapii, gdzie udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki anestezjologicznej.

Rozporządzenie podaje również rodzaje czynności medycznych wykonywanych w ramach opieki anestezjologicznej i intensywnej terapii, określa wyposażenie stanowiska znieczulenia, sali nadzoru poznieczuleniowego i intensywnej terapii oraz minimalne wymagania co do personelu. Zgodnie z tymi wytycznymi na jedno stanowisko intensywnej terapii ma przypadać 2,2 etatu dla pielęgniarki anestezjologicznej. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo równoważnik co najmniej 1 etatu pielęgniarstkiego. W sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie powinna dyżurować jedna pielęgniarka anestezjologiczna na 4 pacjentów.

Wymogi obsady pielęgniarstkiej na stanowisku intensywnej terapii są zależne od poziomu intensywności opieki pielęgniarstkiej:

- najniższy poziom opieki – potrzeba ciągłego monitorowania z powodu

zagrożenia niewydolnością narządową – co najmniej I pielęgniarka na 3 stanowiska intensywnej terapii na zmianę,

- pośredni poziom opieki – pacjent z I niewydolnością narządową bezpośrednio zagrażającą życiu i wymagającą mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie – co najmniej I pielęgniarka na 2 stanowiska intensywnej terapii na zmianę,
- najwyższy poziom opieki – pacjent z 2 lub więcej niewydolnościami narządowymi, które bezpośrednio zagrażają życiu pacjenta i wymagają mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej I pielęgniarka na I stanowisko intensywnej terapii na zmianę.

Pielęgniarka anestezjologiczna czy to w czasie znieczulenia, czy na stanowisku intensywnej terapii ma pod opieką pacjenta całkowicie zależnego. Dr Rogala-Pawelczyk wśród cech

pielęgniarki anestezjologicznej wymienia: duży stopień samodzielności, konieczność szybkiego podejmowania decyzji, wysoki koszt błędu, znaczne obciążenie poczuciem odpowiedzialności i wysoki poziom sformalizowania działań. Przy tak dużej odpowiedzialności za życie i zdrowie człowieka szczególnego charakteru nabiera profesjonalizacja działań, obowiązek ciągłego podnoszenia kwalifikacji i aktualizowanie posiadanej wiedzy. W zagrożeniu życia nie czas na zawahanie, na prośbę o pomoc, na zagłębienie do notatek, procedur czy standardów. W takich chwilach, które wypełniają pracę na oddziałach intensywnej terapii decyduje szybkość działań – trafnych działań – bez chaosu i nerwowej atmosfery, opóźnianie i spokój, rzetelność i odpowiedzialność. Kiedy my, pielęgniarki staramy się błyskawicznie reagować na zmieniający się stan pacjenta ze świadomością, że podawane leki, wykonywane zabiegi dają natychmiastowy efekt, a od zespołu, którego jesteśmy równoprawnym członkiem zależy życie człowieka, każdy nasz

ruch, gest jest niejednokrotnie dokładnie obserwowany przez najbliższych poszkodowanego, przez innych pacjentów.

Źródło:

1. <http://www.ckppip.edu.pl>
2. http://www.ptpaio.pl/dokumenty/materialy/odp_prawna.pdf
3. <http://www.ptpaio.pl/dokumenty/opinie/ok4.pdf>
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U.13.15 z dnia 7 stycznia 2013)
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.07.210.1540)
6. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dn. 8 września 2006 roku (Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410)



Prośba o pomoc

Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki i Koledzy!

Zwracamy się z gorącą prośbą o pomoc w zebraniu funduszy na leczenie nieubezpieczonej w Polsce Iriny – 23-letniej mieszkanki Ukrainy. Irina została przyjęta do I Oddziału Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Chemioterapii Diennej Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli z rozpoznaniem nieoperacyjnym grasiczakiem złośliwym typu A.

Zakwalifikowano ją do ratunkowej chemioradioterapii z ewentualną opcją operacji w przypadku dobrej odpowiedzi na zastosowane leczenie. Aktualny stan zdrowia Iriny oraz przygotowanie Lubelskiego Ośrodka Onkologii dają tej młodej dziewczynie duże szanse na pełnię zdrowia, ale szacunkowe koszty planowanego leczenia skojarzonego mogą sięgać do 70 - 80 tysięcy zł, dlatego każda przekazana złotówka jest na wagę życia!

Jeżeli mogą Państwo sami wesprzeć lub pomóc zamieścić w gazecie, radiu czy TV krótki apel z prośbą o wsparcie finansowe leczenia Iriny, będziemy niezmiernie wdzięczni!

Prosimy o przekazanie pieniędzy na konto:

Razem - Fundacja Onkologii Lubelskiej
Bank Milenium S.A.
Konto nr: 68 11 60 2202 0000 0001 1000 7668 z dopiskiem: IRINA

W razie dodatkowych pytań prosimy o kontakt z:

Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
im. św. Jana z Dukli
ul. Dr K. Jaczewskiego 7
20-090 Lublin
tel./fax: (81) 747-89-11
www.cozl.pl

Miarą naszego człowieczeństwa jest przede wszystkim stopień zaangażowania w ratowanie ludzkiego życia i zdrowia!

Licząc na dobre serce i wsparcie,
z serdecznymi pozdrowieniami,

Ewa Dux-Prabucka
i Agnieszka Zamencka



Pielęgniarki w zespołach ds. Przeciwdziałania przemocy

Przemoc w rodzinie to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie przeciw członkowi rodziny, naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody. Znowelizowana w 2010 r. Ustawa o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie wprowadza systemowe rozwiązania w zapobieganiu przemocy domowej.

Jedną z najistotniejszych zmian, którą wdraża ta ustawa jest interdyscyplinarne podejście do problemu i profilaktyka zjawiska. Docenienie roli nie tylko lekarzy,

ale również pielęgniarek oraz położnych, jako „przedstawicieli medycznych” będących najbliższymi pacjentów w identyfikacji zjawiska, podejmowaniu interwencji i działaniach profilaktycznych jest niezwykle ważne dla dalszego rozwoju systemowych rozwiązań.

Źródło: niebieskalinia.info



Zgoda pacjenta na leczenie

Pacjent, który podpisał w czasie przyjęcia do szpitala zgodę na leczenie musi być osobno poinformowany o skutkach proponowanego leczenia, zabiegów, jak również musi wyrazić zgodę na te działania. Zgoda pacjenta musi być „objaśniona” i „poinformowana”, lekarz jest zobowiązany do uzyskania zgody pacjenta poprzez zapis w ustawie o zawodach lekarza i lekarza debysty. Nie wystarczy zgoda pacjenta, jeśli wcześniej nie wyjaśniono pacjentowi ryzyka związanego z leczeniem. Również do pacjenta należy wybór metody leczniczej, a lekarz powinien tę wolę uszanować.

Rynek Zdrowia podaje przykład pacjentki, która nie została poinformowana przez lekarza o możliwości przeprowadzenia w jej przypadku zabiegu metodą laparoskopową, a po zabiegu wykonanym metodą tradycyjną jej stan zdrowia się

pogorszył. Sądy I i II instancji nie znalazły uchybień w postępowaniu lekarza, sprawę pacjentka oddała do Sądu Najwyższego, który orzekł na korzyść pacjentki i nakazał ponowne rozpatrzenie sprawy.

Źródło: rynekzdrowia.pl

Upoważnienie dla bliskich pacjenta

Upoważnienie złożone przez pacjenta w jednym podmiocie jest ważne również w innych, orzekł Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w związku ze skargą żony pacjenta, której po jego śmierci odmówiono wglądu do dokumentacji. Decyzja została wydana na mocy art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (teks jedn.: Dz.U. z 2012 r. poz.159 z późn. zm.).

Źródło: abc.com.pl

PSO 2013

W Kalendarzu Szczepień na bieżący rok wprowadzone zostały niewielkie zmiany, odnośnie szczepień obowiązkowych są to:

- u dzieci urodzonych przed 37 tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 2500 g stosuje się szczepionkę bezkomórkową DTaP (błonica, tężec, krztusiec),
- u dzieci w 16-18 miesiącu życia, które w pierwszym roku życia otrzymały szczepionkę bezkomórkową, szczepienie jest kontynuowane szczepionką bezkomórkową DTaP.

Odnosnie szczepień zalecanych:

- dzieci w wieku 14 lat i personel pracujący na oddziałach neonatologicznych i pediatrycznych powinni otrzymać dawkę przypominającą szczepionki p. krztuścowi,
- dla osób od 50 rż. zaleca się szczepionkę 13 walentną p. pneumokokom,
- rozszerzono grupę osób, którym zaleca się szczepienia p. pneumokokom.

Program Szczepień Ochronnych na 2013 dostępny jest na stronie Ministerstwa Zdrowia.

Źródło: rynekzdrowia.pl

Zakaz konkurencji dla pracowników medycznych szpitala w Sosnowcu

Zakaz konkurencji w postaci zakazu podejmowania dodatkowej pracy w placówkach mających podpisany kontrakt z NFZ dla pielęgniarek i lekarzy wprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Sosnowcu. Pracownicy, którzy zakaz podpiszą nie będą mieli możliwości podjęcia pracy w innej placówce. Decyzja Dyrekcji spotkała się krytycznym podejściem zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy.

W wypowiedzi na ten temat przewodnicząca NIPiP dr Grażyna Rogala-Pawelczyk podkreśla, że praca dodatkowa nie może kolidować z podstawowym zatrudnieniem, jednak nie powinno się pracownikom ograniczać możliwości dodatkowej pracy i dorobienia.

Dyrekcja szpitala swoją decyzję tłumaczy wzrostem konkurencji na rynku.

Źródło: katowice.gazeta.pl

Pielęgniarka -Człowiekiem Roku 2012 w Bytomiu

Hanna Paszko, osoba niezwykła, pielęgniarka, autorka książek i publikacji z zakresu etyki, odpowiedzialności zawodowej i godności człowieka, od lat zaangażowana w organizowanie kampanii promujących zdrowie, a także w pracę społeczną na rzecz osób bezrobotnych została wybrana Człowiekiem Roku 2012 w Bytomiu. Serdecznie gratulujemy.

Źródło: nipip.pl

Nagrody św. Kamila

Od 2007 roku z inicjatywy Zakonu Ojców Kamilianów oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w Świątym Dniu Chorego przyznawane są nagrody św. Kamila – patrona chorych i pracowników ochrony zdrowia. W tym roku nagrody przyznawane były za szczególną troskę i opiekę nad osobami starszymi. Wyróżnienie w kategorii pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej z pasją realizujący swoją misję dla dobra chorych i cierpiących otrzymała pani Beata Stepanow, pielęgniarka z Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej

w Kleczewie. Serdecznie gratulujemy wyróżnienia.

Źródło: nipip.pl



Foto We Make Media

Czesi wybrali Miss Pielęgniarek 2012

Wojciech Nyklewicz

„Nad ziemią przeleciała planetoida, a w Pałacu Żofin rozbłysnęła nowa Miss Pielęgniarek 2012” – czytamy w informacji prasowej na fejsbukowym profilu Czeskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Uroczystość odbyła się dnia 15 lutego 2013 w Pałacu Żofin na węgrowskiej wyspie w samym centrum Pragi. Na zakończenie 4. Rocznika Wyborów Miss Pielęgniarek Republiki Czeskiej odbył się uroczysty Bal, podczas którego ogłoszono wyniki konkursu. Głównym kryterium oceny kandydatek było pięć składników wielkiej litery „S” (Sestra – po czesku pielęgniarka), czyli „sympatyczna, serdeczna, solidna, komunikatywna i stylowa”. Miss Pielęgniarek i Miss Sympatii została Markéta Jirásková z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Motol w Pradze, pierwszą vicemiss została Monika Hubáčková z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Brnie, zaś tytuł 2. vicemiss zyskała Veronika Černá z Orlicko-Usteckiego Szpitala w Usti nad łabą.

W trakcie Balu odbył się także koncert Wojty Bernatský'ego i Jitky Čvančarovej. Bogaty program rozrywkowy i dobra muzyka była rękojmią dobrej zabawy.

Czasopismo „Sztuka Pielęgowania” gratuluje zwyciężczyniom i życzy samych sukcesów w pracy zawodowej i życiu osobistym.

W tekście wykorzystano informację prasową Czeskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Pobrano w dniu 18.02.2013 ze strony: http://www.cnna.cz/docs/aktuality/tiskova_zprava_ples_2013-46c63.pdf ■



conference room **Pielęgniarnictwo – zawód z tradycjami i z przyszłością**
Ciechanów, 20.04.2013

XIII Ogólnopolska i III im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Proponowane tematy sesji:

- Tradycje zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego,
- Status zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego w przeszłości i obecnie,
- Praca pielęgniarki/pielęgniarskiego – zawód czy kompetencje,
- Pielęgniarnictwo zawodem zaufania społecznego,
- Przyszłość zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego,
- Badania naukowe w pielęgniarnictwie.

Szczegóły dotyczące konferencji na stronie: <http://www.pwszciechanow.edu.pl/>

conference room **Seksualność osób niepełnosprawnych**
Gdańsk, 29-30.04.2013

W Polsce tematy związane z seksualnością są nadal tabu, tym bardziej, gdy dotyczą osób niepełnosprawnych umysłowo. Celem konferencji jest przybliżenie tej tematyki wszystkim zainteresowanym, również pracownikom ochrony zdrowia.

Szczegóły na stronie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, która jest współorganizatorem konferencji: oipip.gda.pl

conference room **Letnia Szkoła dla Pielęgniarek**
Suwałki, 15-19.07.2013

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego we współpracy z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Suwałkach organizują Letnią Szkołę dla Pielęgniarek w Suwałkach. Zajęcia-warsztaty odbywać się będą z następujących tematów:

1. Etyka w praktyce pielęgniarskiej (15-19.07.2013 r.)
2. Komunikacja i asertywność: Prawdę swą głos spokojnie i jasno – jak być skutecznym i zadowolonym w kontaktach z innymi ludźmi (15-19.07.2013 r.)
3. Wypalenie zawodowe – wiem, co z tym zrobić (15-19.07.2013 r.)
4. Prawo medyczne dla pielęgniarek (15-19.07.2013 r.)

Tegoroczne warsztaty już po raz kolejny będą organizowane w przepięknym zakątku północno-wschodniej Polski, jakim jest Suwalszczyzna – kraina jezior z zespołami klasztorów wigierskich kamedułów i sejneńskich dominikanów, Kanałem Augustowskim i „jaćwieskim morzem” – potężnymi i krętymi Wigrami.

Uczestnicy zamieszkają w malowniczo położonym nad Zalewem Arka-dia – Hotelu WIGRY Ośrodka Sportu i Rekreacji w Suwałkach. Poza zajęciami warsztatowymi będzie możliwość uczestnictwa w wycieczkach krajoznawczych.

Chętni mogą przybyć wcześniej, by uczestniczyć w Suwałki Blues Festival, który odbywa się w dniach 11-13 lipca 2013 r.

Miejsce warsztatów:
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
16-400 Suwałki,
ul. Noniewicza 10

Komunikat I oraz karta uczestnictwa do pobrania na na stronie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego:
www.ptp.nal.pl

Termin nadsyłania zgłoszeń/opłat – do **31.05.2013 r.**

Pierwszeństwo w kwalifikacji mają członkowie PTP regularnie opłacający składkę.

Osobom zakwalifikowanym zostanie przesłany Komunikat II.

Organizowane przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego warsztaty, w ramach Letniej Szkoły dla Pielęgniarek mają już 21 – letnią tradycję i nadal cieszą się dużym zainteresowaniem środowiska.

Jeżeli jeszcze nie byłeś jej uczestnikiem – masz szansę spotkać się z nami w 2013 r., a na pewno zechcesz to powtórzyć...

Warsztaty to – edukacja, wypoczynek, integracja

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Warszawa, 15 lutego 2013 r.

conference room **Polecamy do przeczytania**

Wiesław Magdzik „Mój flirt z medycyną”, α-medica press, 2006

Wspomnienia z pięćdziesięciu lat pracy zawodowej Profesora Magdzika to książka dla wszystkich osób, które interesuje historia medycyny, a w szczególności walka z chorobami zakaźnymi i zakażeniami. Profesor Magdzik od roku 1956, w którym ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej z racji wykonywanych obowiązków zawodowych uczestniczył w rozpoznawaniu źródeł zakażenia, opanowywaniu chorób zakaźnych zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Czytając książkę, ma się wrażenie jakby było się częścią wypraw Profesora do ogarniętych zarazą miejsc. Czy wiesz jak wyeradkować ośpę prawdziwą na świecie chorobę prawie w 30% śmiertelną, czy wiesz, jak przebiegała walka o wypracowanie bezpieczeństwa pracy i ograniczenie zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B? Zachęcamy do przeczytania. ■

Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w świetle aktualnych zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia



Lic. piel. Michał Bancerowski,
student UM Łódź

1 lutego 2013 r. w Łódzkim Urzędzie Miasta odbyła się konferencja *Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w świetle aktualnych zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia*.

Konferencja podzielona została na dwa panele. Pierwszy – *Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych* swym wystąpieniem zatytułowanym *Wpływ polityki zdrowotnej na praktykę pielęgniarek i położnych – obowiązki i odpowiedzialność* zainaugurowała Przewodnicząca NRPiP, dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk.

W wystąpieniu odniosła się do znowelizowanej w lipcu 2011 roku ustawy o zawodach Pielęgniarki i Położnej (art.3): *Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi*, podkreślając, że dzięki temu zapisowi wątpliwości w kwestii samodzielności naszych grup zawodowych zostały raz na zawsze rozwiązane. Zwróciła uwagę na szczególną rolę pielęgniarskiej samodzielności oraz opieki długoterminowej w miejscach takich jak: DPSy, ZOLe czy też wizyty bezpośrednie w domu pacjenta, gdzie pielęgniarki rodzinne nie mają możliwości konsultacji z lekarzem.

Podczas wystąpienia dr Rogala-Pawelczyk poruszyła również zagadnienie „substytucji usług medycznych”, czyli przekazywania kompetencji pomiędzy grupami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek oraz opiekunów medycznych. Z racji, iż opiekun medyczny jest nowym na naszym „medycznym” rynku zawodem, cały czas czekamy na jego wprowadzenie do naszych szpitali – z pewnością pozwoliłoby to odciążyć w dużym stopniu od najprostszych, higienicznych czynności pielęgniarski/pielęgniarki.

W kolejnym wystąpieniu mgr Wiesława Jędrzychowska – pełniąca funkcję Przewodniczącej Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu – dokonała porównania

możliwych form zatrudnienia pielęgniarek i położnych, czyli umowy o pracę i kontraktu.

Wykład *Konsekwencje prawne pracy pielęgniarki w świetle najczęstszych roszczeń pacjentów* przedstawił mgr prawa, dr n. med. Paweł Ratajczyk – lekarz anestezjolog. Barwna prezentacja, wzbogacona o zdjęcia przedstawiające błędy w praktyce pielęgniarskiej wywołała niemałe poruszenie wśród zgromadzonych, a mówiła o spodziewanej długości życia pacjenta w aspekcie odszkodowań za błędy medyczne. Im dłuższa spodziewana długość życia naszego pacjenta, co do którego podjęliśmy błędną decyzję, tym wyższa jakość odszkodowania, o które może wystąpić pokrzywdzony lub jego rodzina. Zgodnie z tą wypowiedzią wysokie odszkodowania będą należały się rodzinom „małych pacjentów” z oddziałów pediatrycznych.

Doktor Ratajczyk przypomniał także, iż przygotowywanie leków – zgodnie z obowiązującym prawodawstwem (Ustawa o Prawie Farmaceutycznym) – należy wyłącznie do obowiązków i uprawnień farmaceutów, zauważając jednocześnie, że pielęgniarki niejako „zagarnęły sobie” tę czynność. Mgr Agnieszka Kałużna zwróciła jednak uwagę na fakt, iż to właśnie farmaceuci blokują Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. „Kościami niezgody” okazały się leki z grupy OTC (leki bez recepty), które to zgodnie z projektowanymi regulacjami prawnymi mogłyby podawać pielęgniarka bez zlecenia lekarskiego.

Przedstawiciele jednego ze sponsorów konferencji – firmy ubezpieczeniowej wygłosili dwa wystąpienia.

W pierwszym Agnieszka Godlewska – Dyrektor Biura Prawnego i Likwidacji Szkód omówiła *Działalność leczniczą pielęgniarki i położnej a roszczenia cywilno-prawne pacjentów i najbliższych członków ich rodzin*. Swe wystąpienie oparła na rzeczywistych

przypadkach oskarżeń pielęgniarek przez pacjentów o tzw. zdarzenie medyczne, jako przykład podając roszczenie rodziny pacjenta, w której o odszkodowanie ubiegali się kolejno: żona oraz dwójka dzieci. Gdy tej trójce wypłacono odszkodowanie, o zadośćuczynienie wystąpił wnuk zmarłego – w tym przypadku ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania.

W drugim wystąpieniu przedstawiciel firmy dokonał prezentacji oferty ochrony, jaką mogą zostać objęte pielęgniarki i położne w związku z wykonywaniem swojego zawodu.

Po przerwie odbył się drugi panel *Pielęgniarka funkcjonariusz publiczny – korzyści i zagrożenia wynikające ze statusu funkcjonariusza publicznego*.

Rozpoczęcia tej części konferencji dokonała mgr Katarzyna Babska swoim wystąpieniem *Pielęgniarka jako funkcjonariusz publiczny*. Po raz drugi odwołano się tego dnia do ustawy o naszych zawodach: *Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (...) korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych (...)* (art. 11, punkt 2). Pani Babska porównała w swojej prezentacji zapis z poprzedniej ustawy z obecnie wdrożonym fragmentem w aspekcie zagadnienia ochrony prawnej dla pielęgniarek jako osób pełniących funkcje publiczne. Tą formą prawnego zabezpieczenia nasze grupy zawodowe nie są objęte „od dzisiaj”, a obecnie obowiązująca ustawa znacznie rozszerza nasze przywileje w tym zakresie. Babska zwróciła również uwagę, że ochrona nie obejmuje wszystkich czynności zawodowych pielęgniarek, m.in. edukacji zdrowotnej.

Ten element ustawy stał się przyczynkiem do dalszej dyskusji panelowej, w której wzięło udział pięcioro prelegentów.

Pierwsza prelegentka – podkom. Justyna Kowalska – reprezentująca Komendę Wojewódzką Policji w Łodzi zaprezentowała temat *Funkcjonariusz publiczny oczami policjanta*. Jak się okazuje, pielęgniarka/położna korzysta z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego, ale nim nie jest. Najważniejszym

skutkiem ochrony funkcjonariusza publicznego dla pielęgniarki/położnej jest fakt, że naruszenie jego nietykalności cielesnej jest ścigane z urzędu – niezależnie od woli pokrzywdzonego.

Mgr Irena Król – łódzki Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej podjęła temat *Odpowiedzialność zawodowa*. Z jej wypowiedzi płyną dwa wnioski. Po pierwsze: należy nosić identyfikator w widocznym dla pacjenta miejscu (obliguje nas do tego całkiem niedawno wprowadzona Ustawa o działalności leczniczej). Powinny się na nim znaleźć: nasze imię i nazwisko oraz funkcja jaką pełniemy w danym ZOZie. Po drugie: w przypadku słownej agresji pacjenta, musimy zachować się jak profesjonalści i nie wdawać z osobą (pacjentem lub jego rodziną) w dyskusję, lecz zawiadomić o tym fakcie policję i czekać na jej przyjazd.

Wielu spraw, które wpływają jako skargi ze strony pacjentów do rzecznika, można by uniknąć, gdyby pielęgniarki trzymały „nerwy na wodzy”. W końcu, jak powiedziała mgr Król, *techniki zakładania wkłucia dożylnego dużo łatwiej nauczyć niż poprawnej komunikacji z pacjentem*.

Mgr Marta Swarzyńska przedstawiła problem *Wsparcia społecznego w sytuacji agresji wobec pielęgniarki*, omawiając mechanizmy rodzące w ludziach agresję: począwszy od leków, alkoholu a skończywszy na frustracji. Omówiła także przypadki agresji ze strony pacjentów, z jakimi zetknęli się pracownicy w jej miejscu zatrudnienia oraz zwróciła uwagę na deficyt wsparcia dla pielęgniarek narażonych na agresję, tj. brak sanitariuszy przeszkolonych w obezwładnianiu napastliwych pacjentów.

Przedostatnia prelegentka – mgr Agnieszka Nowak, z Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o zdarzeniach medycznych w Łodzi, opowiedziała o pracy Komisji dotyczącej prelekcji zatytułowanej *Zdarzenia medyczne w świetle aktualnych przepisów*. Warta podkreślenia jest zmiana terminologii z „błąd w sztuce lekarskiej” na „zdarzenie medyczne”, które swym zasięgiem obejmuje cały zespół interdyscyplinarny. Działające od 1 stycznia 2012 roku Komisje mają za zadanie ustalić, czy „zdarzenie medyczne” miało miejsce oraz wydać w tej sprawie orzeczenie. W większości przypadków do zdarzeń niepożądanych dochodzi na skutek złej organizacji pracy,

np. zwyczaju przepisywania zleceń do „pomocników” w postaci zeszytów, akceptowanego przez kierownictwo.

Ostatni z wykładowców – przedstawiciel środowiska pacjentów, wiceprezes Stowarzyszenia pacjentów zakażonych wirusami hepatotropowymi HEPA – HELP w Łodzi – Pan Andrzej Wojnarowski przedstawił pracę pielęgniarki widzianą oczami pacjenta. Pan Andrzej apelował o poświęcenie pacjentom przysłówiowych 5 minut na zapoznanie z topografią szpitalnego oddziału, podkreślił też problem niezakładania rękawiczek podczas wykonywania czynności medycznych przez personel, zwłaszcza takich, gdzie występuje kontakt z krwią pacjenta.

Tematy przedstawione na łódzkiej konferencji poświęconej prawnym aspektom wykonywania zawodu oddały bieżące zmiany w zakresie legislacji dotyczących grup zawodowych pielęgniarek i położnych. Na wrzesień planowana już jest konferencja poruszająca zagadnienia prawne w naszych profesjach – pielęgniarek i położnych. Zapraszamy. ■

MedPharm CAREERS - Wiosna 2013

**WEJŚCIE
BEZPŁATNE**

**MedPharm
careers**

organizator **MedPharm
JOBS**

TARGI PRACY DLA SPECJALISTÓW Z SEKTORA OPIEKI ZDROWOTNEJ I BADAŃ KLINICZNYCH

Setki ofert pracy z całej Europy (Polska, Niemcy, Wielka Brytania, Szwecja, Dania i wiele innych)

17 Maj – Kraków

18 Maj – Katowice

20 Maj – Wrocław

21 Maj – Poznań

22 Maj – Łódź

25 Maj – Warszawa

26 Maj – Gdańsk

**ZAREJESTRUJ
SIĘ NA**

WWW.MEDPHARMJOBS.COM/FAIRS/PL



Tajniki rozmowy kwalifikacyjnej

Wywiad z Magdaleną Kowalską

nadesłany przez MedPharmJobs

W Polsce panuje przekonanie, że podczas rozmowy kwalifikacyjnej należy mówić to, czego oczekuje od nas specjalista ds. rekrutacji. Czy Pani zdaniem warto postępować w ten sposób podczas rozmowy kwalifikacyjnej? Czy potencjalnemu kandydatowi przyniesie to więcej korzyści czy strat?

Uważam, że generalnie w życiu, nie tylko w trakcie rozmowy kwalifikacyjnej, nie powinniśmy mówić tego, czego oczekują od nas inni. W mojej ocenie absolutnie nie warto – finalnie zawsze przynosi to więcej strat niż korzyści. Wszystkie osoby starające się o pracę gorąco zachęcam do bycia sobą podczas rozmów kwalifikacyjnych, nawet jeśli oznaczać to będzie, iż nie otrzymają oferty pracy, o jaką się starają. Namawiam, by na pytania kierowane przez specjalistę ds. rekrutacji odpowiadać w zgodzie z prawdą, ze sobą, własnymi poglądami i bardzo szczerze – taka postawa pozwoli uniknąć potencjalnych rozczarowań z obu stron.

Odpowiadając na pytanie rekrutera zgodnie z jego oczekiwaniami, generujemy ryzyko, że otrzymamy ofertę pracy, jaka nie jest dla nas. A to jest to scenariusz niebezpieczny, bo prowadzący do nieprzyjemnej często konfrontacji z samym sobą i pracodawcą.

Łatwo ulec pokusie i odegrać rolę, ko-goś, kim, nie jesteśmy (kandydata idealnego w rozumieniu rekrutera), by pracę otrzymać – trudniej jednak później jest nim być. Utwierdzając rekrutera w przekonaniu, iż jest się np. poliglotą, ekspertem od projektowania sieci czy kompetentnym managerem, możemy być pewni, że pierwsze tygodnie naszej pracy to zweryfikują. Efekt oczywiście wpłynie na opinię o naszej osobie.

Jak Pani zdaniem należy przedstawić swoje zalety i umiejętności i nie popaść przy tym w przesadę?

W sposób naturalny, tak by były one nawiązaniem do aktualnie omawianego zagadnienia, wpływały z rozmowy, a nie były wyrecytowaną, wcześniej przygotowaną listą –

wypowiedzianą do tego na jednym wydechu... W większości kandydaci przygotowują się do spotkań rekrutacyjnych, mają więc w głowie to, czym chcieliby się z rekruterem podzielić. Ważne jest, by spotkanie było dialogiem, nie monologiem,

wówczas obie strony stopniowo się poznają. Zachęcam do przedstawiania swoich zalet poprzez opowiadanie o nich w taki sposób, aby potwierdzić posiadanie danej cechy, a nie tylko nazwanie jej. Bardziej wiarygodna jest opowiedziana historia, z której wynika, że ktoś jest bardzo dobrze zorganizowany, niż suche stwierdzenie, iż jest się „świetnie zorganizowaną osobą”. Właściwy szyk rozmowy temu sprzyja i pomaga kandydatowi zaprezentować się w sposób naturalny.

Ważne jest także, aby swoją autoprezentacją nie zaburzyć konwencji rozmowy i nie przeobrazić jej w występ jednego aktora, który pierwsze pytanie rekrutera traktuje jako pretekst do powiedzenia wszystkiego o sobie (na fali słowotoku). Zdarza się, że część kandydatów sama zadaje sobie pytania i na nie odpowiada – oznacza to brak szacunku dla rekrutera, jak i jego czasu. W moich oczach jest to dla kandydata dyskwalifikujące.

Zawsze zachęcam kandydatów, by trenowali mówienie o sobie w pozytywach. Często odnoszę wrażenie, że wciąż mają oni problem z mówieniem o sobie pozytywnie z obawy, że zostaną posądzeni o to, że są np. zarozumiali bądź zbyt pewni siebie i negatywnie wpłynie to na ich ocenę.

Zdarzyło mi się, że jeden z kandydatów aplikujący na stanowisko Managera Marketingu w swoim CV, pominął – jak się póź-

dumny. Rozmowa o tym wyzwoliła w nim taką energię, że zobaczyłam przed sobą zupełnie innego człowieka. Bądźmy dumni z naszych doświadczeń, to one nas budują – zarówno te wielkie, jak i te małe. Bez nich nie byłibyśmy tu, gdzie jesteśmy teraz.

Często słyszę od moich kolegów, że jestem dość nietypowa, bo bardziej niż typową rozmowę rekrutacyjną, prowadzę rozmowę o życiu i poświęcam zbyt dużo czasu na umiejętności kandydatów spoza obszaru stanowiska, na jakie aplikują. Dla mnie jest to naturalne i szalenie istotne – razem, bo pozwala mi poznać człowieka, jaki siedzi przede mną. Nie lubię zadawać standardowych pytań, na jakie wszyscy znają odpowiedzi, bo są pułapką ograniczającą prawdziwe poznanie.

W jaki sposób najlepiej mówić o swoich wadach/brakach w doświadczeniu czy edukacji?

Przede wszystkim ich się nie bać i tak, jak w przypadku innych aspektów rozmowy, o swych brakach należy mówić w sposób szczerzy, otwarty, bez kłamstw. Kandydatów powinien ośmielić fakt, że jeśli mimo występowania rzeczonych braków zostali zaproszeni na rozmowę kwalifikacyjną, oznacza to, że nie są one dyskwalifikujące. Warto opowiedzieć o przyczynach ich powstania. Z doświad-



Magdalena Kowalska

Praktyk z 12-letnim unikalnym doświadczeniem łączącym ze sobą wiedzę i kompetencje z zakresu zarządzania, zasobów ludzkich, sprzedaży, marketingu oraz eventów. Psycholog, trener personalny i biznesowy. Autor gier teambuildingowych i biznesowych. Licencjonowany trener Lego Serious Play. Właściciel agencji Pimento.

niej okazało – z premedytacją, jedną z szkół, co nie wynikało oczywiście z chronologii CV. W rozmowie wyniknęło, iż skończył bardzo rzadki, niezwykle trudny kierunek studiów, którego ukończenie wymaga nieprzeciętnych zdolności. Okazało się, że podjął tę decyzję pod wpływem znajomego rekrutera, który polecił mu usunąć tę informację, gdyż nie była związana z profilem stanowiska, na jakie aplikuje. Jednak studia te i umiejętności, jakie podczas nich kandydat rozwinął są rzeczą, z jakiej jest najbardziej

czenia wiem, że są one bardzo konkretne i nie zawsze są efektem zaniechania kandydata. Życie każdego z nas jest wynikiem wielu czynników, nie zawsze udaje się nam w zaplanowanym czasie osiągnąć założone cele. Czasem porzucamy je z premedytacją, obierając inne życiowe drogi. Mówmy szczerze o naszych motywach, by osoba rekrutująca zrozumiała te motywy i filozofię życiową. Pamiętajmy, że rozmowę o brakach można przekuć na korzyść – zależy to od postawy i otwartości kandydata. O wadach

warto mówić w kategorii wyzwań, zakładając oczywiście, że kandydat gotów jest do pracy nad nimi, bądź dąży do ich zmiany. Stanowczo odradzam składanie fałszywych deklaracji (np. porzucenia palenia, jeśli nie mamy w sobie takiej gotowości), ponieważ przyszła współpraca to zweryfikuje.

W jakim stopniu mowa ciała ma Pani zdaniem znaczenie podczas rozmowy kwalifikacyjnej i wpływ na decyzję o zatrudnieniu kandydata?

Mowa ciała ma niezmiernie silny przekaz i jest istotnym elementem komunikacji, ponieważ dopełnia to, co wypowiadamy. Przekazy te powinny być jednak spójne. Podczas spotkań rekrutacyjnych odgrywa kluczową rolę, ponieważ nasze ciało, tak samo jak język, wyraża emocje, uczucia i nasze intencje. Musimy pamiętać, iż podczas rozmowy (nie tylko kwalifikacyjnej) równie silny wpływ na odbiorcę ma to, co mówimy, jak również to, w jaki sposób to robimy. Ważne jest również, czy to co mówimy, jest tożsame z tym, co pokazują nasze gesty, mimika twarzy, ton głosu, postawa... wszystko to ma ogromny wpływ na to, czy jesteśmy wiarygodni w tym, o czym mówimy, czy też nie. Jeśli kandydat mówi o sobie np. że jest duszą towarzystwa, osobą pogodną, tryskającą poczuciem humoru i mówi to półszepem, przez zaciśnięte szczęki i przy tym ani razu podczas spotkania nie uśmiechnął się – nie przekonuje mnie. W niektórych przypadkach może być to oczywiście wynik stresu, który niektórych kandydatów wręcz paraliżuje, ale dla większości wprawionych rekruterów jest to proste do weryfikacji. Poza tym rolą rekrutera jest wprowadzenie atmosfery, która pomoże kandydatowi poczuć się komfortowo. Często jest to wynik faktu, iż nie jesteśmy świadomi tego, jakiego rodzaju komunikaty wysyła nasze ciało. Dlatego zachęcam do pracy z samym sobą. Dobrym sposobem na sprawdzenie, jak spójne z naszym ciałem są wypowiedziane przez nas słowa, jest ćwiczenie polegające na prowadzeniu wystąpienia przed lustrem lub przed kamerą i późniejsze odtworzenie sobie zapisu. Mowa ciała jest bezcenną sztuką, napisano o niej wiele książek, przypisując konkretne znaczenia poszczególnym gestom. Warto zgłębić jej tajniki, gdyż używana świadomie jest silnym elementem wywierania wpływu na innych. Ponieważ oceniamy kandydata w sposób całościowy, ma ona również wpływ na jego odbiór. Nie możemy jednak popaść w przesadę. Przestrzegam wszystkich niewprawionych mówców przed nadmierną koncentracją podczas spotkania rekrutacyjnego nad mową ciała. Łatwo jest zatracić się „w czytaniu” siebie i rozmówcy kosztem jakości rozmowy.

Na co zwracają szczególną uwagę rekruterzy podczas rozmowy kwalifikacyjnej?

Wszyscy rekruterzy szukają potwierdzenia, że osoba aplikująca spełnia oczekiwania stawiane na danym stanowisku. W większości jest to doświadczenie zawodowe, kompetencje oraz cechy osobowości, które daną osobę pretendują do tego stanowiska. W praktyce wygląda to jednak tak, że każdy z rekruterów zwraca uwagę na inne aspekty, każdy prowadzi rozmowę w inny sposób, podyktowany nie tylko preferencjami firmy, jaką reprezentuje co do profilu kandydata, ale również osobistymi odczuciami. Te ostatnie odgrywają dużą rolę. Mimo iż w środowisku mówi się, że jest to oznaką nieprofesjonalizmu, to wciąż jest tak, że pozytywniej zdarza się oceniać kandydatów, którzy mają podobny do rekrutera system wartości czy zainteresowań. Ja podczas rekrutacji koncentruję swoją uwagę przede wszystkim na człowieku; kim jest osoba, która siedzi naprzeciwko mnie, co ją ukształtowało, czym były podyktowane jej wybory życiowe, co ją cieszy, daje motor do rozwoju, kim jest jako człowiek – nie księgowy czy dyrektor ds. operacji. Ważne są dla mnie oczywiście wszystkie aspekty związane z jej kwalifikacjami, doświadczeniem i osiągnięciami, niemniej jednak rozmawiając z kandydatem, widzę w nim najpierw człowieka, nie funkcję, jaką chciałabym, by pełnił w firmie, do jakiej go rekrutuję. Myślę, że jest to bardzo ważne, takie podejście pozwala zobaczyć nam kandydata w szerszym kontekście. Należy pamiętać, że rozmowa rekrutacyjna często jest dla kandydatów stresująca i nie są w stanie przekazać nam o sobie wszystkiego, co chcieliby bądź sobie zaplanowali. W większości słyszę od kandydatów, że prowadzę spotkania rekrutacyjne w sposób zupełnie inny, niż dotychczas znali, dzięki czemu czują się swobodnie i mogą być podczas nich po prostu sobą. To pozwala mi ich tak naprawdę poznać i ocenić ich możliwości oraz potencjał.

Podczas rozmowy kwalifikacyjnej najczęściej omawiane są zagadnienia z zakresu edukacji, ścieżki kariery czy przebytych szkoleń. Często w ogóle nie wspominamy o swoich zainteresowaniach czy umiejętnościach. O czym warto jeszcze opowiedzieć podczas rozmowy kwalifikacyjnej, aby przekonać do siebie pracodawcę?

Warto mówić o wszystkim co jest dla nas ważne, co nas definiuje jako ludzi, zwłaszcza o naszych wartościach, zainteresowaniach, pasjach i umiejętnościach. Jest to bardzo ważne, bo pozwala rekruterowi dostrzec w kandydacie

więcej niż zestaw cech pasujących, bądź nie, do profilu stanowiska. Każdego z nas definiuje szereg komponentów. Nie jesteśmy w stanie w pełni zaprezentować siebie, koncentrując się jedynie na swoim stażu pracy na poszczególnych stanowiskach. Mówmy więc o wszystkim tym, z czego jesteśmy dumni, co sprawia nam przyjemność i daje spełnienie. Nie ma nic lepszego niż praca, która łączy w sobie to wszystko. I mimo iż częściej z osób świadomie aplikuje na stanowiska, które nie są szczytem ich marzeń, powinny dawać sobie szansę, by to się zmieniło. Mówmy więc o tym, co stanowi o naszej wyjątkowości. W trakcie mojej wieloletniej kariery zarówno szefa działów HR, jak i niezależnego konsultanta, zdarzało mi się zaproponować kandydatowi finalnie inne stanowisko pracy, niż to, na jakie aplikował. Okazywało się bowiem, że jego doświadczenie zawodowe nie do końca idzie w parze z pasją życiową i wybitnie rozwiniętymi naturalnymi zdolnościami w innej dziedzinie.

Pracodawcy często pytają kandydata o to, czy ma do nich jakieś pytania związane z pracą w tym miejscu, etc. O jakie aspekty i w jaki sposób warto dopytać pracodawcę podczas rozmowy kwalifikacyjnej?

Zawsze powtarzam moim klientom, których przygotowuję do rekrutacji, by pytali absolutnie o wszystkie te aspekty, które ich w danym momencie interesują. Należy bowiem pamiętać, że rozmowa rekrutacyjna nie jest formą testu jedynie dla kandydata, ale również dla pracodawcy. Decyzja o współpracy zawsze jest obustronna. Ważne jest więc, by obie ze stron podczas tego spotkania zadały te wszystkie pytania, które pozwolą im podjąć świadomą decyzję do dalszych kroków i potencjalnej współpracy. Jeśli więc kandydat swoje uczestnictwo w kolejnych etapach rekrutacji uzależnia od istotnych dla niego czynników (np. godziny pracy, opieka medyczna, forma zatrudnienia czy rodzaj programów, jakie stosowane są u pracodawcy), powinien o nie dopytać już podczas pierwszego spotkania.

Co do sposobu dopytywania pracodawcy, zawsze zachęcam do stawiania pytań wprost, co nie jest oznaką nietaktu, jak często myślą kandydaci, a oznaką szacunku dla czasu zarówno własnego, jak i rekrutera. Szczegółowość swoich pytań należy jednak dostosować do etapu rekrutacji, na jakim aktualnie jesteśmy. Pytania specyficzne dla danego stanowiska, detale zostawmy sobie na kolejne etapy rekrutacji – oczywiście o ile nie warunkują one naszego dalszego udziału w procesie. ■

Praca za granicą

W ostatniej części cyklu o pracy za granicą przyszedł czas na przedstawienie Wielkiej Brytanii i Irlandii. Zgodnie z informacją podaną na stronie NIPiP Wielka Brytania jest krajem, w którym pracuje najwięcej polskich pielęgniarek. Wynika to z faktu, że Wielka Brytania otworzyła swoją granicę dla nas już od momentu wstąpienia Polski do Unii Europejskiej, czyli od 1 maja 2004 roku. Oba kraje są przyjazne pielęgniarkom z innych krajów- głównie ze względu na duże braki personelu pielęgniarskiego, dosyć łatwo się w nich zaaklimatyzować, a z uwagi na liczne połączenia lotnicze z Polską przyjazd do domu nawet na weekend nie stanowi problemu. Wiele polskich pielęgniarek z powodzeniem pracuje w Wielkiej Brytanii, w tym czasie studiując w Polsce, czy uczestnicząc w konferencjach i szkoleniach, jednym słowem utrzymując kontakt nie tylko z najbliższymi, ale też z zawodem.



Emma Fenton – Senior Recruitment Consultant
- FRS Recruitment

Praca w Irlandii, obecna sytuacja

Working in Ireland as a Nurse

Currently in Ireland, there is a recruitment embargo on hiring nurses into the public sector*. For this reason, there are very few clinical jobs available. However, improvements in the standards in the private sector has meant there has been a surge in the recruitment of nurses into the private nursing home sector.

As an organisation, we deal with hundreds of nursing homes across Ireland and whilst salary and requirements vary from one organisation to another, one thing is mandatory – registration with 'An Bord Altranais' – The Irish Nursing Board. The registration process involves completing an application form, paying €200 and gathering several documents – the full process is outlined in the attached diagram.

There are jobs in cities, towns and villages across Ireland. Nurses with any level of experience are considered as long as they have good written and spoken English. Classes for improving English can be arranged but nurses need to be able to work in the English language, so a level of fluency is expected. At FRS Recruitment, we screen every nurse and discuss their level of English with them prior to applying for positions. An intensive medical English class in your own country is often a good idea in order to do well in interview and in the job.

REGISTERING With the Irish Nursing Board

To register with the Irish Nursing Board, You must send a **request form** to the Irish Nursing Board (ABA) This form is on http://www.nursingboard.ie/en/apply_forms.aspx, & include the administrative fee of **200 euros**. (Payment can be made by personal cheque, VISA or MasterCard)

On receipt of the **Request form**, the ABA will post you a **Registration Form**

Registration Form Part 1 Personal Information

& attach
The following documents

Part 2 Education/ Training

Request Your Nursing College to send your qualifications directly to ABA (Irish Nursing Board)

Part 3 Employment Reference

Ask your employer(s) To forward references Directly to ABA (Irish Nursing board)

Part 4

Proof that you are a Registered Nurse (in your home country): Request your Nursing Board / Regulatory Authority to send your Nursing Registration proof Directly to ABA (Irish Nursing Board)

- ✓ Copy of Birth Certificate (Officially Stamped by Notary or Solicitor)
- ✓ Copy of Passport (Officially Stamped by Notary or Solicitor)
- ✓ 2 (passport size) photos

ABA (Irish Nursing Board) must receive the documents directly (Part 2, 3 & 4) from source (Not resent by you)

Any documents received in a language that is not English, will be sent back To you for **Translation**. You **must** use an **Official Translator**, to Translate the documents and they must have **official Translator Stamp**.

Post Translations to ABA Process Complete

IMPORTANT NOTES

- The administrative fee is non-refundable. This includes your first year registration charge of €88
- It's MANDATORY that Part 4 (Form C) be sent from your Nursing Regulatory Authority directly to the Irish Nursing Board (ABA) and posted by you (The document that your Professional Nursing Regulatory Authority sends is known as a "Statement of good Character".)
- Birth Certificate & Passport copies – must be stamped by Notary or Solicitor
- All translated documents must be stamped by an official Translator
- The registration process can take between 3 and 5 months depending on how quickly you can get official documents sent to ABA (From your College, Employers and your Nursing Regulatory Authority) So please start process immediately.

When a nurse starts work in Ireland, they must do 'manual handling' certificate – learning how to lift properly and a Basic Life Support Class, most employers organise these courses or advise new employees where to attend.

Working with elderly patients is very rewarding and offers a good career path to nurses who would like to move up to management stage within a few years, nurses who have experience in this sector are particularly in demand.

Praca dla pielęgniarek w Irlandii (tłumaczenie)

Obecnie w Irlandii nałożone zostało embargo na zatrudnianie pielęgniarek spoza Irlandii* w sektorze państwowym, z tego powodu dostęp do pracy w szpitalach jest niewielki. Jednakże nastąpiła poprawa warunków w sektorze prywatnym i wzrost zatrudnienia pielęgniarek w prywatnych domach opieki.

Jako organizacja współpracujemy z setkami domów opieki w całej Irlandii. O ile wynagrodzenie i wymagania są bardzo zróżnicowane pomiędzy pracodawcami, o tyle zawsze konieczne jest posiadanie rejestracji w izbie pielęgniarskiej- An Board Altranais- The Irish Nursing Board. Na proces rejestracji składa się wypełnienie formularza rejestracyjnego zamieszczonego na stronie izby, opłata w wysokości 200 euro oraz zgromadzenie wymaganych dokumentów- cały proces został przedstawiony na diagramie.

Praca dostępna jest w miastach, miasteczkach i wioskach w całej Irlandii. Pielęgniarki z różnym poziomem doświadczenia mogą znaleźć pracę, o ile posługują się językiem angielskim w mowie i piśmie. Lekcje poprawiające znajomość języka mogą być zorganizowane, jednak pielęgniarka podejmująca pracę musi od początku być w stanie pracować w środowisku anglojęzycznym. W związku z tym znajomość języka na pewnym poziomie jest niezbędna.

W FRS Recruitment sprawdzamy znajomość języka każdej pielęgniarki przed zgłoszeniem jej kandydatury do potencjalnego pracodawcy. Dobrym pomysłem jest podjęcie intensywnego kursu medycznego języka angielskiego przez pielęgniarkę w jej miejscu zamieszkania w celu przygotowania się do interview i do przyszłej pracy.

* Jest to związane z kryzysem w Irlandii, rząd irlandzki poszukując oszczędności obniżył pensje dla pielęgniarek wstępujących do zawodu o 20%. Sytuacja ta odbiła się szerokim echem w Europie, EFN wystosował list, w którym zwraca się z prośbą o wsparcie pielęgniarek irlandzkich. Szczegółowa informacja znajduje się na stronie EFN: <http://www.efnweb.be/?p=3640>

cura SWISS

healthcare schools

Kompleksowy program stażowy dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo - Szwajcaria

Curaswiss szwajcarska inicjatywa na rzecz kształcenia i zatrudnienia personelu pielęgniarskiego. Powstała przy współpracy z FREI's Schulen AG Lucern i Wyższą Szkołą Medyczną w Szwajcarii Środkowej (HFGZ).



Co oferujemy?

- > intensywne kursy języka niemieckiego od podstaw
- > możliwość zdobycia doświadczenia zawodowego
- > szkolenia zawodowe w klinikach i szpitalach (opieka mentora)
- > szkolenia specjalizacyjne: pogotowie ratunkowe, intensywna terapia, anestezjologia
- > stypendium wypłacane już na etapie szkoleń językowych w Polsce - wynagrodzenie od 83.800 CHF do 159.800 CHF
- > udział w projekcie jest bezpłatny - Curaswiss zapewnia zakwaterowanie i wyżywienie na etapie szkoleń językowych

Zapraszamy do udziału!



Potrzebujesz więcej informacji?

Zadzwoń bądź napisz:
E-mail: rekrutacja@curaswiss.ch
Tel: +48 42 680 45 83
www.curaswiss.pl

Odwiedź nas na Facebook'u!

www.facebook.com/Curaswiss

Pielęgniarki rozpoczynające pracę w Irlandii muszą posiadać certyfikat ukończenia kursu „manual&handling”, czyli podnoszenia i przemieszczania pacjentów oraz „Basic Life Support”, tj. podstawowy kurs resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Większość pracodawców organizuje powyższe szkolenia lub doradza, gdzie można je ukończyć.

Praca z ludźmi starszymi jest bardzo satysfakcjonująca i oferuje dobre możliwości ścieżki kariery dla pielęgniarek, które chciałyby w ciągu kilku lat awansować na stanowiska kierownicze. Pielęgniarki z doświadczeniem w tym sektorze są szczególnie potrzebne. ■

(tłumaczenie redakcja)

Literatura uzupełniająca do cyklu Praca za granicą

1. Babiarczyk B., Pamiętnik norweski, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007 (okładka)
2. Ginalska A., Rok za Atlantykiem, Wydawnictwo Czelej, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, Lublin 2009
3. Ginalska A., Moja afrykańska misja, Wydawnictwo NRPiP, 2010 (okładka)
4. Magazyn Pielęgniarki i Położnej numery archiwalne:
5. Babiarczyk B., Pamiętnik norweski ukazywał się w latach 2000-2002,
6. Trzpieł K., Listy z Belfastu, Listy z Londynu ukazywały się od początku 2007 do połowy 2010
7. Ginalska A., Z kart afrykańskiego pamiętnika, pamiętnik był drukowany na łamach od stycznia do grudnia 2009
8. Smela R., Pamiętnik hiszpański-ukazuje się od stycznia 2008 do chwili obecnej
9. Rucki P., Kapala W., Z brytyjskiej perspektywy, rozmowy pielęgniarki z Polski i polskiego pielęgniarki pracującego w Wielkiej Brytanii ukazują się od roku 2010 do chwili obecnej

Belfast-Londyn,

Wielka Brytania



4.10.2006

Znam już drogę do szpitala, ale wczoraj w środku dnia wyglądała zupełnie inaczej. Dzisiaj o 7.00 rano jest ciemno, pada, a wysoko w górze dosłownie przeplatują w zabójczym tempie wielkie, białe chmury. Wchodzę na oddział, gdzie już wszyscy zbierają się na raport. Niewiele rozumiem, padają jakieś nazwy, skróty, notuję to, co zdążę na kartce. Po raporcie oddziałowa omawia pacjentów, wyznacza, co należy dla poszczególnych pacjentów zrobić. Wszystkie pielęgniarki mają wydrukowaną listę pacjentów z rozpoznaniem, datą przyjęcia, liczbą dni pobytu, dodatkowo robią skrupulatnie notatki.

W centrum dyżurki (dyżurka jest otwarta na samym środku korytarza) wisi tablica, coś w rodzaju naszego ruchu chorych. Nazwiska chorych pisane są markerami, dodatkowo obok nazwisk znajdują się litery- kody oznaczające czy pacjent jest przygotowany do zabiegu, czy jest na oddziale, czy na bloku operacyjnym, czy na rehabilitacji. Po dosyć długim, szczegółowym raporcie idziemy do łóżek, zupełnie tak, jak u nas!

Następne godziny mijają w zawrotnym tempie, plan dnia jest podobny do znanego mi z Polski, toalety, ścielenie łóżek, podawanie leków, sprawdzanie parametrów, wozenie pacjentów na blok i przywołanie... Równo o 14.00 koleżanki zwalniają mnie po skończonym dyżurze do domu. Uff, pierwszy dzień za mną.



Muzeum Florence Nightingale

2.10.2006

Lot z Warszawy przez Londyn do Belfastu razem z czasem spędzonym na lotniskach zajmuje ponad 8 godzin, jestem zmęczona po nieprzespanej z emocji nocy. W samolocie siedzący obok Irlandczyk zadaje trudne pytania- czy wracam do domu, skąd jestem, gdzie jest dom (jak się później przekonam takie pytanie będzie padało dosyć często, również inne, osobiste pytania- Irlandczycy są bardzo bezpośredni, jak chcą coś wiedzieć to po prostu pytają). Belfast, stolica Irlandii Północnej wita mnie słońcem i złotą jesienią- całkiem podobną do naszej, a przed wyjazdem wszyscy zniechęcali mnie mówiąc, że w Irlandii ciągle pada...

Na lotnisku czekają dwie panie z firmy rekrutacyjnej, jedziemy do położonego pod Belfastem Balmoral siedziby firmy, gdzie czeka mnie podpisanie dokumentów. Nikt się nie spieszy, wszystko trwa strasznie długo, ze zmęczenia ledwo utrzymuję otwarte oczy. Dostaję też zamówiony specjalnie dla mnie mundur- ciemną granatową tunikę, do tego mam czarne spodnie i kryte buty. W końcu około 17, czyli dwanaście godzin od wyjścia z domu w Warszawie wchodzę do domu (?) w Belfaście. Czekam mnie jeszcze sprzątanie i rozpakowanie walizki, firma zaplanowała dla mnie na jutro wycieczkę po Belfaście, żeby poznać miasto oraz odwiedzić w szpitalu, w którym od środy zacznę pracę, na - na razie trzy miesiące.



Irlandzki pub - bardzo popularny widok i sposób spędzania czasu

5.10.2006

Dzisiaj dociera do mnie o wiele więcej, niż wczoraj. Mam okazję przyjrzeć się dyżurce na środku korytarza, gdzie jest zarówno wydzielone miejsce do przygotowywania iniekcji i kroplówek, jak i część biurowa, salom pacjentów, które również są wydzielone z korytarza, nazywają się „bay”- zatoka, każde łóżko ma zawieszoną dookoła ciężką kotarę, która jest zasłaniana za każdym razem, gdy podchodzi się do pacjenta wykonać zabieg, zebrać wywiad itp., stwarza poczucie odizolowania, ale jednak nie do końca.

Opatrunki przygotowujemy w zabiegowym, ale wykonujemy je- po zaciągnięciu zasłony przy łóżku chorego. Wszystkie leki dożylnie i narkotyczne są przed podaniem sprawdzone i podpisane przez dwie pielęgniarki, zarówno sam wpis do karty zleceń, jak i każda fiołka, butelka, czy tabletki (w przypadku narkotyków). Dodatkowo dowiaduję się, o czym słyszałam już w Polsce, że aby podawać leki dożylnie, czy do centralnego wkłucia, pobrać krew oraz założyć wenflon muszę mieć specjalny kurs, a zanim go ukończę, nie mogę tych czynności wykonywać, mimo, iż w Polsce robiłam to przez siedemnaście lat!!!

3.02.2007

Kończę kolejną noc (tutaj inaczej niż w Polsce pracuje się tylko na dni lub na noce, ja jako pielęgniarka z agencji wypracowuję dyżury różnie w zależności od potrzeb), rano obok codziennych czynności musimy przygotować karty pacjentów do spotkania zespołu terapeutycznego- multidyscyplinarny team.

Spotkania odbywają się co tydzień, są bardzo ważną częścią życia oddziału, z jednej strony z uwagi na specyfikę oddziału- przewlekły pobyt pacjentów na oddziale, z drugiej świetnie służą komunikacji w zespole dotyczącej pacjentów ale też poznawaniu wzajemnych oczekiwań i wymagań poszczególnych członków i grup zawodowych. Na spotkania przychodzą wszyscy pracownicy zajmujący się pacjentami, którzy obecnie są na oddziale: lekarze prowadzący, pielęgniarki, rehabilitanci, dietetycy, psycholog, pracownik socjalny. Często się zdarza, że w spotkaniu bierze udział pacjent i jego bliscy, którzy są traktowani jako część zespołu- nic nie dzieje się „za plecami” pacjenta, jest on informowany o każdej decyzji, co więcej ma na nie wpływ.

2.07.2007

Od dzisiaj zaczynam oficjalnie pracę na oddziale, na którym pracuję od dziewięciu miesięcy. Różnica polega na formie zatrudnienia, do tej pory byłam „z agencji”, teraz jestem zatrudniona na etat- po przejściu całej, dosyć ciężkiej i stersującej procedury rekrutacyjnej. Jako pracownik szpitala muszę odbyć obowiązkowe szkolenie dla nowych pracowników, tzw. induction week, tydzień wprowadzenia do pracy. Pierwszym punktem szkolenia jest wycieczka po szpitalu, poznawanie szlaków komunikacyjnych, położenia poszczególnych departamentów. Później poznajemy system wzywania pomocy w nagłych przypadkach, numery telefonów. Wykłady, które będą trwały przez tydzień- zgodnie z planem obejmują wszystkie zagadnienia ogólne, jakie będą przydatne mi i pozostałym, nowym pracownikom w pracy, są wśród nich- dokumentacja wykorzystywana w szpitalu, metody pobierania materiału na badania, monitorowanie pacjentów, postępowanie ze sprzętem i gazami medycznymi (również z gazem Entonox podawanym doraźnie pacjentom np. przy bolesnych zmianach opatrunków) itd. Wiele szkoleń, jak to, dzięki któremu będę mogła pobierać krew, zakładać wkłucia dożylnie, podawać leki dożylnie każdy z nas odbędzie według indywidualnego schematu.

31.12.2009

Po dziewięciu kolejnych miesiącach na Wyspach przyszedł czas na pożegnanie i powrót do domu, ale tak miało być od początku. Praca w Wielkiej Brytanii była niezwykle cennym doświadczeniem, czasami miałam wrażenie, że uczyłam się pielęgniarstwa od nowa. Wylatuję z Londynu wieczorem, w Polsce będę dwie godziny przed północą, a jutro zaczyna się nowy rok pełen nowych wyzwań już w Polsce.

London Eye

20.04.2007

Na tutejszym oddziale często są pacjenci z rozległymi, niegojącymi się ranami, które leczy się różnymi sposobami, aby uniknąć amputacji. Wcześniej nie spotkałam się z aż takimi ranami, wiele z nich jest zakażonych dosyć „popularnym” tutaj MRSA. Jeden z naszych pacjentów rany na amputacji kończyny dolnej walczy z zakażeniem, rana pięcie drugiej. Niestety prognozy są niekorzystne, rana stale się pogarsza. Pielęgniarka specjalistka leczenia ran- tissue viability nurse proponuje spróbować jeszcze jednej metody- leczenia rany za pomocą larw.

Akurat na moim dyżurze przychodzi specjalny pakunek zawierający małą torebkę, podobną do torebki herbaty, ale zamiast niej w środku ruszają się malutkie, białe robaki. Po zdezynfekowaniu rany, nakłada się torebkę z larwami, na nią wilgotny gazik, aby robaki nie wyschły i na to zakłada lekki opatrunek podtrzymujący to wszystko, reszta, czyli oczyszczenie rany z zakażonych i martwych tkanek należy do larw.

Jak się dowiaduję larwy pochodzą ze specjalnych hodowli, są sterylne i dostępne w różnych postaciach- luzem lub w torebkach o różnych rozmiarach, zawierających różną liczbę larw (liczba larw ma znaczenie w zależności od tego, jakim drobnoustrojem jest zakażona rana, larwy są wrażliwe np. na bakterię Pseudomonas, szybko giną, a pozostałe mogłyby nie wystarczyć do usuwania martwych, zakażonych tkanek). Ponieważ pierwszy raz widzę taki opatrunek, jestem bardzo ciekawa, czy zadziała...

10.04.2009

Po trzydziestu miesiącach pracy w Belfaście postanowiłam wrócić do Polski. W międzyczasie jednak dostałam ofertę pracy w Londynie, z której postanowiłam skorzystać- chciałam zobaczyć, jak pracuje się w stolicy Wielkiej Brytanii, która zawsze wydawała mi się nieosiągalna.

10 kwietnia w Wielki Piątek o 7.30 przekraczam po raz pierwszy próg jednej z największych, prywatnych klinik w kraju. Mam już za sobą szkolenie wprowadzające do pracy, podobne do tego, które przeszłam wcześniej w Belfaście, jest to standardem w całym kraju, w szpitalach państwowych i prywatnych. Tutaj największą różnicę dla mnie w porównaniu z poprzednią pracą stanowią stałe zespoły pielęgniarskie pracujące na tych samych zmianach, ale tylko na dni lub tylko na noce. Ja zdecydowałam się na pracę nocną, która wygląda tak, że zaczynamy zmiany w czwartek i pracujemy bez przerwy siedem nocy. Ciężko? Na pewno, ale za to kolejne siedem nocy jest wolne, co dla mnie oznacza przyjazd do domu w Polsce co dwa tygodnie.

Każdy z mojego zespołu, a jest nas troje ma pod opieką maksymalnie siedmioro pacjentów. Razem z nami na każdym dyżurze jest pielęgniarka pełniąca obowiązki oddziałowej. Kolejna różnica, z którą się spotykam w londyńskim szpitalu to różnorodność narodowości wśród personelu, mój zespół- złożony jest z pielęgniarki z Polski- to ja, pielęgniarki z Irlandii i pielęgniarza z RPA, a oddziałowa pochodzi ze Szkocji. W całym zespole zatrudnionym na oddziale są pielęgniarki m.in. z Francji, Szwecji, Nowej Zelandii, Bułgarii, Rumunii, Filipin, Indii i koleżanka z Polski. Praca w takim zespole jest ciekawym wyzwaniem. Również pacjenci pochodzą z różnych krajów świata. Wśród pacjentów często zdarzają się światowej sławy osobistości, jak aktorzy, piosenkarze, politycy, czy członkowie rodziny królewskiej.



Planowanie pozytywnego kresu życia i dobrej śmierci prewencja wypalenia zawodowego



Wojciech Nyklewicz

Foto. Maciej Krajewski

W profilaktyce wypalenia zawodowego ważne jest m.in. to, aby tworzyć pozytywną wizję własnej przyszłości, niezależnie od tego, co inni mówią na ten temat i czego doświadczają. W naszym społecznym otoczeniu zawsze znajdzie się ktoś, kto ze szczególną starannością zechce opowiadać nam przykłady tragicznych finałów ludzkich historii. Mają to być argumenty przemawiające za tym, że marzenia nie spełniają się, że człowieka spotykają niespodziewane przykrości, że nie da się zrealizować planów, że w pełni szczęścia przychodzi tragedia itd. Jeśli poddamy się tym toksycznym snowaniom, zmarujemy sobie życie udręczaniem się na podobieństwo otaczających nas malkontentów. Przy określonych cechach osobowości, w trudnych warunkach pracy i w niesprzyjającym otoczeniu społecznym, możemy zapracować sobie na pełnoobjawowy zespół wypalenia zawodowego. A tymczasem, naszym życiowym zadaniem jest dokonywanie możliwie najlepszych wyborów sposobu zorganizowania sobie czasu pomiędzy narodzinami a śmiercią. Eric Berne nazywa to strukturalizacją czasu [1].

W myśl tej koncepcji (Analiza Transakcyjna), o zespole wypalenia zawodowego można mówić jako o sposobie spędzania

czasu w oczekiwaniu na własną śmierć. Oczywiście, znamy o wiele przyjemniejsze metody działania, lecz nie zawsze dają się one zrealizować. Jest to tym trudniejsze, ponieważ w środowisku pracy pielęgniarzek zdecydowanie więcej jest ludzkich tragedii, cierpienia i śmierci. Te aspekty otoczenia społecznego w jakiś sposób wywierają piętno na ciałach i duszach osób zajmujących się niesieniem pomocy. Istnieje potencjalne zagrożenie upodobnienia się do otaczających ludzi (pacjentów), zwłaszcza wtedy, gdy ich tragiczne losy wywołują silne negatywne uczucia. W takich sytuacjach, niektóre pielęgniarki zaklinają się, że „nigdy nie chciałoby cierpieć i umierać jak ich pacjenci”. Niestety, tego typu zaklęcia każą myśleć o tym, czego chcemy uniknąć, a posłuszny mózg rejestruje właśnie te informacje, jako potencjalne propozycje do realizacji. Innymi słowy, myślenie o niechcianych sytuacjach jest tak samo wizualizacją czy też snuciem marzeń, jak planowanie sukcesów. Nie dziwny się zatem, że dzieje się tak, jak nie chcemy, by się działo, bowiem mechanizm ten jest ślepy – „materializują się” nasze wszystkie myśli, niezależnie czy są pozytywne czy negatywne; czy są zaprzeczeniami czy twierdzeniami; staje się to, co chcemy i to staramy się uniknąć. Z tego wynika, że metodą skutecznego planowania życiowego sukcesu, pozytywnego kresu życia i dobrej śmierci jest rozmyślanie o rzeczach dobrych, szczegółowe rozpamiętywanie i wyobrażanie sobie dobrych wydarzeń oraz „karmienie” swoich zmysłów pozytywnymi informacjami. Jak

widać, wiele zależy od naszych wyborów, a także od umiejętności.

W poprzednim odcinku, dotyczącym elementów profilaktyki zespołu wypalenia zawodowego, była mowa o metodzie pozytywnego planowania kresu swojego życia i okoliczności własnej śmierci. Należało wybrać sobie wiek, w którym chciałoby się umrzeć. Zaleceniem jest, aby był to wiek sędziwy (choć niekoniecznie), aby można było mieć wystarczająco dużo czasu na zrealizowanie marzeń i życiowych planów. Jednocześnie nie upieramy się, że wszystko ma się wydarzyć zgodnie z zamierzeniami, bowiem celem tej techniki jest wywołanie pozytywnego stanu zadowolenia i przyjemnego oczekiwania dobrej przyszłości. Ważnym elementem tej techniki jest nauczenie się akceptacji tego, co nas aktualnie spotyka i zaufania do losu, Boga, Wszechświata, że otoczeni jesteśmy troskliwą opieką oraz wytworzenia zaufania do tego, co nas dobrego czeka po śmierci.

Przygotowując się do zastosowania tej techniki, należy sobie wybrać za model osobę ze swojego otoczenia, która będąc w sędziwym wieku, jest względnie sprawna psychicznie i duchowo, i która z jakichś powodów jest dla nas atrakcyjna, bo np. ma ciekawą filozofię czy historię życia.

Kiedyś taką nieświadomą funkcję modeli pełnili dziadkowie wobec swoich wnuków, dla których byli osobowymi wzorcami. Dotyczyło to zarówno cech charakteru, jak również sposobu starzenia się i umierania. W tamtych czasach,

kres życia dokonywał się w środowisku rodzinnym, a nie w szpitalu, dlatego śmierć była oswojona. Najczęściej, osoba w podeszłym wieku przeżywała nadejście śmierci, informowała o tym bliskich, czyniono wspólne przygotowania, zawiadamiano dalszych krewnych, przygotowywano uroczysty obiad, po którym babcia lub dziadek żegnali się z bliskimi, odchodzili do swojego pokoju i, będąc na łożu śmierci, w otoczeniu wybranych osób dokonywali żywota. Całe misterium odbywało się z należytą powagą i szacunkiem, a osobom uczestniczącym towarzyszyło wzruszenie i nadzieja na przyszłe spotkanie. Scenariusz takiego sposobu umierania pochodzi z opowieści niektórych studentów i pielęgniarek uczestniczących w zajęciach o śmierci i umieraniu, które miałem przyjemność prowadzić. Oznacza to, że w tak naturalny i piękny sposób umiera jakaś część ludzi, i że niektóre pielęgniarki mają w swoim społecznym otoczeniu wzorce dobrej śmierci. Te osoby o śmierci i umieraniu mówią bez lęku i żalu, choć ze wzruszeniem, a pozytywna postawa wobec śmierci chroni je przed wypaleniem zawodowym.

Inne pielęgniarki, niemające podobnego przykładu w swym otoczeniu społecznym, mogą samodzielnie wytworzyć takie zasoby, używając do tego celu wyobraźni. Właśnie planowanie pozytywnego kresu własnego życia i dobrej śmierci jest tym samym, co rozpamiętywanie spokojnej starości i lekkiej śmierci babci czy dziadka. Do roli zastępczego modelu możemy wybrać długowieczne postaci z mediów lub z literatury. Dokonanie wyboru oraz zbieranie szczegółów podobne jest do młodzieńczych fascynacji aktorami, piosenkarzami, sportowcami czy innymi sławnymi osobami, których zdjęcia, plakaty oraz wycinki prasowe ze szczegółami ich życia, były pieczołowicie kolekcjonowane. Pewne atrakcyjne cechy osobowości, ale także wyglądu, brzmienia głosu i sposobu poruszania się zostały z powodzeniem zaadaptowane do repertuaru ekspresji, kształtującej się młodej osobowości fanki czy fana. Budowanie pozytywnego obrazu własnej starości, kresu życia i okoliczności śmierci na podstawie modelowania, czyni nasze starania bardziej prawdopodobnymi. Podobny, choć negatywny w skutkach proces odbywa się w sytuacjach narzekania na ciężki los ludzi starych, mówienia: „starość jest bolesna, samotna, schorowana, cierpiąca i zapomniana”. Takie właśnie rozpamiętywanie złych aspektów starzenia się jest niczym innym jak wizualizacją i budowaniem obrazu własnej starości,

kresu życia i śmierci wg scenariusza, opowiadanej w cytacie.

Pielęgniarkom, poszukującym pozytywnego modelu kobiety w sędziwym wieku – sprawnej psychofizycznie i duchowo – z całą pewnością można polecić osobę profesor Rity Levi-Montalcini – włoskiej noblistki w dziedzinie medycyny, która zmarła w grudniu 2012 r. Za swoje zasługi w 2002 r. Pani Profesor została mianowana przez prezydenta Włoch Carla Azeglio Ciampiniego dożywotnim senatorem. „Blisko stuletnia senator uczestniczyła w długich posiedzeniach izby wyższej parlamentu i przychodziła na najważniejsze głosowania, wzbudzając powszechny podziw i uznanie” [2].

Moim osobistym modelem długowieczności i dobrej kondycji psychofizycznej i duchowej jest Czesław Miłosz. Znam jego wizerunek, choć nie skorzystam ze wszystkich elementów jego życiorysu. Uzupełniam je, czerpiąc wzorce z innych postaci, także osób, które poznałem osobiście.

W procesie budowania pozytywnego obrazu starzenia się, kresu życia i dobrej śmierci ważne jest kwestionowanie i przeciwstawianie się „obowiązującym” schematom postępowania, przypisanym do określonego wieku życia. Jeśli tylko dostrzegamy w swoich wypowiedziach następujące frazy: „po 30-tce należy się ustabilizować”, „po przekroczeniu 40 równoleżnika to już tylko z górki”, „w dojrzałym wieku nie wypada zachowywać się jak młodzieniec”, „wiek zobowiązuje...”, „po 50-tce to już starość” – to mogą one świadczyć o przywiązaniu do zwyczajowych schematów postrzegania siebie w określonym wieku i pełnienia ról społecznych wg przepisów narzuconych z zewnątrz. Oznacza to także, iż osoba przywiązana do tego typu schematów, ma skłonność do krytykowania innych osób, postępujących inaczej niż ona. Jest to także sygnał mówiący o tym, iż możemy zestarzeć się zgodnie z negatywnym scenariuszem, funkcjonującym w danej społeczności. W profilaktyce zespołu wypalenia zawodowego, Carl Whitaker proponuje „niszczenie” właśnie takich ustrukturyzowanych ról [3]. Jak to uczynić?

Podam własny przykład. W 1997 r. uczestniczyłem w zajęciach prowadzonych przez Olę Raut – terapeutkę Gestalt, somatoterapeutkę, tłumaczkę i tancerkę Flamenco. Trening oczywiście spowodował rozwój zawodowych umiejętności, jednak najważniejsze wydarzyło

się w czasie wspólnego obiadu uczestników i trenerów. Olga Raut pokrótce opowiedziała o swoim życiu. Dowiedziałem się od niej, że po studiach wyjechała do Paryża na kolejne studia i została na emigracji. Obecnie mieszka w Genewie, pracuje zaś w Europie. Ta informacja była w tamtych czasach zupełnie dla mnie niezrozumiała ze względu na życie w kraju ciągle zamkniętych granic. W wieku 42 lat Olga Raut pierwszy raz widziała występ Teatru Tańca Flamenco z Hiszpanii. Była tym tak bardzo zafascynowana, że po spektaklu poszła za kulisy i zapytała, jak może zostać tancerką. Zrealizowała swój plan, a nawet została nauczycielką Flamenco. Od tamtej pory, w przerwach wakacyjnych wspólnie z trupą teatralną z Hiszpanii jeździ po Europie i tańczy Flamenco. Kluczowym w tej opowieści był fakt, że w wieku 42 lat (byłem wtedy znacznie młodszy) można robić rzeczy niezwykle, np. uczyć się nowych umiejętności, a nie tylko spędzać czas przed telewizorem. Później, w zupełnie innych okolicznościach dowiedziałem się, że pewna Starsza Dama zaczęła nurkować w wieku 73 lat. Mam pełną świadomość tego, że opisane świadectwa innych osób pomogły mi złamać schemat roli społecznej mężczyzny, przypisanej do wieku mętrykalnego. To dało mi możliwość kształtowania własnego życia wg moich pomysłów i planów, często wbrew nieświadomemu scenariuszowi mojej rodziny generacyjnej i oczekiwaniom społecznym, jednocześnie nie naruszając praw innych ludzi.

Tak więc wypełnianie życia pozytywnymi treściami może chronić przed wypaleniem zawodowym. Jak zwykle, wybór należy do każdego człowieka, co uczyni z sobą i jak pokieruje swoim życiem? Proponowana technika budowania pozytywnego obrazu starzenia się, kresu życia i dobrej śmierci jest alternatywą wobec nasycania się widokami cierpienia. Ważne jest, że nie musimy chorować i umierać tak, jak nasi pacjenci. Nie musimy „umierać” razem z nimi. Możemy skorzystać z wolności i pielęgnować siebie tak, aby stawać się coraz bardziej sobą, wybierając najlepsze wzorce ■

Piśmiennictwo:

1. Berne E.: *Dzień dobry i co dalej?* Wydawnictwo Rebis, Poznań 1998.
2. Informacja PAP: *W wieku 103 lat zmarła włoska noblistka. Rzeczpospolita*, wydanie internetowe. Pobrano w dniu 15.01.2013 z adresu: <http://www.rp.pl/artykul/965282.html>
3. Augustus Y. Napier, Carl Whitaker: *Rodzinna karuzela. Terapia rodzin bez tajemnic*. Wydawnictwo Znak, 2006.

Uniwersytet trzeciego wieku

jako instytucja przeciwdziałająca marginalizacji osób starszych



Bernadetta Łacheta
Caritas Archidiecezji
Krakowskiej

„Starość wieńczy życie.

Jest czasem żniw. Żniw tego, czego się nauczyliśmy, co przeżyliśmy; żniw tego, co zdziałaliśmy i osiągnęliśmy, a także tego, co wycierpieliśmy i wytrzymaliśmy.

Jak w końcowej partii wielkiej symfonii, te wielkie tematy współbrzmia potężnie.

Jan Paweł II

Starzenie się społeczeństw

Zjawisko starości i starzenia się społeczeństw od lat znajduje się w kręgu zainteresowań przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, nie tylko społecznych i humanistycznych, a obecnie należy również do ważnych procesów demograficznych współczesności. Starość należy do tych terminów, które – mimo, że znajdują się w codziennym użyciu, są trudne do precyzyjnego zdefiniowania. Starość uznawana jest za naturalny i nieunikniony proces, który czeka na każdego z nas. Aktualnie starzenie się społeczeństw wykracza daleko poza granice państw europejskich i dotyczy zarówno krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się, a w ostatnich latach stało się jeszcze bardziej widoczne. Jest to proces nieodwracalny, a jego skutki obserwować można we wszystkich ważnych sferach życia społecznego. Nowym zjawiskiem, które zauważyć można w naszej rzeczywistości jest „globalne starzenie się”.

Zgodnie z terminologią ONZ starzenie się społeczeństwa zaczyna się wówczas, gdy udział ludności w wieku powyżej 65 lat przekroczy 7% ogółu. Poprzez starzenie się społeczeństwa rozumie się zwiększenie liczby „młodych starych” (osób powyżej 60 lat), seniorów (powyżej 70 lat) oraz osób sędziwych (powyżej 80 r. życia). Wzrost odsetka osób starszych w zbiorowościach ludzkich związany jest z wieloma aspektami, następuje on między innymi na skutek spadku rozrodczości, związany jest z wydłużaniem się znacząco życia, obniżeniem

Tabela 1. Czas trwania ludzkiego życia z uwzględnieniem płci

Trwanie życia	2002	2010	2020	2030
Kobiety	78,8	80,6	81,8	83,3
Mężczyźni	70,4	73,3	75,8	77,6

Źródło: GUS: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/L_prognoza_ludnosci_PL_2008-2035.pdf

się umieralności w starszym wieku, podniesieniem poziomu opieki zdrowotnej oraz szybkim rozwojem medycyny.

Zmieniająca się struktura demograficzna wymaga nowego spojrzenia na ten etap ludzkiego życia. Prognozy demografów wskazują, że odsetek osób w wieku powyżej 65 lat w ciągu najbliższych lat nadal będzie systematycznie wzrastał. Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że liczba osób w wieku poprodukcyjnym będzie zwiększała się przeciętnie o ponad 100 tys. rocznie; następne lata przyniosą znacząco większy wzrost – w okresie dekady 2010-2020 średniorocznie będzie przybywało prawie 200 tys. osób w wieku 60/65 lat i więcej¹. Ponadto uwidaczniać zaczęły się trendy związane z wydłużaniem się życia mężczyzn i kobiet. Treść poniższej tabeli numer 1 przedstawia wzrost przeciętnej długości trwania życia w okresie od 2002 do 2030 roku, gdzie wiek wzrasta do poziomu ok. 77,6 roku u mężczyzn oraz do 80 lat u kobiet.

Uniwersytety Trzeciego Wiek

Proces starzenia się w dużym stopniu zależy od tego, w jaki sposób człowiek odnajduje się w nowych rolach, jakie stawia przed nim życie oraz jaką postawę przyjmuje w stosunku do tego nowego okresu swojego życia i zmian, jakie niesie ze sobą starość. Spostrzec można, że w szybko zmieniającym się współczesnym świecie, mimo dominacji kultu młodości coraz większą popularność zyskuje aktywne starzenie się. Grażyna Orzechowska wyróżniła następujące rodzaje aktywności szczególnie ważne dla osób starszych. Są to:

- aktywność domowo-rodzinna, rozumiana jako wykonywanie różnych czynności związanych

z prowadzeniem gospodarstwa domowego oraz z życiem najbliższej rodziny,

- aktywność kulturalna, która jest przejawem miejskiego stylu życia i dotyczy np. czytelnictwa, oglądania telewizji, korzystania z instytucji kulturalnych, klubów seniora,
- aktywność zawodowa, która odgrywa ogromną rolę w życiu człowieka, zaspokajając potrzebą uznania, użyteczności, przydatności. Ułatwia samookreślenie kulturowe, poprawia samopoczucie,
- aktywność społeczna – najczęściej uczestniczą w niej osoby, które wcześniej wyróżniały się aktywnością działacza w danym środowisku, jest ona najsłabiej rozpowszechniona wśród osób starszych,
- aktywność edukacyjna – pomaga człowiekowi starszemu na ciągle doskonalenie siebie, umożliwia tym osobom ćwiczenie umysłu, poznawanie nowych zagadnień, ludzi,
- aktywność religijna – w wieku starszym wzrasta znaczenie religii jak i uczestniczenie w obrzędach religijnych,
- aktywność rekreacyjna – starszym osobom potrzebny jest ruch fizyczny, wypoczynek oraz wykonywanie ulubionych zajęć dla własnej przyjemności, między innymi: praca na działce, turystyka, zajęcia sportowe, zabawy, zajęcia klubowe².

Liczne badania wykazują, że seniorzy będący na emeryturze, bądź też rencie mają duże możliwości rozwojowe, a ich ciągle aktualizowanie wiedzy i informacji odbywać się może dzięki kształceniu ustawicznemu. Starość nie musi być bowiem beczynnością. ■

1. Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035, GUS, Warszawa 2009, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/L_prognoza_ludnosci_PL_2008-2035.pdf

2. G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 2001, s. 28-29.

Patofizjologia choroby wysokościowej



Katarzyna Bednarczyk
mgr pielęgniarstwa

„Wszystkie krajobrazy kryją w sobie opowieści: te, które czytamy, te, które sami sobie śnimy i te, które sami piszemy.

Michael Kennedy „Alpinista”
(tłum. S. Gieżyński)

Polski himalaizm to imponująca karta w historii naszego kraju. Rutkiewicz, Wielicki, Kurtyka, czy Kukuczka to nazwiska znane na całym świecie. Niezwykle jest to, że pomimo stanu wojennego, złej sytuacji ekonomicznej i znacznie gorszego sprzętu wspinaczkowego dokonano historycznych wejść na wszystkie ośmiotysięczniki. Wejście na tak wysokie szczyty wymaga od himalaisty nie tylko sprawności fizycznej i wielkiej siły ducha, w tym sporcie stopniowa i odpowiednio długo trwająca aklimatyzacja odgrywa najważniejszą rolę. Czasu potrzebnego na aklimatyzację nie da się w żaden sposób skrócić.

Gdyby człowieka – nawet o najzdrowszym i najlepiej wytrenowanym organizmie – przenieść nagle na wysokość 7500 m n. p. m., to po dziesięciu minutach straciłby przytomność i wkrótce potem zmarł. Na szczycie Everestu (8850 m n.p.m.) agonია trwałaby od trzech do pięciu minut. Podobnie jest z czasem, jaki można bez zagrożenia życia spędzić na dużych wysokościach. Do 7400 metrów nawet kilkanaście dni. Powyżej 7500 metrów, która to granica określana jest granicą śmierci biologicznej, od kilku godzin do – w wyjątkowych sytuacjach – kilku dni [7]. Aklimatyzacja polega na tym, że wchodzi się na pewną wysokość, a następnie schodzi na dół. W ten sposób organizm prowokowany jest do produkcji zwiększonej liczby czerwonych krwinek odpowiadających za transport tlenu. Tylko wtedy wspinacz ma szansę na wykonanie wysiłku koniecznego do zdobycia szczytu, gdyż zawartość tlenu w powietrzu na wysokości około ośmiu tysięcy

metrów jest równa mniej więcej jednej czwartej tego, co na nizinie [8].

Choroba wysokościowa – HAI (*High-Altitude Illness*) to główny i najpoważniejszy problem zdrowotny u osób uprawiających wspinaczkę wysokogórską. Ostra choroba wysokościowa – AMS (*Acute Mountain Sickness*) to powikłanie z powodu długotrwałego niedotlenienia i obniżonego ciśnienia atmosferycznego. Wg jednej z hipotez przyczyną AMS jest zatrzymanie płynów we wszystkich komórkach, a przede wszystkim w komórkach mózgowych oraz zatrzymanie w organizmie wody i sodu. Mówi się także o zmniejszonej początkowej odpowiedzi wentylacyjnej płuc wobec hipoksji wysokościowej. Najczęstszą przyczyną śmierci w wysokich górach jest wysokościowy obrzęk płuc – HAPE (*High Altitude Pulmonary Edema*) [3]. Ryzyko pojawienia się kolejnego epizodu HAPE wzrasta do około 60% u osób, które szybko osiągają wysokość 4500 m n. p. m. i które już kiedyś przebyły HAPE [2,6]. Głównym czynnikiem wyzwalającym jest obniżone ciśnienie parcjale tlenu w powietrzu wdychanym. Najważniejszą przyczyną pojawienia się obrzęku jest nadmierne zwiększenie ciśnienia w tętnicy płucnej.

Początek obrzęku płuc spowodowanego obecnością na dużych wysokościach może być zaskakująco nagły [3]. Chory skarży się na zmęczenie, głębokie zaburzenia oddychania, początkowo suchy kaszel, który może się zmienić w produktywny z odkrztuszaniem pianistej, krwistej płwociny, obserwuje się sinicę oraz zmiany stanu umysłowego. Początkowo objawy mogą wyglądać niegroźnie, ale stan może się szybko pogorszyć, przechodząc w śpiączkę lub nawet śmierć w ciągu kilku godzin.

Najgroźniejszym powikłaniem choroby wysokościowej jest wysokościowy obrzęk mózgu – HACE (*High Altitude Cerebral Edema*) W niecałkowicie poznanym patomechanizmie HACE, hipoksja wysokościowa stanowi główny bodziec uruchamiający w organizmie procesy pojawiania się rozległych zmian w strukturze mózgu. Wyznacznikami HACE są beładny chód,

zmiany stanu umysłowego, bóle głowy i nudności. Pojawiają się halucynacje, niedowłady nerwów czaszkowych, krwawienia do siatkówki, porażenie połowicze oraz ataki padaczkowe. Może wystąpić bardzo szybka progresja – od splątania przez otępienie do śpiączki.[1].

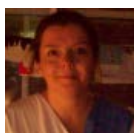
W roku 2006 liczba ofiar wchodzących na Mont Everest przekroczyła 200 [4]. Zwiększenie zainteresowania wysokimi górami sprawia, że choroba wysokościowa staje się wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Lekarz Ken Kamler w wypowiedzi dla National Geographic: Jeszcze się nie zdarzyło, bym w czasie pobytu w bazie pod Everestem nie zetknął się z choćby jedną osobą cierpiącą na obrzęk mózgu lub płuc [5]. Nie zraża to jednak himalaistów, bo ich życiem jest wspinaczka. Jak napisał Saint-Exupery: Umierać warto tylko za to, dla czego warto żyć. Możemy tylko podziwiać ich wyczyny i szukać wciąż nieodkrytych tajemnic funkcjonowania ludzkiego organizmu na najwyższych górskich wysokościach. ■

Piśmiennictwo:

1. S. Briggs, K. Brinsfield, Wczesne postępowanie medyczne w katastrofach, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007, s. 173-178.
2. W. Dąbrowski, R. Dąbrowski, T. Wyciszczyk, i WSP, Gospodarka tlenem organizmu ludzkiego na dużych wysokościach, Wiadomości Lekarskie, 2006, 59, s. 238-241.
3. A. Debudaj, R. Babiński, Patofizjologia ostrej choroby wysokościowej, Polski Merkuriusz Lekarski, 2010, XXVIII, s. 478-481.
4. <http://www.himalaje.pl/mounteverestinfo.htm>
5. K. Kamler, Everest. 50 lat na Dachy Świata, National Geographic, 2003, nr 5 (44).
6. T. Przybyłowski, J. Zieliński, Problemy medyczne związane z przebywaniem na dużej wysokości. Pneumologia i Alergologia Polska, 2004, 72, s. 134-138.
7. J. Kukuczka, opracowanie T. Malanowski, Na szczytach świata, Krajowa Agencja Wydawnicza, Katowice 1990, s. 59-60.
8. M. Wojciechowska, Przesunąć horyzont, Kraków 2006, s. 90-91.



Klasyfikacje praktyki pielęgniarstwa



lic.piel. Katarzyna Trzpieł,
Sztuka Pielęgowania

W codziennej pracy posługujemy się bardzo zróżnicowanym językiem, mówiąc lub pisząc raport o jednym pacjencie, używamy różnych zwrotów i określeń na opisanie tych samych stanów, sytuacji, czynności. Dużym ułatwieniem i unikaniem rozbieżności w codziennej praktyce zawodowej jest ujednolicenie języka, którym się posługujemy. Pierwsze kroki w budowaniu jednolitej terminologii stawiane były ponad sto lat temu [1]. Pierwsze próby spisania klasyfikacji praktyki pielęgniarstwa podejmowano już w latach 70 dwudziestego wieku [1]. Obecnie stajemy przed koniecznością posługiwania się jednolitym, jasnym językiem, który jest zrozumiałym dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Duży wpływ na przyspieszenie procesu ma niewątpliwie coraz powszechniejsze zastosowanie technologii cyfrowych w ochronie zdrowia. Aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej

oraz sposobu jej przetwarzania dopuszcza wytwarzanie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej w postaci papierowej lub elektronicznej. Wymusza, aby dokumentacja medyczna od 1 sierpnia 2014 była prowadzona przez placówki ochrony zdrowia wyłącznie w formie elektronicznej.

Punktem wyjścia dla tworzenia klasyfikacji był i jest proces pielęgniarstwa, a także diagnoza pielęgniarstwa będąca jednym z etapów procesu.

Proces pielęgniarstwa jest złożony i obejmuje całościowe podejście do pacjenta, jego obecnych problemów zdrowotnych, prawdopodobnie mogących się pojawić czy też możliwych do wystąpienia. Ważnym jest, aby proces ten był wieloetapowy, ciągły, dynamiczny i logiczny. Obecnie proces składa się z czterech etapów (w zależności od autora z trzech lub pięciu etapów, w Polsce do tej pory stosowany był czteroetapowy [2]), jednakowo istotnych i mających równe znaczenie:

1. Rozpoznanie, składające się z gromadzenia danych o pacjencie i postawienia diagnozy pielęgniarstwa,

2. Planowanie – ustalenie priorytetów i celów opieki, zlecenia pielęgniarstwa,
3. Realizacja planu opieki,
4. Ocena podejmowanych działań, ewaluacja i dostosowanie do zmieniających się warunków, stanu zdrowia, otoczenia.

Aby dojść do postawienia diagnozy pielęgniarstwa, należy najpierw zgromadzić dane oraz dokonać ich analizy. Gromadzenie danych o pacjencie rozpoczyna się w momencie objęcia opieką pacjenta. Dane można zbierać różnymi metodami, w zależności od stanu pacjenta, jego świadomości, chęci współpracy. Można wykorzystywać dostępną dokumentację, wywiad, obserwację, badanie parametrów, badanie fizykalne bądź inne sposoby.

Termin diagnoza pielęgniarstwa został wprowadzony w roku 1953 przez Sarę Fry [3], obecnie istnieje wiele definicji diagnozy pielęgniarstwa. W uproszczeniu diagnoza pielęgniarstwa opisuje stan zdrowia pacjenta, składa się z określania podstawowych objawów podmiotowych i przedmiotowych lub czynników ryzyka [2]. Pierwsze próby spisania

i uporządkowania praktyki pielęgniarskiej podjęto w Stanach Zjednoczonych w latach siedemdziesiątych XX wieku.

Klasyfikacja NANDA

Nazwa NANDA – pochodzi od słów *North American Nursing Diagnosis Association*, czyli Północnoamerykańskie Towarzystwo Diagnozy Pielęgniarskiej. Historia NANDY rozpoczęła się w roku 1973 na I Krajowej Konferencji Klasyfikacji Diagnóz Pielęgniarskich, która odbyła się w St. Louis, Missouri, USA. Rozpoczęto wówczas klasyfikację poprzez spisanie diagnoz pielęgniarskich w kolejności alfabetycznej. Towarzystwo powstało dziewięć lat później, członkami były Stany Zjednoczone i Kanada. NANDA rozwijała klasyfikację praktyki pielęgniarskiej w różnych kategoriach.

Od roku 2002 używana jest nazwa NANDA International. Zmiana nazwy spowodowana była dołączeniem nowych członków z państw spoza Ameryki Północnej (w roku 2010 były to 32 kraje), skrót NANDA w nazwie pozostawiono z uwagi na jego rozpoznawalność na świecie. NANDA wyróżnia jedenaście kategorii diagnostycznych, są to: percepcja zdrowia-utrzymanie zdrowia, odżywianie-metabolizm, wydalanie, aktywność-ćwiczenia, sen-odpoczynek, funkcje poznawcze-percepcja, percepcja siebie, role-relacje, seksualność-rozmnażanie, radzenie sobie-tolerancja stresu, wartości-wierzenia. Diagnoza pielęgniarska według NANDA to kliniczna ocena dotycząca reakcji pacjenta, rodziny lub środowiska na występujące lub potencjalne problemy zdrowotne czy procesy życiowe [2].

Sformułowanie diagnozy składa się z czterech części/etapów:

- Określenie **tytułu** opisującego obecny lub potencjalny problem, nazwa rozpoznania,
- Podanie **definicji** – opis rozumienia terminu,
- **Cechy charakterystyczne**, kryteria pozwalające określić czy dany problem występuje, subiektywne i obiektywne,
- **Czynniki ryzyka** mające wpływ na wystąpienie problemu [5].

ICNP

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP (*International Classification for Nursing Practice*) jest wspólną terminologią używaną do opisu elementów praktyki pielęgniarskiej. Czyli ogólnie mówiąc, do działań, które pielęgniarka wykonuje w odniesieniu do poszczególnych potrzeb

i stanu człowieka w celu osiągnięcia określonych wyników.

Pierwsze plany utworzenia ICNP powstały w 1989 roku w Seulu na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (*International Council of Nurses*). Wspólnie podjęto decyzję, że towarzystwa członkowskie pod patronatem ICN powinny podjąć działania w celu stworzenia narzędzi, dzięki którym pielęgniarki na całym świecie będą mogły opisać swoją praktykę. Pierwsza wersja ICNP alfa została opublikowana w 1996 roku, następnie wersja beta w 2001 roku. Praca nad udoskonaleniem klasyfikacji trwała przez wiele lat i tak w 2005 roku powstała Wersja 1,0.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) posiadające upoważnienie przetłumaczyło Wersję 1,0 ICNP. We wstępie do wydania polskiego Dorota Kilańska podkreśla, że „Projekt ICNP w Polsce nie zakończy się tylko wydaniem tego opracowania, gdyż jest to proces, który będzie kontynuowany dzięki współpracy wielu grup pielęgniarek- specjalistów w różnych dziedzinach pielęgniarstwa, naukowców, informatyków oraz organizacji, których zadaniem jest czuwanie nad jakością usług medycznych i bezpieczeństwem pacjentów. Przed nami jeszcze wiele pracy, wierzę jednak, iż zrozumienie idei wprowadzenia jednolitego, obowiązującego wszystkich zbioru terminologii pielęgniarskich w formie ICNP spowoduje, że wszyscy zaangażujemy się w to poważne przedsięwzięcie dla dobra przyszłych pokoleń pielęgniarek, a przede wszystkim dla dobra naszych pacjentów” [6].

Dlatego też kluczową rolę w rozwijaniu i stosowaniu ICNP® odgrywają pielęgniarki, które [6]:

- Stosują ICNP® w swojej praktyce,
- Służą jako eksperci i recenzenci dla rekomendowanych zmian ICNP®,
- Tłumaczą ICNP® na inne języki,
- Biorą udział w wyczerpującej, postępującej ocenie ICNP®,
- Pracują wspólnie w imię rozwoju zasadniczych celów i strategii, które mają zapewnić właściwe przyjęcie ICNP® w świecie.

Literatura wskazuje wiele korzyści płynących ze stosowania klasyfikacji ICNP w praktyce pielęgniarskiej, takich jak swobodny przepływ informacji, możliwość kontynuacji opieki w innych krajach Unii Europejskiej i na świecie, opis procedur pielęgniarskich, zmniejszenie kosztów ponoszonych na opiekę oraz długości hospitalizacji co wszystko zmierza do

zapewnienia wysokiego standardu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem.

Obecna Wersja 1,0 ICNP® składa się z jednej struktury klasyfikacyjnej, która złożona jest z siedmiu osi (wersja beta składała się z dwóch struktur po osiem różnych osi co sprawiało, że występowały powtórzenia i wieloznaczności).

Model 7-osiowy ICNP® [6]:

- Przedmiot: obszar uwagi, istoty z punktu widzenia pielęgniarstwa.
- Ocena: kliniczna opinia lub orzeczenie w związku z przedmiotem praktyki pielęgniarskiej.
- Środki: sposób lub metoda pomyślnego zakończenia działania.
- Działanie: celowe działanie podejmowane w stosunku do pacjenta.
- Czas: punkt, czas, przypadek, przebieg lub okres trwania zdarzenia.
- Lokalizacja: anatomiczne lub przestrzenne zorientowanie diagnozy lub działania.
- Klient: podmiot, do którego odnosi się diagnoza.

Klasyfikacje praktyki pielęgniarskiej mimo, iż powstawały oddzielnie, to jednak przyświecały im podobne cele – ujednolicenie słownictwa, ułatwienie codziennej pracy, korzyść dla pacjenta i pielęgniarek. Obecnie dąży się do połączenia powyższych klasyfikacji. Praktyka pielęgniarska w Polsce zasługuje na rozwój i naukowe podejście. Niewątpliwie stworzone klasyfikacje powinny mieć szanse zaistnienia w naszych realiach, a nie być tylko teorią. Ujednolicona terminologia zawodowa niesie za sobą wiele korzyści, jednak wymaga od pielęgniarek nakładów chęci i otwartości na zmiany. ■

Piśmiennictwo:

1. Kilańska D., *Interoperacyjność danych w transgranicznej opiece zdrowotnej, monografia z konferencji „Pacjent-pielęgniarka partnerzy w działaniu”*, Kraków 31.05-1.06.2012
2. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.(red.), *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
3. Kózka M., *Konceptualizacja istoty diagnozy pielęgniarskiej*, Ad-Vocem, MOIPiP, 2009 nr 11-12
4. <http://www.nanda.org/Home.aspx>
5. Doenges M.E., Moorhouse M.F., *Nursing diagnoses with intervention*, F.A.Company, Philadelphia, 1991
6. *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP wersja 1,0 oficjalne tłumaczenie Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Makmed, Warszawa – Lublin 2009*



Moja szkoła we wspomnieniach



W ostatnich latach w Polsce nastąpiły znaczące zmiany w nauczaniu pielęgniarstwa. Wraz z przeobrażeniami zmienia się też rola szkoły, z nauczającej i kształtującej postawy uczennic, czy studentek i studentów do skoncentrowanej na nauczaniu.

Co wynosiliśmy ze szkoły dwadzieścia, trzydzieści lat temu, a jak jest teraz? Jak co miesiąc do wypowiedzi zaprosiliśmy Redakcję, ale chętnie wysłuchamy też opowieści Czytelników.

Cytaty ze wspomnień absolwentek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa

„...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...”

Bronisława Kapelewska-Szumińska (Kurs XII)

„...Niezapomniana Szkoła Życia, która ukształtowała liczne pokolenie pielęgniarek do zawodu, z którego do dzisiejszego dnia są dumne...”

Helena Rabowska-Witkiewicz (Kurs XXXII)

Źródło: Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego, www.wmp.org.pl.

Wojciech Nyklewicz

Studium psychiatryczne wspominać jako miejsce osobistego rozwoju. Głównie dlatego, że pozwalano nam realizować nasze terapeutyczne zainteresowania. Miałem dużo wolności, a nauczyciele wspierali kreatywność. W ten sposób nauczyłem się psychorysunku, relaksacji metodą Schultza, wizualizacji, czy grupowego omawiania pacjentów. Zrealizowałem także trening interpersonalny wg scenariusza J. Mellibrudy. To były moje pierwsze doświadczenia komunikacyjne, choć w tamtych czasach nikt nie używał takiego pojęcia.

Wadą natomiast była konieczność podporządkowania się marksistowsko-leninowskiej ideologii. Jako buntownik, nieznoszący żadnej formy totalitaryzmu, któregoś roku nie uczestniczyłem w obowiązkowym pochodzie pierwszomajowym, za co za karę nie mogłem pojechać na rajd w charakterze ochrony medycznej, choć sam byłem

współorganizatorem i jednym z projektodawców tej akcji.

Gdy porównuję systemy szkolnictwa medycznego – ten, przez który przeszedłem i ten, który współtworzyłem – to uważam, że obecnie studenci mają gorzej. Dzień formalnej nauki w szkole kiedyś trwał od godz. 8:15 do ok. 15:00. Jeśli zajęcia odbywały się po południu, to oczywiście przedpołudnie było wolne. Zarówno przed jak i po dyżurach nocnych zawsze był cały dzień wolny. Wiedziałem, że muszę zadbać o wypoczynek, przygotować się do dyżuru nocnego i dobrze po nim zregenerować się. Miałem czas na naukę własną, na życie osobiste, na rozrywki. Soboty i niedziele często spędzaliśmy na wyjazdach.

Natomiast średni czas nauki formalnej współczesnych studentów wynosi ok. 10 godzin dziennie. Kiedyś studentka pielęgniarstwa, mieszkająca w akademiku, powiedziała: „Gdy ja wstaję na zajęcia, studenci lekarskiego

jeszcze śpią, a gdy wracam z zajęć, oni już śpią”.

Uważam, że współczesne studia wyrabiają złe nawyki zdrowotne – po prostu produkują pracoholików, którzy po powrocie do domu, jeszcze tej samej nocy muszą przygotować się do zajęć na jutro. Jest to ewidentne wyrządzenie krzywdy, lecz, mam wrażenie, że w tym systemie kształcenia student liczy się najmniej. Gdyby istotnie chodziło o dobre przygotowanie pielęgniarek, także pod względem dbałości o własne i pacjentów bezpieczeństwo, to studia licencjackie trwałyby 4 lata, co zresztą przewiduje europejski standard kształcenia. Widać jednak, że w polskiej polityce edukacyjnej chodzi o szybkie „wyprodukowanie” dużej liczby absolwentów, gotowych podjąć pracę od zaraz. Taka „krótkowzroczność” decydentów kiedyś się na nas zemści.

Kasia Pawłowska

Wspomnienia ze studiów...

Studia były dla mnie czasem nie-
zwykłym. Wiązało się to z wyjazdem
z domu rodzinnego, z nowym mia-
stem, samodzielnym mieszkaniem oraz
z rozpoczęciem przygody z pielęgniar-
stwem. Pamiętam pierwszy rok: por-
anne wstawanie, wykłady do 20.30,
liczne praktyki, sesje oraz mało czasu
na prawdziwe weekendy studenckie.
Uczelnia stała się moim drugim do-
mem, gdzie w gronie nowych znajo-
mych spędzałam całe dnie. W czasie
pierwszych lat dużo się uczyłam, za-
równo teorii jak i praktyki. Ale pamię-
tam ten dzień, w którym poczułam, że
cały ten wysiłek i chęć bycia pielęgniar-
ką właśnie wcieliły się w życie.

Przyszła ostatni rok studiów i prak-
tyki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.
Moja grupa licząca wtedy 8 osób została

rozdzielona na różne oddziały. Ja trafiłam
na dość ciężki bo oddział zamknięty. Już
sama nazwa mnie przerażała a pierwszy
dzień nie miał końca. Następnego dnia
szłam na zajęcia zrezygnowana, pełna
wątpliwości. Ale na to, co miało się stać
już tego poranka, zupełnie nie byłam
przygotowana. Oddziałowa przywitała
mnie bardzo serdecznie a równocześnie
ze strachem w oczach i ogromną prośbą
o wsparcie. Nie wiedziałam kompletnie
o co chodzi i przypuszczałam najgorsze.
Ona zaś wytłumaczyła sytuację - pie-
legniarka wzięła urlop na żądanie i została
tylko jedna osoba na cały oddział. Zapy-
tała, czy nie zostalabym do 19.00 i nie
pomogła przy chorych. W zamian obie-
cała zakończenie praktyk w trybie zaska-
kująco szybkim, bo już tego samego dnia
o 19.00. Oczywiście miałam inne plany
ale jak to student, przeliczyłam - 3 dni
wolne i się zgodziłam. I tak rozpoczęłam

pierwszy 12-sto godzinny dyżur. Personel
zaufał mi w 100 procentach i robiłam, co
uważałam za słuszne. Oczywiście nie roz-
kładałam leków bo zajmowało to dziennie
kilka godzin i nie posiadałam jeszcze ta-
kiej wiedzy ale sama mierzyłam poziomy
glikemii, podawałam insulinę, zakładałam
wkłucia obwodowe, podłączałam płyny
nawadniające itd. Teraz z perspektywy
czasu wydaje się to banalne, ale wtedy...
Do tego dnia zawsze był ktoś (nauczyciel,
pielęgniarka) przy mnie, kto tłumaczył,
kontrolował. Odpowiedzialność spadała
na kogoś innego, a ja byłam gdzieś jakby
z boku. Tego dnia poczułam ciężar samo-
dzielności i odpowiedzialności za życie
chorych. Czułam, że stoję się pielęgniar-
ką i że to jest właśnie to, na co pracowałam
całe studia. Rzucono mnie na głęboką
wodę - była to praktyka ciężka ale nie-
zapomniana.

Agnieszka Herzig



Prawe skrzydło budynku byłej
szkoły położnych przy ulicy Batorego
(po lewej stronie boisko seminarium
duchownego Kościoła Zmartwych-
wstania Pańskiego, którego mury - jak
głosiła szkolna legenda - opuściło kilku
nowicjuszy, którzy nie oparli się uroko-
wi przyszłych położnych)

Ukończyłam Policealne Studium
Zawodowe dla Położnych nr 3 im.
Stanisławy Leszczyńskiej w Krako-
wie w 1982 roku. Obecnie już ono
nie istnieje, zostało przekształcone na
Krakowską Medyczną Szkołę Police-
alną i kształci techników medycznych
w dziedzinie stomatologii, radiologii
i farmacji.

W gmachu szkoły umieszczona jest
duża tablica przedstawiająca postać
Stanisławy Leszczyńskiej - czy jej idea-
ły i droga życia są jeszcze dla nas wy-
znacznikiem?

W dniach 12-13 września 2012 r.
w Nowym Targu na konferencji Mało-
polskiej Izby Pielęgniarek i Położnych
*Interdyscyplinarne aspekty zawodu po-
łożnej* dr Barbara Prażmowska przywi-
tała uczestniczki wykładem *Autorytety
w położnictwie - Stanisława Leszczyńska*,
który wywarł na mnie ogromne wra-
żenie. Po konferencji postanowiłam
poszukać więcej informacji i znalaz-
łam na stronie wirtualnego Muzeum
Pielęgniarstwa ([http://www.wmp.org.
pl/pl/piellegniarki-na-frontach](http://www.wmp.org.pl/pl/piellegniarki-na-frontach)) histo-
rię położnej - znanej jako położna
z obozu koncentracyjnego Auschwitz-
-Birkenau. Była absolwentką Warszaw-
skiej Miejskiej Szkoły Położnych, którą
ukończyła w 1922 roku. W czasie II
wojny światowej mieszkała w Łodzi
i pracowała jako położna, przyjmowała
również porody w getcie żydowskim.
Została aresztowana i wywieziona
wraz z córką do obozu, gdzie przeby-
wała 646 dni i nadal przyjmowała dzie-
ci na świat - dzieci skazane na śmierć.
W swoich wspomnieniach napisała:

*Wielką tragedią były porody Żydów-
wek... Surowy nakaz regulaminu obozo-
wego skierowany do położnej więźniarki:
żydowskim dzieciom nie wolno było odci-
nać pępowiny, miały razem z łóżyskiem
być wyrzucane...*

Stanisława Leszczyńska przyje-
ła na świat w tym czasie 3000 dzieci
i wszystkie urodziły się żywe. Wspomi-
nając, pisze:

*Kochałam je i to właśnie dawało mi
siły każdego dnia i w nocie spędzone
bezsennie w mozolnej pracy, której trud
i poświęcenie były właściwie tylko formą
miłości skierowaną głównie do maleńkich
dzieci i matek, których życie starałam się
ocalić za wszelką cenę.*

Syn Bronisław Leszczyński pisał
o swojej matce:

*Dziecko było dla niej największym cu-
dem świata, a akt rodzenia największym
biologicznym uniesieniem natury.*

W czasach zdobywania przeze
mnie szlifów położnej, mimo tak wspa-
niałej patronki mojej szkoły, ideały
Stanisławy Leszczyńskiej nie były nam
wpajane. Otrzymaliśmy dobre wy-
kształcenie i po latach widać, jak waż-
ne były jego solidne podstawy, ale czas
PRL-u nie był dla „największego biolo-
gicznego uniesienia natury” jak i jego
najważniejszych „aktorów” - matki
i dziecka - łaskawy.

Nie mogę powiedzieć, aby moje
wspomnienia z tych czasów były dobre,
choć na pewno system nauki z prakty-
kami szpitalnymi wraz z instruktorem
był bardzo ważny. Myślę, że ćwiczenia

w pracowniach szkolnych pozwalały nam z mniejszym obciążeniem praktykować następnie już przy pacjencie. Do dzisiaj zasada wpajana nam przez wspianą położną i pedagoga mgr Irenę Bieszcz pozostała dla mnie jednak niezmienna – traktuj swoją pacjentkę tak, jakbyś sama była na jej miejscu. W czasach, kiedy prawa pacjenta są nieodłączną zasadą sprawowanej nad nim opieki, stało się to rzeczywistością, ale od nas zależy, czy i jak będą one wypełniane.

Myślę, że nacisk jaki kładziono na osobisty wygląd pozostawił w nas wszystkich trwały ślad i nadal przywiązujemy do niego dużą wagę. Cieszy fakt postępu, jaki obserwuję w stosunkach studentka-położna w czasie praktyk, jakie odbywają na sali porodowej, bo może doprowadzi to do powrotu tak ważnej zasady w kształceniu, jaką była zasada mistrz-uczeń (tutaj polecam artykuł z Gazety Uniwersytetu Śląskiego <http://gu.us.edu.pl/node/194851>).

Na pewno postęp i rozwój w medycynie nie ułatwiają procesów

kształcenia, za wymaganiami i postępującą w zawrotnym tempie wiedzą trudno nadążyć, a programy kształcenia pielęgniarek i położnych często pozostają w tyle. Coraz częściej samokształcenie i zdobywanie dodatkowej wiedzy i kwalifikacji opiera się na korzystaniu z takich inicjatyw jak wydawnictwo, którego kolejny numer właśnie czytamy.

Pozdrawiam z refleksją na co dzień
– Agnieszka Herzig

Katarzyna Trzpiel

Po ukończeniu liceum opiekunek dziecięcych wyjechałam na wakacje do babci. Kilka dni po przyjeździe wylądowałam w szpitalu z zapaleniem wyrostka. Po operacji leżałam w nim około tygodnia mimo dobrego samopoczucia. Zabiegane pielęgniarki prosiły mnie często o rozdanie termometrów, czy popilnowanie dzieci leżących na oddziale. Po powrocie do domu złożyłam dokumenty do

Medycznego Studium Zawodowego nr 5 w Warszawie, mieszczącego się przy ulicy Pięknej. Wspomnieniem, które najczęściej przywołuję z tej szkoły jest zakończenie nauki po dwóch latach i mowa pożegnalna jednego z doktorów. Mówił o pięknie pielęgniarstwa, niesieniu pomocy i wsparcia, poświęcaniu się dla drugiego człowieka, o wadze zawodu tak dużej, że nie ma żadnych świąt, które by zwalniały

od wykonywania go, bo przecież nie można przestać pielęgnować, troszczyć się o drugiego człowieka. Pamiętam ogromne wzruszenie i o ile wcześniej w trakcie nauki miewałam wątpliwości co do wyboru szkoły, o tyle ten ostatni dzień utwierdził mnie, że to jest właśnie to, co chcę robić w życiu. ■

Pamiętnik

Czy słyszałeś, że japońscy naukowcy opracowali niedawno projekt wielofunkcyjnego robota. Ma on zastępować człowieka przy monotonicznych, złożonych z powtarzających się kroków, czynności, które może wykonywać znacznie szybciej od ludzi. Domeną robota są też te zadania, które są niebezpieczne dla człowieka, na przykład związane z manipulacją szkodliwymi dla zdrowia substancjami lub przebywaniem w nieprzyjaznym środowisku. Taki robot potrafi wykonywać wiele czynności naraz. Co ciekawe, wysokowydajny akumulator sprawia, że maszyna nie męczy się, więc troska o utracenie efektywności pracy nie

jest potrzebna. Każde zadanie jest dokładnie zaprogramowane i dzięki temu – wszystko dopracowane co do sekundy. Dodanie kolejnego polecenia podczas wykonywania pierwszego zadania absolutnie nie zaburza pracy owego robota. Sztuczna inteligencja wyklucza popełnianie błędów. Urządzenie rozpoznaje kilkadziesiąt tysięcy słów, głos, pamięta rozmowy, wykonuje wiele złożonych ruchów po zrozumieniu poleceń głosowych. Ręce i dłonie wyposażone w czujniki siły pozwalają mu na podnoszenie ciężarów nawet do 500 kg. Przychodzi na każde zawołanie. Wielofunkcyjność jest dzisiaj w modzie.



Klaudia Massalska
Studenckie Koło PTP, Lublin



Anna Sykut
Studenckie Koło PTP, Lublin

Dzień Pierwszy

Godzina 7.00

Śmiało mogę napisać, że kiedy wchodzę na oddział czuję się coraz bardziej pewna. Wiedza zaczyna

przeradzać się w umiejętności, a powtarzane czynności tworzą zarys profesjonalizmu. Nadszedł marzec, a wraz z nim kolejne praktyki, zmiana szpitala, ale oddział ten sam, na którym już byłam w wakacje. Jak przyjemnie jest pracować w miejscu, w którym znam już topografię, ułożenie i częściowo personel. Od początku wiadomo co robić i jak postępować – tak właśnie się dzieje. Oczywiście zawsze pod nadzorem i opieką. Zaczynamy więc...

Godziny praktyk się nie zmieniły. Wstaję o 5.30 żeby o 6.45 już być w szpitalu, przebrać się i w pełni przygotowana wejść na oddział. Rozpoczynamy od raportu – przydałoby się

zapamiętać nazwiska, żeby potem kojarzyć kto i jak zachowywał się w nocy.

Godzina 7.30

Następnie zlecenia, a w zasadzie całe ich mnóstwo. Zabieram się za przygotowanie kroplówek. Już otwieram aparat, aby go podłączyć, ale słyszę słowa „kochana zostaw to, idź na salę nr 10 pomóc koleżance przy toalecie pacjenta”. Zostawiam więc kroplówkę i pędzę, przy okazji podając koleżankom na salę nr 6 czystą pościel.

Godzina 7.45

Wracam do zabiegowego i chcę dokończyć rozpoczętą pracę, ale widzę

już, że muszę pobrać krew od pacjenta. Na stole mam przygotowane zlecenie, dobieram próbówki i podpisuję je. Nagle podchodzi do mnie Pani Pielęgniarka, prosząc: „Możesz przy okazji podpisać dla tych pacjentów?”. Podaje mi trzy karty zleceń i garść próbówek, zgadzam się skinięciem głowy. Podpisałam, sprawdziłam trzykrotnie czy wszystko się zgadza. Mogę przygotować cały zestaw. Proszę Panią Pielęgniarkę, aby poszła ze mną do pacjenta. Krew pobrana, wracam, chcę zająć się kolejnymi, słyszę dzwonek... i słowa: „Możesz pójść sprawdzić co się dzieje”, odpowiadam: „Chcę teraz dokończyć pobieranie krwi” i słyszę: „Idź, idź, ja się tym zajmę.” Odkładam wszystko i idę na dzwonek. Sala nr 7, pacjentka prosi o kubek przegotowanej wody. A przecież zaraz będzie śniadanie...

Godzina 8.00

Wychodzę z sali nr 7, kierując się do zabiegowego, ale przyjeżdża wózek ze śniadaniem. Trzeba pomóc Pani Dietetyczce posadzić wszystkich pacjentów i upewnić się, że każdy dostał herbatę. Moja pięcioosobowa grupa została przydzielona do poszczególnych pacjentów, rozpoczęliśmy karmienie.

Godzina 9.30

Obchód lekarski. Przechodzę korytarzem, aby dać pacjentowi leki. Zatrzymuje mnie oddziałowa, wskazując palcem na talerz. Pyta: „Dlaczego ten pacjent nie został nakarmiony?” Szczerze? Nie mam zielonego pojęcia, jak to się stało, że ominęliśmy tego Pana... Każda sekunda jest dokładnie wypełniona jakąś czynnością. Nie umiałam odpowiedzieć na to pytanie.

Godzina 10.00

Rozpoczynają się badania. Widzę już listę pacjentów. Dzielimy się. Jadę jako pierwsza z pacjentem leżącym na RTG klatki piersiowej. Idę wraz z koleżanką na salę, instruuję, gdzie jedziemy i po co. Leżanka już czeka gotowa, przejście i jedziemy. Czekanie na windy stanowi ogromny problem ponieważ zabiera dużo jakże cennego czasu.

Godzina 10.45

Wracam. Pacjent odpoczywa w łóżku po badaniu. Pani Pielęgniarka prosi mnie, abym pojechała z kolejną osobą, ale nie widzę koleżanek do pomocy.

Godzina 11.15

Pacjent został zawieszony na blok operacyjny. Wracam z pustym łóżkiem

i proszę koleżankę, aby pomogła mi je prześcielić. W trakcie podchodzi Pani Pielęgniarka i każe jednej z nas udać się do laboratorium po wyniki, które są potrzebne koniecznie w tej chwili. Zostaję więc sama. Kończę. Idę do zabiegowego. Wszyscy pacjenci na badaniach. Odetchnięcie.

Godzina 11.30

Przechodzę po salach i sprawdzam kroplówki. Skończyły się. Zamykam i idę do zabiegowego. Przygotowuję pierwszy zestaw, pytam, czy nie ma innych zleceń. Nie ma. W międzyczasie proszę koleżankę, aby zajęła się tym pacjentem.

Godzina 14.00

Dom

Wracam do domu, jedyna myśl, jaka mi przychodzi do głowy to: „Idź spać, odpocznij”. W istocie – jest po czym odpoczywać. Mielicie kiedyś wrażenie, że 7 godzin zamienia się w 7 minut? Tak się dziś czułam. Nawet obowiązków. Śmiało mogę rzec, że przez te niecałe 3 lata praktyk najbardziej udało mi się wypracować cechę, jaką jest cierpliwość. Myślę, że wiąże się ona z wyrozumiałością i asertywnością. Jaki pożytek przynosi mi cierpliwość? Czego się uczę z cierpliwości i wytrwałości pielęgniarek, z którymi współpracuję? Czy moja cierpliwość ma swoje granice? Człowiek cierpliwy jest opanowany, natomiast niecierpliwy działa popędliwie i szybko wpada w irytację. Pewne chińskie przysłowie powiada: „Cierpliwość w chwili gniewu zaoszczędza stu dni udręki”. Jednego jestem pewna – cierpliwość uszlachetnia moją osobowość i nadaje szlif innym pięknym przymiotom, jakie mogę przejawiać.

Czy słyszałaś, że wielofunkcyjność Pielęgniarek jest teraz w modzie? Ich praca składa się często z monotonna, złożonych z powtarzających się kroków, czynności, które mogą wykonywać znacznie szybciej od „zwykłych ludzi”. Domeną ich zawodu są też te zadania, które są niebezpieczne dla ich zdrowia psychicznego i fizycznego. Taka Pielęgniarka potrafi wykonywać wiele czynności naraz. Co ciekawe, niektórzy sądzą, że Pielęgniarki są wysokowydajne i nie męczą się, więc troska o utracenie efektywności pracy nie jest potrzebna. Takie

osoby niestety są w błędzie. Każda Pani Pielęgniarka planuje swoje zadanie tak, aby wszystko było dopracowane co do sekundy, niestety często jednak zdarza się tak, że dodanie kolejnego polecenia podczas wykonywania pierwszego, kompletnie zaburza pracę. Pielęgniarki muszą rozpoznawać kilkadziesiąt tysięcy słów naraz, głos, pamiętać rozmowy, wykonywać wiele złożonych ruchów po zrozumieniu stosu poleceń głosowych. Niektórzy zapominają też o tym, że ich ręce i dłonie nie są wyposażone w czujniki siły, co nie pozwala im na samodzielne dźwiganie pacjentów. Panie muszę przychodzić na każde zawołanie. Dosłownie – wielofunkcyjność jest dzisiaj w modzie... ■



Zofia Szlenkierówna

– polska Nightingale



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

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

nie przypisuję sobie zasług w tym, co uważam za obowiązek

Z. Szlenkierówna

Na kartach historii polskiego pielęgniarstwa zapisano życiorysy wielu wybitnych kobiet, które przyczyniły się do rozwoju sztuki pielęgowania w Polsce. Wśród nich jest Zofia Szlenkierówna, którą często porównuje się do Florence Nightingale. Z czego wynika to porównanie, zrozumiemy po przeanalizowaniu poniższego życiorysu.

Zofia Regina Szlenkierówna urodziła się 7 września 1882 roku. Oboje rodzice mocno angażowali się w działania społeczne. Ojciec Karol założył m.in. szkołę dla dzieci swoich pracowników, a także był współzałożycielem Filharmonii Warszawskiej. Matka była współzałożycielką małego zakładu leczniczego dla dzieci. Postawa rodziców miała istotny wpływ na późniejsze wybory życiowe Zofii. Z rodzinnego domu wyniosła głębokie poczucie odpowiedzialności, wrażliwość na piękno przyrody, muzykalność i chęć niesienia pomocy innym ludziom. Choć edukację w zakresie szkoły średniej otrzymywała w domu, dało jej to solidne podstawy do dalszego kształcenia. Dobrze знаła język angielski i francuski, dzięki czemu mogła podejmować studia za granicą.

Po śmierci ojca, w wieku 23 lat Zofia rozpoczęła studia medyczne w Genewie, jednak choroba matki przerwała Jej edukację zmuszając do powrotu do Polski. Nie rezygnując ze swoich

ambicji naukowych, zdecydowała się w 1908 roku podjąć naukę w Szkole Pielęgniarstwa im. Florence Nightingale w Londynie. Tym razem również stan zdrowia matki zmusił Ją do powrotu do kraju. Po śmierci obojga rodziców Zofia odziedziczyła majątek, który w większości przeznaczyła na budowę szpitala pediatrycznego w Warszawie. Jednocześnie zdecydowała się wyjechać za granicę w celu zwiedzenia najnowocześniejszych placówek tego typu. W roku 1911 rozpoczęła się budowa szpitala dziecięcego, co uwieńczyło 8 listopada 1913 roku otwarciem w Warszawie przy ul. Leszno najnowocześniejszego, najlepiej zorganizowanego i wyposażonego w tym czasie szpitala pediatrycznego w Polsce i Europie. Szpital został nazwany im. Karola i Marii dla uczczenia pamięci rodziców Zofii Szlenkierówny. W liczącym dziewięć pawilonów obiekcie mieścił się oddział wewnętrzny, zakaźny, obserwacyjno-izolacyjny, chirurgiczno-ortopedyczny i ambulatorium.

Zofia początkowo sama zajmowała się szpitalem. Następnie jako kuratorka nadzorowała sprawy finansowe i gospodarcze, pracę kuchni, pralni oraz zaopatrzenia. Ponadto kierowała i nadzorowała pracę pielęgniarek, a także



pozyskiwała nowy personel – została przełożoną pielęgniarek. W owym czasie nie było w Polsce wykształconych świeżych pielęgniarek toteż poszukiwała młodych kobiet, które miały predyspozycje do opiekowania się chorymi. Sama je doksztalała, wysyłała również na praktyki do innych szpitali dziecięcych w kraju i za granicą. Szlenkierówna wymagała od pielęgniarek całkowitego poświęcenia się chorym dzieciom. Zatrudniała wyłącznie pielęgniarki niezamężne i bezdzietne.

„ (...) W momencie założenia rodziny pielęgniarka nie mogła dalej pracować w tym szpitalu. Miałyśmy zapewnione



Dom rodzinny Zofii

bardzo dobre warunki mieszkaniowe oraz utrzymanie. Dzięki odciążeniu nas od codziennych domowych obowiązków i kłopotów, mogłyśmy się całkowicie poświęcić opiece nad chorymi dziećmi.” Wanda Moendke (absolwentka WSP) [2].

Szpital od początku był także miejscem praktyk dla studentów wydziału lekarskiego oraz uczennic nowoczesnych szkół pielęgniarstwa, co powodowało wysoki standard opieki medycznej. Szpital Karola i Marii był pierwszym w Warszawie, w którym pracowały wyłącznie osoby świeckie.

Czas po odzyskaniu przez Polskę wolności to okres w życiu Szlenkierówny, w którym mocno angażowała się w odbudowę kraju po niewoli. Współuczestniczyła m.in. w pracach na rzecz powstania Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. W roku 1928 przejmując po Helen Bridge stanowisko dyrektorki tej szkoły. Najpierw jednak przechodzi dwuletnią edukację w szkole im. F. Nightingale w Bordeaux we Francji. Jest to oznaka głębokiego poczucia odpowiedzialności, a także wrażliwego sumienia naukowego – charakterystycznych cech osobowości Zofii. Dzięki swojej postawie dała przykład istoty wzbogacania i aktualizowania wiedzy, dzięki czemu pielęgniarka może nieustannie dążyć do doskonalenia siebie jako człowieka i praktyka. Z. Szlenkierówna zarządzała szkołą do grudnia 1936 roku będąc dla swoich uczennic wzorem pielęgniarki pełnej oddania i poświęcenia. Dbała o wysoki poziom kształcenia i morale uczennic, na co niewątpliwie miała wpływ jej edukacja w szkołach pielęgniarstwa swojej angielskiej poprzedniczki. Prowadzenie WSP przekazała absolwentce pierwszego naboru Jadwidze Romanowskiej. Sama natomiast poświęca się pracy w szpitalu Karola i Marii. Jej działalność społeczna to również praca w Polskim Towarzystwie Szpitalnictwa i Polskim Stowarzyszeniu Pielęgniarek Zawodowych.

Działalność Z. Szlenkierówny została doceniona nie tylko w Polsce, ale również na arenie międzynarodowej. W roku 1935 została odznaczona Międzynarodowym Medalem im. Florence Nightingale. Polskie władze doceniły jej oddanie sprawie opieki nad chorymi i kształceniu kadr medycznych między innymi poprzez przyznanie Papieskiego Orderu „Pro Ecclesia et Pontifice” oraz Złotego Krzyża Zasługi.

Zofia Szlenkierówna umiera zbyt młodo, bo w wieku 57 lat. Odeszła w samotności 2 października 1939 roku w jednym z warszawskich szpitali pozbawiona podstawowych leków i należytej opieki. Pochowana zostaje na warszawskich Powązkach, gdzie do dziś przetrwała tablica nagrobna.

Zofia Szlenkierówna całe swoje życie poświęciła opiece nad chorymi i kształceniu przyszłych kadr medycznych, tak jak robiła to Florence Nightingale. Podobieństwo priorytetów i wartości życiowych, a także zbieżność losów pozwalają nazywać Zofię polską Nightingale. ■

Piśmiennictwo:

1. Bogusz J. Encyklopedia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1990
2. Jezierska M.B., Jabłkowska-Sochańska A., Lżycka-Kowalska A. i współ. (red.). Pochylone nad człowiekiem. Z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa 1921-1945. Stowarzyszenie Redaktorów. Część I. Warszawa 1994
3. Maksymowicz A. Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym, PZWL, Warszawa 1977
4. Szenajch W. Zofia Szlenkierówna polska Nightingale, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 1946
5. Szenajch W. Trzy pielęgniarki, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974
6. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego <http://www.wmpp.org.pl>



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 siłę 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 pożółkłych papierach i przedmiotach tkwią zakłęté 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 siłę 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
zgptpiel@gmail.com, biuroptp@gmail.com
www.ptp.na1.pl

 FRO
Pracownia Pielęgniarska
Opracowanie graficzne
Zdjęcie: Jolanta Wójcik / Zdjęcia z historii otrzymaliśmy w ramach
Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

Słuchaj swojego pacjenta

Mówimy często, że zmienia się rola pielęgniarstwa, że z modelu tradycyjnego przeszliśmy do modelu nowoczesnego, w którym pielęgniarka nie tylko pielęgnuje i wykonuje czynności zlecone przez lekarza, ale ma o wiele szersze i bardziej odpowiedzialne zadania. Niestety wśród nowoczesności, licznej aparatury, zaawansowanych technologii i wyzwań jakie ze sobą niesie zapominamy czasem o tym, co najważniejsze, a mianowicie o pacjencie, z jego realnymi, indywidualnymi potrzebami, z jego oczekiwaniami, czy wreszcie z jego zwykłym lękiem przed czekającymi go procedurami, osamotnieniem wśród obcego otoczenia...



lic.piel. Katarzyna Trzpieł,
Sztuka Pielęgnowania

Zobowiązania pielęgniarki wobec pacjenta są wymienione w Kodeksie Etyki Zawodowej w części szczegółowej „Pielęgniarka/położna a pacjent” (Kodeks Etyki Zawodowej znajdziecie w Sztuce Pielęgnowania 02.2013), natomiast prawa pacjenta reguluje Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Oczywiście w żadnym akcie prawnym nie ma bezpośredniego zwrotu, że pielęgniarka musi rozmawiać z pacjentem lub co więcej słuchać go, czy jednak taka współpraca oparta na wzajemnym słuchaniu, wspólnym planowaniu, wspólnym działaniu nie byłaby korzystna dla obu stron- pacjentów i pielęgniarek/położnych?

Krzysztof, po amputacji kończyn dolnych od lat jeździ na wózku inwalidzkim

Kiedy siedzisz na wózku, a twoja głowa jest znacznie niżej niż głowa rozmówcy czujesz się jakby to, co mówi było kierowane gdzieś w przestrzeń, ale nie bezpośrednio do ciebie. W każdej sytuacji, gdy jest ze mną ktoś z rodziny rozmówca- mówiący do mnie, czy o mnie kieruje swoją wypowiedź do tej osoby, z nią nawiązuje kontakt wzrokowy, nie ze mną. Czy razem z utratą nóg, utraciłem też uwagę innych, bycie partnerem w rozmowach, które mnie dotyczą? Zdarza się, że zwracam rozmówcy uwagę, że chciałbym, aby mówił do mnie, powoduje to konsternację i pewnie nie jest przyjemne, ale czy to ja mam być tym, kto zwykle jest stawiany w nieprzyjemnej sytuacji?

Andrzej, urodzony z rozszczepem kręgosłupa

Od urodzenia jestem niepełnosprawny, większość mojego życia to łóżko i szpital. Znam swoją chorobę, jak nikt inny. Szkoła, że przy każdym przyjęciu do szpitala personel musi się nauczyć po swojemu postępowania ze mną, nie słuchając, co mam

do powiedzenia, a przecież byłoby łatwiej gdyby po prostu zapytali- jaki mam plan dnia, w jakiej pozycji lubię leżeć o różnych porach dnia- w zależności od tego, co mam do zrobienia, czy o której ktoś z rodziny, czy znajomych planuje odwiedzić- aby nie kolidowało to z czynnościami pielęgnacyjnymi. Taka postawa pielęgniarek zmniejszałaby na pewno moje cierpienia i dyskomfort, głównie psychiczny, ulżyłaby też im w pracy i zaoszczędziła wiele czasu i wzajemnego stresu.

Marek, pacjent nefrologii

Jestem dializowany od lat, ostatnio coraz częściej lądam w szpitalu nagle z powodu pogarszającego się stanu zdrowia. Za każdym razem obserwuję personel, który sam próbuje dojść jak pobrać mi krew. A ja od lat wiem, że są tylko dwa takie miejsca, na wewnętrznych stronach przegubów rąk. Nikt nigdy nie pyta, a jak sam mówię to zwykle spotykam się z reakcją, że stąd się nie pobiera. Po tylu latach jednak przyzwyczaiłem się do licznych nakłuć przy każdym pobraniu próbki krwi, o ile dobrze pamiętam największą za jednym razem było ich piętnaście...

Janina, pacjentka reumatologii

Czasem myślę, że pielęgniarki powinny poznawać w szkole perspektywę pacjenta, może przez wcielanie się w jego rolę na kilka godzin? Oczywiście nikt nie pozna wszystkich szczegółów bycia pacjentem 24 godziny/7 dni w tygodniu, ale chociaż częściowo

na pewno byłoby to możliwe. Moja choroba zaczęła się, gdy byłam nastolatką, od razu powiedziano mi, że będzie postępowała przez lata i będzie coraz gorzej. W zakresie reumatologii i przebiegu mojej choroby jestem ekspertem, niestety nikt nie chce mnie słuchać. A czy trudno jest poświęcić 5 minut na rozmowę ze mną, gdy jestem przyjmowana do szpitala? Czy pielęgniarki, które rano zmieniają niedbale pościel są w stanie wyobrazić sobie jak bardzo uwierają niewyrównane zmarszczki na prześcieradle i jaki sprawiają ból? Czy myjąc mnie rano nie mogłyby zostawić mi miski, żebym to, co mogę zrobiła sama- przecież to też forma rehabilitacji pozwalająca mi na dłuższe utrzymanie i tak mocno już ograniczonej sprawności, ale nikt nie zadaje sobie trudu zapytania, czy chcę to zrobić sama, a ja widząc pośpiech i brak zainteresowania nie wiem, czy mogę to zaproponować.

Kilka lat temu w Magazynie Pielęgniarki i Położnej ukazał się artykuł „Zauważ mnie to ja, pacjent” [1] autorstwa Hanny Paszko, w artykule przytoczony jest fragment listu pacjentki znalezionej po jej śmierci, którego adresatką była pracująca na oddziale pielęgniarka.

„Co widzisz ty, która się mną opiekujesz? Kogo widzisz, kiedy na mnie patrzysz? Co myślisz, gdy mnie zostawiasz? I co mówisz, kiedy o mnie opowiadasz? (...) Powiem ci, kim jestem.” No właśnie, posłuchajmy naszych pacjentów, co chcą nam powiedzieć... ■

Piśmiennictwo:

1. Paszko H., Zauważ mnie: to ja, pacjent, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2009, 9, str. 29
2. Poradnik o prawach pacjenta, wydanie II w ramach Kampanii społecznej „Prawa Pacjenta. Moje Prawa.”

Prawa Pacjenta

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Prawo do świadczeń zdrowotnych
Prawo do opinii innego lekarza, pielęgniarki, położnej lub zwołania konsylium lekarskiego
Prawo do informacji
Prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem
Prawo do wyrażenia zgody
Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej
Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarskiego
Prawo do poszanowania intymności i godności
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
Prawo do opieki duszpasterskiej
Prawo do umierania w spokoju i godności
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie
Prawo pacjenta do dochodzenia swoich praw [2]



Sprawdź się, odpowiedz na pytania

1

Zofia Szlenkierówna otworzyła 8 listopada 1913 roku:

- Szpital dziecięcy im. Karola i Marii w Warszawie
- Ośrodek pomocy dla bezdomnych im. Karola i Marii w Warszawie
- Sierociniec im. Karola i Marii w Warszawie
- Hospicjum im. Karola i Marii w Warszawie

2

Funkcjonowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii reguluje:

- Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2000 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- Dyrekcja placówki

3

Jedną z obecnie używanych klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej jest:

- Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (International Classification for Nursing Practice ICNP)
- Praktyka Pielęgniarska oparta na faktach (Evidence-Based Nursing Practice EBNP)
- Primary Nursing
- Żadna powyższa

4

Prawa pacjenta obecnie reguluje:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2012 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039)
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Nie istnieje regulacja prawna dotycząca praw pacjenta

8

Jaki dokument określa zobowiązania pielęgniarki wobec pacjenta?

- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej
- Rozporządzenie Ministra zdrowia w sprawie obowiązków nałożonych na pielęgniarki wobec pacjentów
- Karta praw pacjenta

5

Na rozmowie kwalifikującej nie należy:

- Być sobą, odpowiadać zgodnie z prawdą
- Swoje zalety uzasadniać opowiedzianą historią, która potwierdza naszą opinię
- Kontrolować mowę naszego ciała
- Brak prawidłowej odpowiedzi.

7

Zgodnie z terminologią ONZ starzenie się społeczeństwa zaczyna się wówczas, gdy udział ludności w wielu powyżej 65 lat przekracza

- 50% ogółu
- 22% ogółu
- 7% ogółu
- 3% ogółu

9

W profilaktyce wypalenia zawodowego ważne jest aby:

- Tworzyć pozytywną wizję własnej przyszłości
- Żyć chwilą bez względu na przyszłość
- Pracować jak najwięcej, tak aby nie mieć czasu na zmartwienia
- Wszystkie odpowiedzi są błędne.

Zapowiedzi Kwiecień 2013



Niewidzialna troskliwość w niewidzialnym świecie – kształtowanie empatii

Empatia – czy mamy jej dość? To pytanie ma podwójny sens – jako wyraz zwątpienia w wystarczający poziom empatii oraz jako przesycenie nią i jej negatywnymi skutkami. Jedno i drugie znaczenie wskazuje na pewnego rodzaju problemy z umiejętnością emocjonalnego „wczucia się” w sytuację człowieka pielęgowanego. Lecz są to problemy, z którymi możemy sobie poradzić w toku np. niestandardowej edukacji. Aby zwiększyć zakres tematycznego empatyzowania z osobami niewidomymi możemy zwiedzić „Niewidzialną Wystawę”.

Co się kryje za skrótem EBNP?

Czy Praktyka Pielęgniarska Oparta na Dowodach ma szansę na zaistnienie w Polsce?

Czy możemy w codziennej praktyce wykorzystać dowody naukowe? Do czego służy EBNP? W kwietniowym numerze podstawowe informacje o Praktyce Pielęgniarskiej Opartej na Dowodach Naukowych.

Pielęgnacja pacjenta z cewnikiem w pęcherzu moczowym

Cewnikowanie pęcherza moczowego to zabieg wykonywany często u chorych hospitalizowanych. Niestety często niesie za sobą ryzyko zakażenia układu moczowego- ZUM u pacjentów. W artykule zostaną omówione praktyczne wskazówki jak właściwie wykonywać zabieg cewnikowania oraz jak pielęgnować pacjenta z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego, aby ryzyko rozwoju ZUM było jak najmniejsze.

Jak pisać artykuły do prasy zawodowej?

Pisanie artykułów, czy prac np. na studia, czy na konferencje nie musi być trudne, wystarczy wszystko poukładać i przelać na papier, czy raczej na pulpit komputera. Kilka wskazówek i rad jak się zabrać do pisania już w kwietniowym numerze Sztuki.