

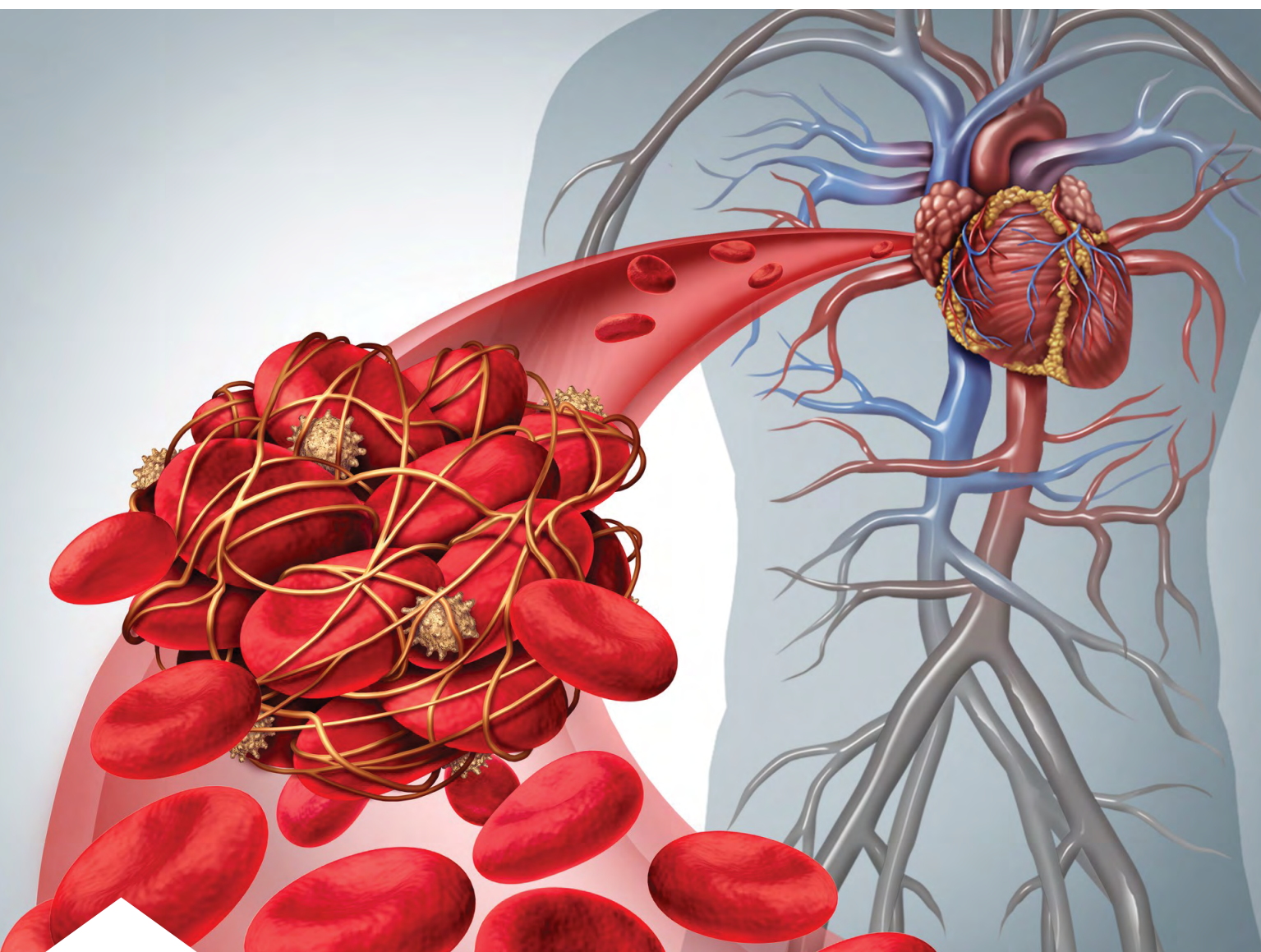
ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

10/2018



13 października

Światowy  
Dzień Zakrzepicy

Szkolenia specjalizacyjne  
organizowane przez  
OIPIP w Łodzi w 2018 r.

Komunikat w sprawie  
obniżenia  
progu zdawalności  
egzaminu państwowego

Z życia dawcy

XIV Kongres  
Pielęgniarek Polskich

3

15

17

# Szkolenia specjalizacyjne organizowane przez OIPiP w 2018 r.

Informujemy, iż w 2018 roku Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi organizować będzie następujące szkolenia specjalizacyjne:

- 1. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne\*)
- 2. Pielęgniarstwo onkologiczne dla pielęgniarek**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: Wywiad i badanie fizykalne\*)
- 3. Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: Wywiad i badanie fizykalne\*)
- 4. Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne\*)
- 5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: RKO, Wywiad i badanie fizykalne\*)
- 6. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: RKO, Wywiad i badanie fizykalne\*)
- 7. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: Leczenie ran, Wywiad i badanie fizykalne\*)
- 8. Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne\*)
- 9. Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze dla położnych**  
(wymagane ukończone kursy specjalistyczne: RKO noworodka, Leczenie ran, Wywiad i badanie fizykalne\*)

\*kursy specjalistyczne można ukończyć w trakcie trwania szkolenia specjalizacyjnego!

**Przypominamy, iż wszystkie kursy i szkolenia specjalizacyjne organizowane przez OIPiP w Łodzi są BEZPŁATNE. Zajęcia stażowe powyższych form kształcenia podyplomowego prowadzone są na obszarze działania łódzkiego samorządu zawodowego.**

Osoby zainteresowane, proszone są o założenie konta w systemie SMK (SYSTEM MONITOROWANIA KSZTAŁCENIA) na stronie internetowej <https://smk.ezdrowie.gov.pl/>

Następnie prosimy złożyć wniosek o modyfikację uprawnień w SMK i nadanie tym samym uprawnień pielęgniarki/położnej w systemie.

Wydrukowany wniosek należy:

- osobiście złożyć w Dziale Rejestru (pok. nr 5) OIPiP w Łodzi (ul. E. Plater 34),
- przesłać pocztą lub drogą elektroniczną uwierzytelniając go założonym wcześniej profilem zaufanym (EPUAP – <http://epuap.gov.pl/wps/portal>)

Szczegółowe informacje na temat sposobu logowania się, składania wniosku o modyfikację uprawnień oraz zapisywania się na kursy/szkolenia znajdują Państwo na stronie internetowej

Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych pod adresem:

<http://nipip.pl/informacja-naczelnej-izby-pielegniarek-polozonych-1-maja-2017-r-zmiany-ksztalceniu-podyplomowym-pielegniarek-polozonych/>

Informacje dodatkowe udzielane są pod numerem tel. 042 639 92 62

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

**Przewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Agnieszka Kałużna

**Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

**Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Bożena Pawłowska (położna)

**Sekretarz ORPiP w Łodzi**  
Maria Kowalczyk

**Skarbnik ORPiP w Łodzi**  
Maria Cianciara

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**  
Małgorzata Pniak  
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca  
w godz. 13.00–15.00  
tel. 42 633 23 94

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych**  
Edyta Ziemkiewicz  
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca  
w godz. 15.00–17.00

**Redaktor Naczelny „Biuletynu”**

Joanna Gąsiorowska  
e-mail: [biuletyn@oipp.lodz.pl](mailto:biuletyn@oipp.lodz.pl); tel. 42 633 69 63 w. 10

**Biuro Okręgowy Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**  
ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
[www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl); e-mail: [biuro@oipp.lodz.pl](mailto:biuro@oipp.lodz.pl)  
– **przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym**

**Konto bieżące OIPiP**

Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi  
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

**Prawo wykonywania zawodu**

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45  
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów  
tel. 42 633 32 13

**Kształcenie podyplomowe**

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00  
tel. 42 639 92 62

**Biblioteka OIPiP**

poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
wtorek: 10.00–18.00;

**Pośrednictwo pracy i dział socjalny**

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00  
tel. 42 633 23 94

**Mecenas**

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00  
tel. 42 633 71 06

**Kasa**

poniedziałek: nieczynna  
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;  
piątek: nieczynna  
tel. 42 639 92 76

## W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

TEMAT MIESIĄCA 4

PRAKTYKA ZAWODOWA 9

PODZIĘKOWANIA 14

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 15

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 17

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34

tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;

e-mail: [biuletyn@oipp.lodz.pl](mailto:biuletyn@oipp.lodz.pl)

Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska

Bank Zdjęć Photogenica: © lightsource – okładka, s. 4

© piotr\_marcinski – s. 9; © pressmaster – s. 11, © AntonMatyukha – s. 15

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych

materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów

niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, [biuro@drukarnia-bik.pl](mailto:biuro@drukarnia-bik.pl)

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

### XIX posiedzenie ORPiP w dniu 4 września 2018 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy OIPiP w Łodzi – 21 pielęgniarek i 5 pielęgniarzy.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położnych.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Wpisano pielęgniarki/pielęgniara do rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki i 1 pielęgniara.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki/pielęgniara z rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki i 1 pielęgniara.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara – 1 pielęgniarcę i 1 pielęgniara.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek, wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki, w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki, zgodnie z wnioskiem.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
  - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę i 1 położną,
  - wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Odmówiono 1 osobie dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, ze względu na regulaminowych – wniosek złożony po regulaminowym terminie.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadre dydaktyczną dla 3 szkoleń specjalizacyjnych i 1 kursu specjalistycznego, realizowanych z budżetu w OIPiP w Łodzi;

- składy osobowe 7 komisji kwalifikacyjnych i 2 komisji egzaminacyjnych dla: 6 szkoleń specjalizacyjnych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 kursów specjalistycznych – realizowanych w OIPiP i zakładach;
- warunki ubezpieczenia posiadanego mienia i odpowiedzialności cywilnej OIPiP, za szkody w mieniu lub na osobie;
- zakres prac w OIPiP, w tym: wykonania kompleksowej dokumentacji projektowej dotyczącej termomodernizacji siedziby OIPiP w Łodzi oraz udzielono stosowne pełnomocnictwa, wykonanie remontu pomieszczeń, wyjścia na dach, lokalu.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych dla 2 kursów kwalifikacyjnych, zgodnie z wnioskami 1 organizatora kształcenia podyplomowego.

### XXXVI posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 26 września 2018 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 23 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 4 położne.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki, zgodnie z wnioskami.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 9 praktyk pielęgniarek wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki, zgodnie z wnioskiem.
- ▶ Dokonano wpisu – 2 kursów dokształcających i wpisu zmiany danych – 1 szkolenia specjalizacyjnego w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskami 2 organizatorów.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie

z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:

- skierowano na przeszkolenie – 2 pielęgniarki i 1 położną.

▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 2 zapomogi losowe, w wysokości: 1 × 2500 zł, 1 × 1000 zł i odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi losowej ze względu na regulaminowych – brak udokumentowania sytuacji losowej oraz nakładów finansowych przekraczających możliwości gospodarstwa domowego.

▶ Odmówiono 1 osobie dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych ze względu na regulaminowych – brak udokumentowania opłacania składki członkowskiej minimum przez okres 2 lat i kurs jest organizowany z budżetu OIPiP w Łodzi w 2018 r.

- ▶ Zatwierdzono:
  - składy osobowe 4 komisji egzaminacyjnych dla 1 szkolenia specjalizacyjnego i 3 kursów specjalistycznych;
  - kadre dydaktyczną dla 6 szkoleń specjalizacyjnych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 8 kursów specjalistycznych w OIPiP w Łodzi oraz w zakładach;
  - honorarium dla 4 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 7–9/2018;
  - wykonanie fotokopii obrazu Sługi Bożej Stanisławy Leszczyńskiej – położnej.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do 4 komisji egzaminacyjnych dla 1 kursu kwalifikacyjnego i 3 kursów specjalistycznych, zgodnie z wnioskami organizatorów kształcenia podyplomowego.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPiP

## KOMUNIKAT CKPPiP

### w sprawie obniżenia progu zdawalności egzaminu państwowego

W dniu 27 września 2018 roku Minister Zdrowia dokonał zmiany regulaminu egzaminu państwowego m.in. w zakresie warunków uzyskania pozytywnego wyniku egzaminu. Dotyczy to osoby zdającej poprzez uzyskanie co najmniej 60% (obniżenie z 70%) prawidłowych odpowiedzi, co stanowi odpowiednio:

- **108 pkt dla osób**, które ukończyły specjalizację w dziedzinach kształcenia określonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych,
- **84 pkt dla osób**, które ukończyły specjalizację w dziedzinach kształcenia określonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

Obniżony próg ma zastosowanie do egzaminów przeprowadzonych od sesji jesiennej 2017 r. W związku z powyższym osoby, które otrzymały ww. liczbę punktów lub więcej są zwolnione z obowiązku ponownego przystąpienia do egzaminu. Komisja dokona weryfikacji wyników przeprowadzonych egzaminów i podejmie odpowiednią uchwałę nie później niż w terminie 40 dni od dnia zatwierdzenia niniejszego regulaminu.

# 13 października Światowy Dzień Zakrzepicy



mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

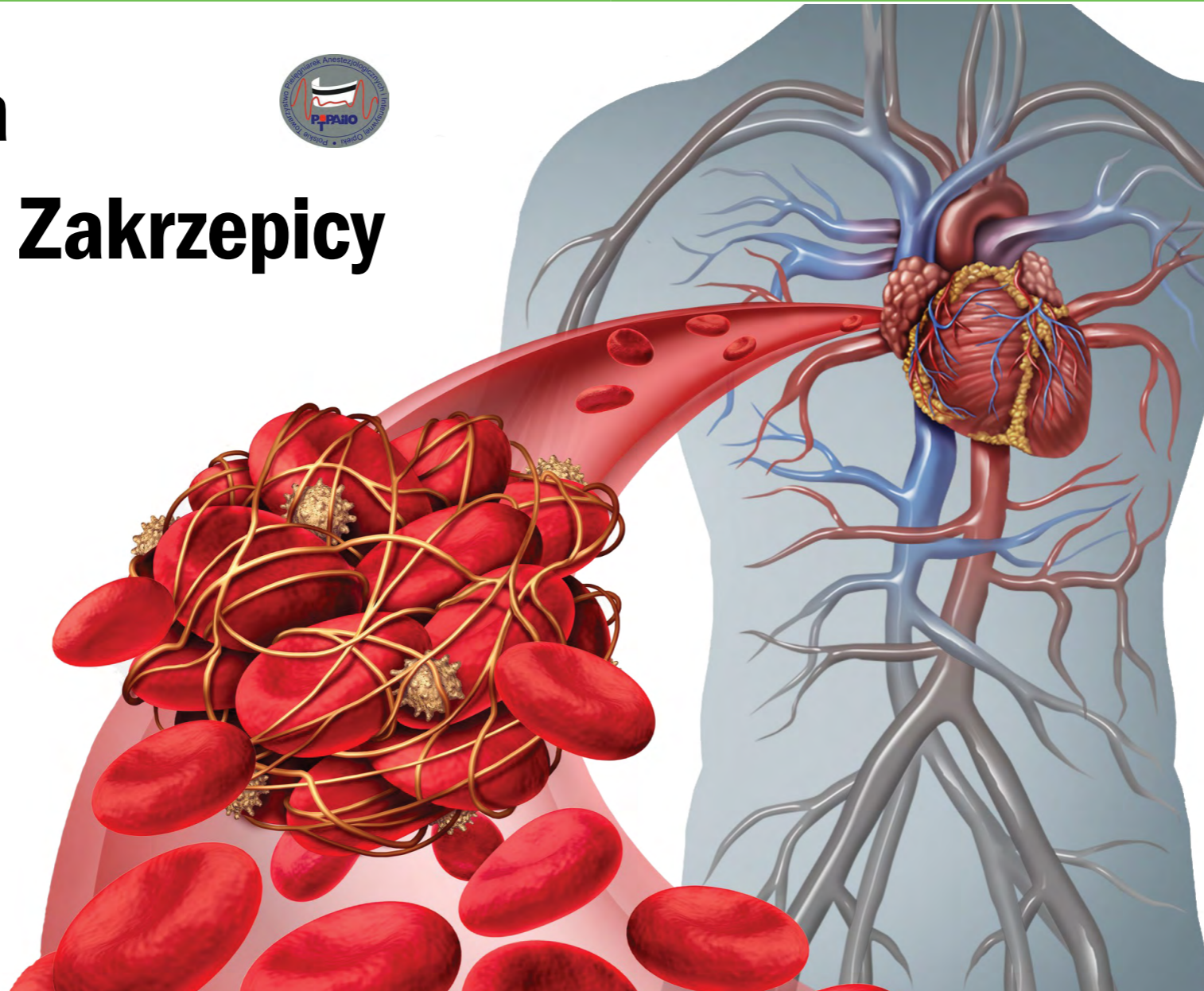
**M**iędzynarodowe Towarzystwo ds. Zakrzepicy i Hemostazy (International Society of Thrombosis and Haemostasis – ISTH) ogłosiło dzień 13 października każdego roku Światowym Dniem Zakrzepicy. Jest to dzień urodzin Rudolfa Virchowa, który w XIX wieku wprowadził pojęcia „zakrzepica”, „zatorowość” i sławną „triadę Virchowa”. W Polsce patronat nad obchodami Światowego Dnia Zakrzepicy obejmuje Grupa ds. Hemostazy, Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów – partner ISTH.

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (żChZZ) jest problemem interdyscyplinarnym, dotyczy pacjentów, którymi opiekują się lekarze różnych specjalności, zabiegowych i nie-zabiegowych. W Polsce co roku ~56 000 osób zapada na objawową zakrzepicę żył głębokich, a 35 000 doznaje objawowej zatorowości płucnej, która u ~30 proc. pacjentów powoduje nagły zgon. Około 60 proc. wszystkich zgonów z powodu zatorowości płucnej dotyczy przypadków nierozpoznanych i nieleczonych. Skuteczne metody zapobiegania i leczenia żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej są obecnie szeroko dostępne.

Zakrzepica bądź zakrzepowe zapalenie żył to występowanie zakrzepu wewnątrz powierzchniowej lub głębokiej żyły i towarzyszący odczyn zapalny ściany żyły. Skrzepliny powstają najczęściej w proksymalnych żyłach kończyn dolnych, a do ich uwidocznienia dochodzi tylko wówczas, gdy część skrzepliny odrywa się i przemieszcza do płuc, stając się zatorem płucnym.

## Czynniki predysponujące do wystąpienia zakrzepicy żył – triada Virchowa (opisane w 1856 r.)

1. Zwolnienie przepływu krwi (np. wskutek unieruchomienia kończyny lub ucisku żył).
  2. Uszkodzenie ściany naczynia (np. w wyniku urazów lub mikrourazów podczas operacji kończyny dolnej).
  3. Zwiększona krzepliwość krwi (np. trombofilie wrodzone i nabyte).
- Zwykle potrzebne są dwa lub więcej ww. czynników, aby doszło do wystąpienia zakrzepicy żył. Może pojawiać się ona u ponad 50 proc. pacjentów poddanych zabiegom ortopedycznym, zwłaszcza kolan lub biodra, u 10–40 proc. po zabiegach na narządach jamy brzusznej lub klatki piersiowej.



Duże zabiegi chirurgiczne (operacje wykonywane w znieczuleniu ogólnym lub podpajęczynówkowym, trwające ponad 30 min.) to najlepiej poznane przyczyny żChZZ u hospitalizowanych pacjentów. Skłonność do zatorowości po zabiegach chirurgicznych jest przede wszystkim skutkiem uwolnienia podczas zabiegu tromboplastyny, wywołującej stan uogólnionej nadkrzepliwości. Badania sekcyjne wykazały, że żChZZ odpowiada za około 10 proc. zgonów pooperacyjnych. Częstość zakrzepicy jest szczególnie wysoka u osób z rakiem trzustki, żołądka, płuc, układu moczowo-płciowego, jajnika, jąder i sutka. U około 10–20 proc. chorych z idiopatycznym zakrzepowym zapaleniem żył występuje w chwili badania lub później, jawny klinicznie nowotwór. Ryzyko zakrzepicy wzrasta po urazach, takich jak uraz wielonarządowy, złamanie kręgosłupa, miednicy, biodra, kości udowej lub piszczelowej; urazy rdzenia kręgowego oraz obrażenia mózgu. Unieruchomienie, poza samą chorobą podstawową, jest głównym czynnikiem predysponującym do zakrzepicy. Czynnikiem ten może być odpowiedzialny za wysoką częstość występowania zakrzepicy u chorych z ostrym zawałem

mięśnia sercowego bądź zastoinową niewydolnością prawego serca oraz ostrym udarem mózgu. Częstość zakrzepicy żylny wzrasta w czasie ciąży, szczególnie podczas trzeciego trymestru i w pierwszym miesiącu po porodzie oraz u osób zażywających estrogeny (terapia zastępcza lub antykoncepcja). Różnorodne stany prowadzące do nadkrzepliwości mogą powodować zakrzepicę żył włącznie z odpornością na działanie zaktywowanego białka C (czynnik V Leiden); niedoborem antytrombiny III, białka C i białka S; zespołem antyfosfolipidowym, toczniem rumieniowatym, chorobami mieloproliferacyjnymi, dysfibrinogenią i rozsianym krzepnięciem wewnątrz-naczyniowym. Zapalenie żył pojawiające się w przebiegu zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń, choroby Behceta i homocystynurii również może prowadzić do zakrzepicy.

## Zakrzepica żył głębokich (ZŻG)

ZŻG kończyn dolnych jest często klinicznie bezobjawowa. Najważniejszym powikłaniem tego stanu jest zator tętnicy płucnej

oraz zespół przewlekłej niewydolności żylny. Jednostronne powiększenie obwodu kończyny, nadmierne jej ucieplenie i rumień sugerują zakrzepicę żył głębokich biodrowych, udowych lub podkolanowych. Na przebiegu zajętej żyły może występować tkliwość oraz postronkowate zgrubienie. Może być obecne wzmożone napięcie tkankowe, rozszerzenie żył powierzchniowych i uwidocznienie wyraźnego krążenia obocznego. U niektórych chorych odtlenowana hemoglobina zastoju krwi może nadać kończynie niebieskawy odcień, stan ten jest nazywany niebieskim zapaleniem żył (*phlegmasia cerulea dolens*).

W przypadku silnego obrzęku kończyny ciśnienie w tkance śródmiąższowej może przewyższyć ciśnienie perfuzyjne naczyń włosowatych prowadząc do zblednięcia skóry, stan ten określa się mianem białego zapalenia żył (*phlegmasia alba dolens*). Rozpoznanie zakrzepicy żył głębokich podudzia jest często trudne. Dzieje się tak, gdyż tylko jedna z wielu żył może być zajęta, umożliwiając adekwatny odpływ przez pozostałe drożne naczynia. Najczęstszą skargą jest ból łydki.

Badanie może wykazać tkliwość tylnej części podudzia, nadmierne ucieplenie, wzmożone napięcie tkanek lub łagodne obrzmienie i, rzadko, powrózkowate zgrubienie. Wzmożony opór lub ból podczas zginania grzbietowego stopy (objaw Homansa) jest symptomem zawodnym.

Zakrzepica żył głębokich kończyny górnej jest rzadsza (około 10 proc.) niż zajęcie kończyny dolnej, lecz częstość występowania wzrasta z powodu większego wykorzystania zakładanych na stałe cewników do żył centralnych (6-krotne zwiększenie ryzyka) albo uciśnięcia żyły podoobojczykowej bądź pachowej np. przez powiększone węzły chłonne, miejscowy naciek nowotwory lub złamany obojczyk. Zatkanie przez zakrzep żyły pachowej i podoobojczykowej powoduje obrzęk górnej części ramienia, któremu mogą towarzyszyć parestezje i osłabienie kończyny. Mniej niż 10 proc. ZŻG kończyn górnych łączy się z objawową zatorowością płucną. Cechy kliniczne i powikłania są podobne jak w zakrzepicy kończyn dolnych.

## Zakrzepica żył powierzchniowych (ZŻP)

Zakrzepica żyły odpiszczelowej i odstrzałkowej lub ich dopływów – czyli zakrzepica żył powierzchniowych – nie powoduje zatoru tętnicy płucnej. Wiąże się z cewnikowaniem żył oraz wkuciami dożylnymi, pojawia się w żylakowato zmienionych żyłach i może rozwinąć się w związku z zakrzepowym zapaleniem żył głębokich. Wędrujące zakrzepowe zapalenie żył jest często sygnałem istnienia nowotworu i może występować u pacjentów ze stanem zapalnym naczyń, takim jak zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń. Kliniczne cechy zakrzepowego zapalenia żył powierzchniowych są łatwe do odróżnienia od objawów zakrzepicy żył głębokich. Pacjenci skarżą się na ból umiejscowiony w okolicy zakrzepu. Badanie ujawnia zaczerwienione, ciepłe i tkliwe powrózkowate zgrubienie wzdłuż żyły powierzchniowej. Sąsiednia okolica może być zaczerwieniona i obrzęknięta.

**Leczenie**

Leczenie zazwyczaj jest podtrzymujące. Początkowo pacjent powinien leżeć w łóżku z uniesioną kończyną dolną i stosować ciepłe okłady. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) mogą usmierzyć ból, lecz mogą także zamazać obraz kliniczny szerzającego się zakrzepu. Jeżeli zakrzepica żyły odpiszczelowej rozwija się w okolicy udowej i szerzy w kierunku spływu żylnego odpiszczelowo-udowego, rozsądne jest rozważenie wprowadzenia leczenia przeciwzakrzepowego, aby uniknąć szerzenia się zakrzepu do układu żył głębokich i możliwości zatoru płucnego.

**Ostra zatorowość płucna (ZP)**

Zagrożenie zatorowością płucną stanowi codzienny problem u krytycznie chorych pacjentów na oddziałach intensywnej terapii, u których zwykle występuje jeden lub kilka czynników ryzyka zakrzepicy żyłnej, tj. długotrwała wentylacja mechaniczna, porażenie nerwowo-mięśniowe, ciężka sepsa, wazopresory, przetoczenia płytek krwi, długotrwałe unieruchomienie. Cechy kliniczne ostrej zatorowości płucnej (ZP) obejmują nieswoiste objawy, takie jak: duszność, zwykle nagłą lub narastającą (70–82 proc.), bóle w klatce piersiowej (49–64 proc.), w tym bóle o charakterze dławicowym (10 proc.), napadowy kaszel (20–29 proc.), zasłabnięcie lub omdlenie (14–28 proc.), krwioplucie (7–21 proc.). W badaniu przedmiotowym można zaobserwować niepokój (20 proc.), przyspieszenie oddechu (60–64 proc.), tachykardię (49–52 proc.), zmiany osłuchowe nad płucami, zwykle zmienne w charakterze i lokalizacji (48 proc.), gorączkę (44 proc.), zmiennie wyrażone objawy zakrzepicy żył kończyn dolnych (33 proc.). Obłożna choroba, jak zapalenie płuc u pacjenta po 70 roku życia, z istniejącą wcześniej niewydolnością serca, czy złamanie szyjki kości udowej u otyłej pacjentki z żyłakami kończyn dolnych i zespołem pozakrzepowym lub powikłany połów u kobiety z którąkolwiek postacią trombofilii znacznie potęgują ryzyko ZP i wymagają nie tylko dużej czujności klinicznej, ale przede wszystkim wdrożenia profilaktyki przeciwzakrzepowej. Różnie nasilone i zestawione objawy często wymagają różnicowania z ostrym zespołem wieńcowym, zapaleniem płuc, infekcją lub neuralgią. Ustalenie rozpoznania zatorowości płucnej jest trudne z uwagi na różnorodność obrazu klinicznego, wielorakość, zwykle niecharakterystycznych, objawów, brak prostych, swoistych testów o wystarczającej czułości, co wymusza poszukiwania schematów diagnostycznych, które umożliwiają weryfikację podejrzeń i przede wszystkim, niezwłoczne wdrożenie leczenia. Nie ma klinicznych ani laboratoryjnych oznaczeń, które potwierdzałyby lub wykluczały zatory płucne. Diagnostyczne podejście do zatorowości płucnej wymaga specjalistycznych badań.

**Tomografia komputerowa klatki piersiowej**

Angiotomografia komputerowa jest nowoczesną i bardzo skuteczną opcją diagnostyczną zatorowości płucnej. Technika

wielorzędowa (64-rzędowa), dwulampowa, z bramkowaniem EKG, pozwala na ocenę tętnic płucnych, naczyń systemowych i wieńcowych jednocześnie. Opóźniona faza badania pozwala na ocenę żył głębokich kończyn dolnych, co znakomicie uzupełnia rozpoznanie. Uwidocznienie skrzepliny w rozgałęzieniach tętnicy płucnej potwierdza rozpoznanie u chorego z dużym klinicznym prawdopodobieństwem zatoru. U chorych z niewysokim prawdopodobieństwem choroby ujemny wynik wielorzędowej angio-TR pozwala wykluczyć ZP bez dalszych badań. Nie należy jednak zapominać, że jedno badanie angio-TR to roczne narażenie na promieniowanie z różnych źródeł i że granice bezpieczeństwa środka kontrastowego wyznacza poziom kreatyniny 3,0 mg%.

**Arteriografia**

Arteriografia płucna, zwana „złotym standardem” dla diagnostyki zatoru płucnego, ujawnia drobne, obwodowe skrzepliny w łożysku płucnym w mniejszym odsetku przypadków niż angio-TR. Jest wiarygodnym, ale inwazyjnym badaniem diagnostycznym, wykonywanym przez nieliczne ośrodki, przydatnym w sytuacjach, gdy wyniki badań nieinwazyjnych nie są jednoznaczne.

**Badania biochemiczne**

Podwyższone wartości troponin sercowych świadczą o uszkodzeniu miokardium prawej komory, wskazują na możliwość wystąpienia powikłań, zwiększają kilkakrotnie śmiertelność. Wielokrotnie oznaczane troponiny pozwalają określić zagrożenia i skuteczność leczenia chorego. Czynnej zakrzepicy towarzyszy pewien stopień rozpuszczania skrzepów, co powoduje powstanie monomerów fibryny związanych poprzecznie, zwanych także D-dimerami fibryny lub D-dimerami. Stężenie D-dimerów jest zwiększone u pacjentów z żChZZ, a oznaczanie D-dimerów stało się powszechnie stosowanym testem przesiewowym w razie podejrzenia tej choroby u pacjentów spoza oddziału intensywnej terapii. Problem stanowi mnogość innych stanów, które mogą powodować wzrost stężenia D-dimerów, w tym sepsa, złośliwe procesy, ciąża, niewydolność serca, niewydolność nerek, ciężki uraz a nawet zaawansowany wiek. W efekcie większość (do 80 proc.) pacjentów oddziału intensywnej terapii ma zwiększone stężenie D-dimerów, a nie ma żChZZ. Znajduje to wyraz w małej dodatniej wartości progностycznej oznaczeń D-dimerów u krytycznie chorych, a badanie to nie jest uznawane za użyteczny test do rozpoznawania żChZZ w warunkach OIT.

**Podwójna ultrasonografia żył**

Najczęściej wykonywane badanie nieinwazyjne to podwójna ultrasonografia żył (typu B, czyli dwuwymiarowa i z wykorzystaniem zjawiska Dopplera). W czasie obrazowania żył głębokich zakrzep może być uwidoczony przez bezpośrednią wizualizację bądź przez interferencję, jeśli żyła nie zapada się podczas działań uciskających. Ultrasonografia dopplerowska

umożliwia pomiar prędkości przepływu krwi w żyłach. Na prędkość tę wpływa oddychanie i ucisk stopy czy podudzia. Nieprawidłowy przepływ występuje w przypadku istnienia przeszkody w żyłach głębokich. Ilość prawdziwych dodatnich wyników w podwójnej ultrasonografii żył dochodzi do 95 proc. dla zakrzepicy żył proksymalnych. W przypadku podudzia z powodu trudniejszej wizualizacji żył głębokich czułość techniki wynosi tylko 50–70 proc., choć specyficzność jest rzędu 95 proc. W pletyzmografii impedancyjnej przeprowadza się pomiary zmian w pojemności żył w odpowiedzi na działanie czynników fizjologicznych. Przeszkoda upośledza prawidłowe zmiany pojemności żyły podczas nadmuchiwanie i wypuszczenia powietrza z mankietu umieszczonego na udzie. Wartość przewidywalności tej metody w wykrywaniu zamykającego zakrzepu w żyłe proksymalnej wynosi 90 proc. Metoda ta jest mniej czuła w przypadku badania żył głębokich podudzia.

**Rezonans magnetyczny**

Rezonans magnetyczny jest inną nieinwazyjną metodą przydatną w wykrywaniu zakrzepicy żył głębokich. Jego dokładność diagnostyczna jest podobna do podwójnej ultrasonografii. Jest użyteczny w przypadku pacjentów z podejrzeniem zakrzepicy żyły głównej dolnej lub górnej oraz żył miednicy.

**Badanie flebograficzne**

żŻG może być również rozpoznawana badaniem flebograficznym. Środek kontrastowy jest wstrzykiwany do powierzchownej żyły stopy i kierowany do układu żylnego głębokiego przez zastosowanie opasek uciskowych. Do ustalenia rozpoznania niezbędne jest upośledzenie lub brak napełniania żył głębokich. Rozpoznanie różnicowe zakrzepicy żył głębokich obejmuje szereg schorzeń, które powodują jednostronny ból bądź obrzmienie kończyny dolnej, włącznie z pęknięciem mięśnia, urazem lub krwawieniem: pęknięciem torbieli podkolanowej i obrzękiem limfatycznym. Różnicowanie obrzmienia wywołanego przez zespół pozakrzepowy od aktualnej ostrej nawrotowej zakrzepicy żył głębokich może być trudne. Ból kończyny może wynikać również z ucisku nerwów, zapalenia stawów, zapalenia ścięgien, złamań i zmian zamykających tętnice. Dokładny wywiad i badanie fizykalne pozwalają zazwyczaj ustalić przyczynę.

**Leczenie**

**Antykoagulanty**

Początkowo niezagrażającą życiu żChZZ leczy się stosując antykoagulację z użyciem jednego z preparatów heparyny. Zapobieganie zatorowi tętnicy płucnej jest głównym powodem leczenia pacjentów z zakrzepicą żył głębokich, gdyż w stadium początkowym zakrzep może być luźny i słabo przylegać do ściany naczynia. Pacjenci powinni pozostawać w łóżku, zajęta kończyna należy unieść powyżej poziomu serca, dopóki nie ustąpią obrzęk i tkliwość. Leczenie przeciwzakrzepowe zapobiega szerzeniu się zakrzepu i pozwala na działanie endogennego systemu

litycznego. Początkowy dożylny bolus heparyny niefrakcjonowanej powinien wynosić 7500–10 000 IU, z następującym po nim wlewem ciągłym 1000–1500 IU na godzinę. Dawkowanie zależne jest od wagi ciała. Alternatywnym środkiem wobec heparyny niefrakcjonowanej w leczeniu zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej jest podskórne podawanie heparyny drobnocząsteczkowej. Leczenie heparyną należy kontynuować przynajmniej 5–7 dni. Najlepiej zbadana dawka terapeutyczna heparyny drobnocząsteczkowej (*low-molecular-weight heparin*, LMWH):

- Enoksaparyna: 1 mg/kg m. c. w podskórnych wstrzyknięciach co 12 godzin;
- dawkę zmniejsza się o 50 proc. u pacjentów z klirensen kreatyniny < 30 ml/min, np. podaje się 1 mg/kg m. c. jeden raz dziennie.

Podaje się, że skuteczność heparyny niskocząsteczkowej/drobnocząsteczkowej (4000–6000 daltonów) jest taka sama lub nawet wyższa niż heparyny konwencjonalnej, niefrakcjonowanej (*low-dose unfractionated heparin*, LDUH) w zapobieganiu szerzenia się bądź nawrotu zakrzepicy żył. Zależnie od konkretnego preparatu, niskocząsteczkowa heparyna (LMWH) jest podawana podskórnie w stałych dawkach, raz bądź dwa razy dziennie. LMWH jest lepsza niż LDUH w dużych zabiegach ortopedycznych, tj. operacje stawu biodrowego i kolanowego. Pierwsza dawka LMWH nie powinna być podawana wcześniej niż po 12 godzinach od zabiegu, by ograniczyć ryzyko krwawienia. Częstość występowania trombocytopenii jest mniejsza w przypadku heparyny niskocząsteczkowej.

**Warfaryna**

Doustną antykoagulację warfaryną należy wdrożyć możliwie wcześniej po rozpoczęciu wstępnego leczenia przeciwzakrzepowego heparyną, najlepiej na tzw. „zakładkę”. Początkowo dawka wynosi 5–10 mg, przez minimum 5 dni łącznego stosowania, do chwili uzyskania stabilnych, docelowych wartości wskaźnika INR (*international normalized ratio* – znormalizowany czas protrombinowy). Korzyścią stosowania nowych leków doustnych jest rzadsze występowanie powikłań krwotocznych bez konieczności laboratoryjnego monitorowania skuteczności leczenia. Długość trwania profilaktyki wtórnej zależy od obecności odwracalnych czynników predysponujących. Usunięcie tych czynników pozwala skrócić okres prewencji wtórnej do trzech miesięcy.

**Odwracanie antykoagulacji heparynowej**

Przeciwzakrzepowe działanie heparyny można szybko odwrócić siarczanem protaminy – białkiem (z rybiego nasienia) wiążącym się z heparyną i tworzącym nieaktywne związki. Dożylna dawka 1 mg protaminy w ciągu 5 minut neutralizuje około 100 jednostek heparyny. Protaminę należy podawać powoli (przez 10 minut), by zminimalizować ryzyko bradykardii i hipotensji. Skuteczność określa się za pomocą oznaczenia aPTT wykonanego 5–15 minut po podaniu leku. Mogą wystąpić reakcje podobne do nadwrażliwości (także anafilaksja), które zdarzają się częściej u pacjentów z reakcjami alergicznymi na produkty

z ryb lub u narażonych uprzednio na kontakt z preparatami insuliny protaminowej.

Większość chorych można leczyć zachowawczo, ale należy pamiętać, że istnieją również metody inwazyjne – chirurgiczna embolizacja tętnicy płucnej lub usunięcie skrzeplin metodą przezskórną u pacjentów, u których tromboliza jest bezwzględnie przeciwwskazana lub okazała się nieskuteczna. Powinna być wykonana przed upływem 48 godzin od powstania zakrzepicy; później skrzeplina jest w tak ścisłym związku ze ścianą żyły, że całkowite jej usunięcie jest niemożliwe. W sprzyjających warunkach (bliskość ośrodka kardiochirurgicznego), dzięki zastosowaniu krążenia pozaustrojowego, można uzyskać natychmiastowe odbarczenie przeciążonej prawej komory, doszczętnie usunąć świeże skrzepliny oraz wykonać endarterektomię płucną skrzeplin przewlekłych, częściowo zorganizowanych. Zastosowanie embolizacji wymaga implantacji filtra do żyły głównej dolnej. Po zastosowaniu trombolizy lub embolizacji należy kontynuować leczenie przeciwzakrzepowe heparyną, a następnie doustnym antykoagulantem.

### Profilaktyka

Profilaktykę należy rozważyć w sytuacjach podwyższonego ryzyka wystąpienia zakrzepicy żył głębokich. Korzystne są niskie dawki heparyny (5000 jednostek 2 godziny przed operacją i następnie 5000 jednostek co 8–12 godzin po zabiegu), warfaryny i zewnętrzny ucisk mankietem pneumatycznym.

#### Mechaniczna profilaktyka przeciwzakrzepowa

Można stosować zewnętrzne uciskanie kończyn dolnych, by po unieruchomieniu ułatwić odpływ krwi i zmniejszyć ryzyko żchzz. Ta metoda mechanicznego zapobiegania zakrzepom jest zazwyczaj stosowana zamiast leków przeciwzakrzepowych pacjentów krwawiących lub u których ryzyko krwawienia jest duże; można jej także użyć jakom uzupełnienia profilaktyki lekami przeciwzakrzepowymi. Istnieją dwa sposoby zewnętrznego ucisku kończyn dolnych:

1. Pończochy elastyczne o stopniowanej sile ucisku (*thromboembolism – deterrent*, TED). Znane są także jako „pończochy odstrasżające zakrzepy”. Zaprojektowane są tak, by wywierały zewnętrzny nacisk 18 mm Hg na wysokości stawu skokowego i 8 mm Hg na wysokości uda. Uzyskany gradient ucisku 10 mm Hg działa jako siła napędowa odpływu krwi z żył kończyn dolnych. Wykazano, że pończochy te zmniejszają częstość występowania żchzz o 50 proc., gdy są stosowane jako wyłączny środek po dużych zabiegach operacyjnych. Są jednak najmniej skuteczną metodą profilaktyki przeciwzakrzepowej i nigdy nie stosuje się ich jako jedyne go środka zapobiegawczego u krytycznie chorych.

2. Przerwany ucisk pneumatyczny (*intermittent pneumatic compression*, IPC). Uzyskuje się go za pomocą nadmuchiwanego zbiorniczka owiniętego wokół kończyn dolnych i podłączonych do pompy pneumatycznej. Wypełnienie zbiorniczka ułatwia odpływ żylny z kończyn dolnych przez wytworzenie zewnętrznego ucisku 35 mm Hg na wysokości stawu skokowego,

a 20 mm Hg na udzie. Powtarzane wypełnienia i opróżnienia wytwarzają efekt pompowania, który dodatkowo wzmacnia żylny odpływ z kończyn. Metoda IPC jest bardziej skuteczna niż pończochy o stopniowanej sile ucisku i można ją stosować jako wyłączną w profilaktyce zakrzepów we wczesnym okresie np. po kraniotomii. IPC to preferowana metoda mechanicznej profilaktyki stosowana na oddziale intensywnej terapii, lecz ma pewne mankamenty; tzn. nadmuchiwanie zbiorniczki ograniczają możliwość poruszania się i mogą macerować skórę, a naprzemienne wypełnienia i opróżnienia zbiorniczków często są drażniące dla przytomnych pacjentów. Należy przerwać IPC, gdy tylko przestanie być potrzebny.

#### Profilaktyka u osób odbywających długotrwałe podróże samolotem. Zaleca się:

- noszenie luźnego ubrania nieuciskającego kończyn dolnych i talii;
  - picie dużej ilości napojów bezalkoholowych;
  - unikanie alkoholu i napojów zawierających kofeinę;
  - w trakcie lotu częste napinanie mięśni podudzi, zginanie palców lub stawanie na palcach;
  - unikanie snu w pozycji siedzącej;
  - jeżeli podróż trwa >8 godzin, to oprócz ww. metod należy rozważyć dodatkowo założenie podkolanówek o stopniowanym ucisku, zapewniających ucisk na poziomie kostki wynoszący 15–30 mm Hg;
  - u osób po przebytej żchzz, po niedawno przebytych urazach lub zabiegach operacyjnych (≤6 tyg.) lub z chorobą nowotworową – wstrzyknięcie przed odlotem pojedynczej profilaktycznej dawki heparyny drobnocząsteczkowej.
- Nie poleca się profilaktycznego stosowania leków przeciwplatekcyjnych.

Takie same zalecenia mogą dotyczyć osób podróżujących przez wiele godzin samochodem lub autobusem.

### Podsumowanie

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, czyli zakrzepica żył głębokich i jej najgroźniejsze powikłanie – zator tętnicy płucnej, stanowi ważny problem współczesnej medycyny. Zatorowość płucna pozostaje od kilkudziesięciu lat trzecią, co do częstości, przyczyną zgonów wśród pacjentów szpitalnych oraz wiodącą przyczyną zgonów w okresie pooperacyjnym i połogu. Dlatego prawidłowy, sprawny proces diagnostyczny, z oceną zagrożenia chorego nagłym zgonem oraz szybkie wdrożenie leczenia ma podstawowe znaczenie dla zmniejszenia śmiertelności w tej chorobie i zapobieganiu jej odległym powikłaniom (przewlekłe zatorowo-zakrzepowe nadciśnienie płucne).

Literatura u Autorki

mgr piel. Elżbieta Janiszewska  
przewodnicząca PTPAiO – Oddział w Łodzi,  
członek Koła PTP i PTPR,  
spec. w dziedzinie pielęgniarstwa  
anestezjologicznego i intensywnej opieki,  
Instytut CZMP w Łodzi

mgr ALINA PRZYBYSZ

JUDYTA LAUK

## Metody planowania rodziny

### – dawniej i dziś



Temat ten może zainteresować każdego niezależnie od płci, wieku czy wykształcenia. Szczególną uwagę temu zagadnieniu powinni jednak poświęcić przedstawiciele ochrony zdrowia.

Od wieków ludzie chcieli zaplanować poczęcie kolejnego dziecka ale nie pozwalała na to wiedza w tym zakresie. Kobiety, które chciały uniknąć ciąży, mimo swoich wyliczeń, często w nią zachodziły. Częstym zjawiskiem były rodziny posiadające więcej niż pięcioro dzieci. Ludzie pierwotni kierowali się fazami księżycy i w ten sposób chcieli ograniczyć liczbę posiadanych potomstwa. Metoda ta odnosiła się do występowania cykliczności i rytmiczności we wszechświecie i była wysoce nieskuteczna.

Aby ograniczyć liczbę potomstwa uciekano się do magii i zabobonów. Spożywano różne, nietypowe potrawy, stosowano nalewki z ziół, takich jak polna mięta, mirra, wierzba czy jałowiec. W zależności od kraju, jego kultury i zwyczajów stosowano inne metody, takie jak:

- zioła owinięte kawałkiem materiału, wodorosty morskie, tampony z liści bambusa i inne mieszanki umieszczane w pochwie przed stosunkiem;
- smarowanie pochwy maściami, aromatycznymi olejkami przed stosunkiem;
- stosunek przerywany, któremu przypisywano wysoką skuteczność;
- osłony na prącie wytwarzane z jedwabiu, lnu, owczych jelit i rybich pęcherzy.

Część stosowanych metod okazała się skuteczna, ponieważ niektóre substancje umieszczone w pochwie posiadały działanie plemnikobójcze. Przykładem może być mieszanka z rozartych cierni akacji i daktyli z miodem. Umieszczona mieszanka pod wpływem temperatury ciała kobiety fermentowała powodując wydzielanie kwasu mlekowego – składnika dzisiejszych środków plemnikobójczych.

Kolejne stulecia przynosiły ze sobą coraz to nowe odkrycia. Wciąż doskonalono różne metody antykoncepcji. Przełomem było odkrycie w 1672 r. przez de Graafa, a w kobiecych jajnikach obecności pęcherzyków z komórkami jajowymi. Dalszy przełom w tej dziedzinie to odkrycie zjawiska zapłodnienia przez von Bear, a. Na początku XIX w. austriacki uczyony Herman Knaus i Japończyk Kyusaku Ogino opracowali zasady wyznaczania dni płodnych i niepłodnych w cyklu miesięcznym kobiety. Metoda ta została nazwana kalendarzykiem małżeńskim. Naukowcy ci stworzyli podstawy dziedziny zwanej naturalnym planowaniem rodziny (NPR). Po raz pierwszy wnikiwa obserwacja cyklu miesięcznego kobiety ustaliła zależność pomiędzy terminem owulacji i krwawienia miesięcznego. Kolejne stulecia przynosiły nowe odkrycia. Koniec XIX w. opracowano proces wulkanizacji gumy, a co za tym idzie, popularyzację prezerwatyw.

W 1944 r. niemieccy uczeni dowiedli, że za hamowanie owulacji odpowiada hormon – progesteron, a w drugiej połowie XX wieku uczyony Pincus wynalazł pierwszą hormonalną tabletkę antykoncepcyjną.

„Naturalne Planowanie Rodziny” to pojęcie użyte po raz pierwszy w 1896 r. Jednak dopiero w pierwszej połowie XX w. Ogino i Knaus opracowali jego naukowe podstawy. Zajmowali się wnikiwą obserwacją cyklu menstruacyjnego, badali różne objawy, które cyklicznie i regularnie występują w organizmie kobiety. Ustalono, że cykl miesięczkowy trwa około 28 dni i składa się z 4 elementów:

1. Menstruacji – czas złuszczenia się błony śluzowej macicy i niedużego krwawienia.

2. Fazy folikularnej – czas dojrzewania pęcherzyka jajnikowego i odbudowa błony śluzowej macicy (działanie estrogenów).

3. Owulacji – uwolnienie z pęcherzyka komórki jajowej i przemieszczenie się jej do jajowodu.

4. Fazy lutealnej – przygotowanie się jamy macicy do przyjęcia zarodka.

Wymienionym procesom w organizmie kobiety towarzyszą pewne możliwe do zauważenia objawy. Cykliczne zmiany dotyczą: podstawowej temperatury ciała, wyglądu i konsystencji śluzu szyjkowego, struktury i położenia szyjki macicy.

Do metod NPR zalicza się metodę: Ogino – Knausa, termiczną, Billingsów, objawowo-termiczną.

Naturalne planowanie rodziny posiada wiele zalet jako metoda ekologiczna, dbająca o środowisko. Stosując metodę objawowo – termiczną nie ingeruje się w fizjologię ludzkiej płodności, nie zaburza się naturalnego rytmu przemian zachodzących w ciele kobiety.

1. **Metoda Ogino – Knausa** jest powszechnie znana pod nazwą kalendarzyka małżeńskiego. To sposób opracowany przez dwóch naukowców XX w. (nazwiska w nazwie metody). Zakłada on regularność cykli miesięczkowych. Na podstawie długości kilkunastu cykli wstecz można wskazać ilość dni płodnych w kolejnych cyklach. Zakładając, że komórka jajowa może przeżyć 24 godziny po jajeczkowaniu a plemniki mają zdolność do zapłodnienia w czasie 48 do 72 godzin po ejakulacji to owulacja ma miejsce 14 dni przed miesiączką (dopuszcza się możliwość dodania lub odjęcia 2 dni). Zastosowanie tej metody wymaga obecnie zastosowania zasad. Są następujące:

- należy odnotować długość każdego z ostatnich 6–12 cykli, a następnie wybrać najdłuższy i najkrótszy z nich;
- od długości trwania najkrótszego cyklu odejmuje się 18 (określenie pierwszego dnia płodnego);
- od długości trwania najdłuższego cyklu odejmuje się 11 (określenie ostatniego dnia płodnego);
- pozostałe dni uważane są za nieplodne.

Należy podkreślić, że metoda ta sama w sobie nie jest wystarczająco skuteczna. Jest zawodna w przypadku przebiegu stresu, po spożyciu alkoholu lub w infekcji pochwy, ponieważ jajeczkowanie opóźnia się. Metodę tę uważa się w obecnych czasach za historyczną a mimo to ma ona nadal wielu zwolenników.

2. **Metoda termiczna** polega na codziennym mierzeniu podstawowej temperatury ciała (w skrócie PTC) i zaznaczeniu wyniku w karcie obserwacji cyklu miesięczkowego. Punkty zaznaczone łączy się i w ten sposób powstaje wykres. W prawidłowo przebiegającym cyklu, w dniu owulacji, powinien nastąpić wzrost temperatury ciała ponieważ wydzielany przez ciało żółte progesteron wpływa na ośrodek termoregulacji. Pomiaru temperatury należy dokonywać codziennie oprócz pierwszych 5 dni cyklu stosując zasady:

- po przespaniu minimum 3 godzin, zaraz po przebudzeniu i przed wstaniem z łóżka;
- zawsze o tej samej porze i w tym samym miejscu (w pochwie, odbycie lub w jamie ustnej);
- zawsze tym samym termometrem.

Jeżeli wykonano pomiar wcześniej, to należy dodać do zmierzonej temperatury 0,10 C na każdą godzinę przyspieszenia. Jeżeli wykonano pomiar później, to należy odjąć od zmierzonej temperatury 0,10 C za każdą godzinę opóźnienia.

3. **Metoda Billingsów**, czyli rozpoznawanie owulacji na podstawie obserwacji śluzu szyjki macicy. Metodę tę opracowało australijskie małżeństwo lekarzy Evelyn i John, a Billings a opublikowana została po raz pierwszy w 1964 roku. Aby określić typ śluzu należy uchwycić niewielką jego ilość w dwa palce i spróbować go rozciągnąć. Śluz płodny to taki, który: jest podatny na rozciąganie, przejrzysty, podobny do surowego, kurzego jajka.

Śluz taki ułatwia przedostanie się plemników do macicy podczas stosunku więc prawdopodobieństwo poczęcia w tym okresie jest bardzo wysokie. Można go zaobserwować kilka dni przed owulacją a ponadto kobiecie towarzyszy uczucie dużej wilgotności w pochwie. Pojawienie się śluzu przejrzystego to pierwszy dzień płodny.

Wydzielina, która jest: mętna, gęsta, lepka – występuje zazwyczaj w czwartej dobie po szczycie objawu śluzu płodnego. Jest to wydzielina w okresie nieplodnym.

4. **Metoda objawowo-termiczna** (Rotzera) jest połączeniem regularnych pomiarów ciepłoty ciała z obserwacją śluzu szyjkowego. Dodatkowym parametrem jest badanie struktury, położenia oraz rozwarcie szyjki macicy. Badanie przeprowadza się codziennie wieczorem, rozpoczynając od pierwszego dnia po miesiączce. Skuteczność tej metody jest bardzo wysoka.

Kobieta podczas badania musi przyjąć pozycję zawsze taką samą. Może to być pozycja leżąca, z nogami przyciągniętymi do tułowia lub stojąca, z jedną nogą umieszczoną na krześle.

Kobieta, wprowadziwszy palec do pochwy, dotyka i bada szyjkę macicy. Po miesiączce szyjka jest twarda, zamknięta i nisko położona.

W okresie płodnym szyjka macicy wykonuje zwrot od kości krzyżowej ku spojeniu łonowemu oraz staje się miękka, otwarta a z ujścia wydobywa się śluz o cechach płodnych. Należy zwrócić też uwagę na dodatkowe objawy występujące u niektórych kobiet w okresie około owulacyjnym. Są to obrzmienie piersi i wyraźnie zaznaczona ich tkliwość oraz plamienie z dróg rodnych spowodowane przejściowym spadkiem estrogenów we krwi. Odczuwalny może być też ból w podbrzuszu lub ucisk w okolicy krocza.

Coraz to nowsze wynalazki wspomagają NPR. Są to termometry z mikroprocesorem, krystalizatory śluzu szyjkowego, urządzenia badające zawartość elektrolitów w ślinie, testy owulacyjne i analizatory hormonalne.

mgr Alina Przybysz, Judyta Lauk  
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa  
UM w Łodzi



mgr AGATA WĘŻYK

## Rozwiązywanie konfliktów

**J**ak pisałam w poprzednim numerze Biuletynu konflikty w pewnym sensie stanowią naturalny element relacji międzyludzkich. Różnimy się i z tych różnic mogą wynikać nieporozumienia o różnym charakterze i nasileniu. Z badań wynika, że w pierwszym roku pracy ponad 1/3 pielęgniarek doświadcza otwartego konfliktu. Nieco więcej, 38 proc. badanych, potwierdziła, że odczuwa stres związany z konfliktami (McKenna i wsp., 2003). Przyzwyczailiśmy się uważać konflikty za negatywne, ale dziś wiemy, że mogą one przynosić również pozytywne skutki, chociażby nowe, lepsze rozwiązanie określonego problemu, rozwój umiejętności zawodowych i osobistych. Jest jednak jeden warunek – skuteczne zarządzanie konfliktami zarówno na poziomie indywidualnym, jak i organizacji. Jego brak prowadzi do eskalacji napięcia i nieprzyjemnej atmosfery, agresji werbalnej, a – w najbardziej skrajnych przypadkach – agresji fizycznej, a w relacjach między pracownikami – różnych form mobbingu. nierozwiązane i źle zarządzane konflikty przyczyniają się do obniżenia efektywności pielęgniarek, ich samooceny i dobrostanu, a zatem w oczywisty sposób przyczyniają się do pogorszenia jakości opieki zdrowotnej.

### Indywidualny styl radzenia sobie z konfliktami

Różnimy się nie tylko pod względem naszych poglądów i przekonań, ale także w zakresie preferowanych strategii

radzenia sobie z konfliktami. W zależności od tego na ile dbamy o interesy własne, a na ile o interesy drugiej strony, możemy wybrać jedną z pięciu strategii. Niektórzy ludzie mają tendencję do stosowania jednej lub dwóch strategii, inni są bardziej elastyczni i łatwiej im korzystać z różnych opcji. Oczywiście wiele też zależy od sytuacji (np. od tego, kim jest druga strona), w jednym przypadku będziemy bardziej skłonni do zaciętej walki, a innym możemy szybko pójść na ugodę. Konflikty często wzbudzają silne emocje, co ogranicza racjonalne myślenie. Warto jednak pamiętać, że każdy sposób rozwiązywania konfliktów ma swoje zalety i wady i w miarę możliwości warto rozważyć za i przeciw podejmując świadomą decyzję o tym, jaką strategię zastosować.

### Unikanie

Unikanie to strategia tych, którzy w danym konflikcie niespecjalnie dbają o interesy własne i drugiej strony. Wiąże się to z zaprzeczaniem („Ależ przecież to żaden problem”) lub ignorowaniem konfliktu, udawaniem, że nic się nie stało. W tych przypadkach często stosujemy zmianę tematu („To może porozmawiamy o czymś innym?”), unikanie go („Skończmy już tę bezsensowną dyskusję”), wymijające uwagi („Może inni poczuliby się urażeni, ale ja...?”), a także niezobowiązujące lub ogólnikowe stwierdzenia i pytania, które co prawda nie zaprzeczają konfliktowi, ale też niewiele wnoszą, a czasem w ogóle nie dotyczą konfliktu („Ładna dziś pogoda”). Czasami pojawiają się przyjazne, żartobliwe komentarze i śmiech, które mogą pomóc rozładować napięcie. Unikanie konfliktu dobrze sprawdza się, gdy spór dotyczy prostych, wręcz trywialnych spraw lub gdy relacja z drugą stroną jest ważniejsza niż przedmiot sporu, a także kiedy konflikt może rozwiązać ktoś inny, a my tak naprawdę nie musimy się w niego angażować. Ponadto, ta strategia daje czas na przemyślenie sytuacji i rozważenie alternatywnych sposobów działania. Jest też

przydatna, jeśli przypuszczamy, że druga strona prawdopodobnie zareaguje bardzo negatywnie na konfrontację (np. pacjent, o którym wiemy, że w przeszłości często wykazywał zachowania agresywne). Unikanie konfliktu w takiej sytuacji pełni funkcję ochronną – chroni nas przed ewentualną krzywdą. Podstawową wadą tej strategii jest fakt, że konflikt pozostaje nierozwiązany, może narastać i powrócić w bardziej gwałtownej postaci. Dodatkowo, wzmacnia ona przekonanie, że konflikty są negatywne i należy ich unikać. Ignorowanie konfliktu i udawanie, że wszystko jest w pełnym porządku uniemożliwia również dostrzeganie wzajemnych potrzeb i wpływu stron na siebie, a przez niektórych bywa traktowane jako brak zaangażowania w pracę. Z badań wynika, że pielęgniarki często stosują strategię unikania w przypadku konfliktów z innymi członkami personelu medycznego, zwłaszcza lekarzami. Nierównowaga władzy w tych relacjach i lęk sprawiają, że pielęgniarki niechętnie doprowadzają do konfrontacji (Tabak i Orit, 2007).

## Adaptacja/Uleganie

Tę strategię przyjmujemy zwykle, jeżeli w sytuacji konfliktu skupiamy się na interesach drugiej strony, pomijając do pewnego stopnia nasze własne interesy. Zwykle dzieje się tak, gdy np. nie chcemy urazić drugiej strony. W pewnych przypadkach może to być przejaw wrażliwości czy też grzeczności. Podajemy się, ustępujemy drugiej stronie („OK, już zrobimy po twojemu”), poświęcamy się np. dla dobra grupy. Towarzyszy temu zwykle rezygnacja i brak zaangażowania („Mnie to jest właściwie obojętne, zrobisz jak zechcesz”), a także – podobnie jak w unikaniu – zaprzeczanie problemom („Nie ma sprawy, mogę się tym zająć, żaden kłopot”). Uleganie może prowadzić do poczucia rozgoryczenia, ale bywają sytuacje, których ustępujemy z przyjemnością. Często ulegamy dla tzw. „świętego spokoju” lub gdy chcemy załagodzić konflikt. Dlatego jedną ze specyficznych technik jest wyrażanie potrzeby harmonii („Daj spokój, było-minęło. Nie ma co do tego wracać, już nawet nie pamiętam o co się pokłóciliśmy”). Ten sposób działania przydaje się, kiedy sprawa jest szczególnie ważna dla jednej ze stron, gdy zorientujemy się, że nie mamy racji, a także gdy harmonia i utrzymanie relacji ma większe znaczenie niż przedmiot konfliktu. Ponadto sprawdza się, jeżeli z góry wiemy, że i tak nie możemy wygrać sporu – nie ma wtedy sensu marnować zasobów sił, czasu, energii na konflikt, lepiej ustąpić. Poradzenie sobie z konfliktem poprzez podporządkowanie się drugiej stronie, ma swoje plusy – szczególnie jeśli ulegamy komuś, kto jest bardziej doświadczony i lepiej wie, jak rozwiązać dany problem. Z drugiej jednak strony, może to ograniczać kreatywność (stosowanie ciągle tych samych rozwiązań), a czasem wzbudzać rywalizację (próby udowodnienia „kto jest rozsądniejszy”). Poza tym, adaptacja wzmacnia hierarchię w grupie i nierównowagę władzy np. w relacjach zawodowych pielęgniarek i lekarzy. Ciągłe ustępowanie może być też potraktowane jako brak zainteresowania problemem i zaangażowania oraz wzbudzać agresję. Uleganie

„na siłę” lub z przymusu często wiąże się z urazą i pozostawia konflikt nierozwiązany. Istnieje zatem ryzyko, że w przyszłości konflikt powróci.

## Kompromis

To tzw. styl pośredni, w którym w umiarkowanym stopniu zależy nam na interesach własnych i drugiej strony. Przyświeca mu zasada, że nikt nie może dostać wszystkiego, czego chce, a wszyscy musimy iść na jakieś ustępstwa. W efekcie strony konfliktu spotykają się w połowie drogi – coś tracą, z czegoś rezygnują, ale równocześnie coś zyskują. Standardowe techniki to odwołanie do sprawiedliwości („Poprzednim razem ja ustąpiłam, teraz Twoja kolej”) i proponowanie ugody. Często podejmowane są próby maksymalizowania zysków i minimalizowania strat („OK, możemy to zrobić po Twojemu, ale pod warunkiem, że mi to jakoś wynagrodzisz”), a także proponowanie szybkiego, doraźnego rozwiązania („Wypróbujmy to, a potem zobaczymy...”). Obiegowe opinie sugerują, że to najlepszy sposób rozwiązywania konfliktów, ale głównie dlatego, że myślą kompromis ze strategią kooperacji. Jego zaletą jest to, że zwykle umożliwia znalezienie akceptowalnego dla obu stron rozwiązania i osiągnięcie najważniejszych celów (realizację najważniejszych interesów) przy relatywnie niewielkim nakładzie czasu i energii. Umacnia równowagę władzy w danej relacji i może być wykorzystywany, jeśli inne metody zawiodą albo są z tych czy innych przyczyn nieodpowiednie. Jednakże wypracowane rozwiązanie rzadko jest optymalne. Kompromis prowadzi zazwyczaj do rozwiązań prostych (w efekcie żadna ze stron nie jest tak naprawdę usatysfakcjonowana) i dogodnych, przez co może ograniczać kreatywność i chęć poszukiwania nowych, lepszych rozwiązań. Można go uznać za specyficzną formę unikania konfliktu. Badania pokazują, że ten styl często stosowany jest przez osoby na niższych szczeblach kierowniczych w zespołach medycznych (np. pielęgniarki przełożone), kiedy dochodzi do konfliktów między pracownikami.

## Rywalizacja

Z rywalizacją jako metodą rozwiązywania konfliktów mamy do czynienia, gdy jedna z stron skupia się na własnych interesach i wykazuje zupełny brak chęci zadbania o interesy drugiej strony. Innymi słowy, dążymy do zwycięstwa kosztem przegranej drugiej strony. Zazwyczaj jest to mało przyjemna sytuacja, w której wykorzystuje się władzę formalną, manipuluje, stosuje personalną krytykę („Ty chyba nie jesteś normalny!”), odmowę („Nie zgadzam się i koniec”), wrogie nakazy („Zrób to albo możesz pożegnać się z pracą”), a także wrogie żarty, ironiczne uwagi, uwagi sugerujące winę drugiej strony, zaprzeczanie własnej odpowiedzialności, groźby, agresję werbalną, a nawet fizyczną. Rywalizacja najczęściej kończy się to bezpośrednią konfrontacją, w której dąży się do zniszczenia przeciwnika. Ta strategia wydaje się zdecydowanie negatywna i rzeczywiście może mieć bardzo nieprzyjemne konsekwencje (eskalacja konfliktu, zemsta, mobbing, przemoc). W efekcie wpadamy

w błędne koło. Cel czy rozwiązanie problemu przestaje się liczyć, a najważniejsza staje się dominacja i wygrana. Role stron sprowadzają się do zwycięzcy i pokonanego, a sam konflikt do sytuacji „albo jesteś ze mną albo przeciw mnie”. Mimo to, w niektórych sytuacjach ten sposób działania jest w pełni akceptowalny (choć w oparciu o określone zasady), np. w sądzie. Poza tym rywalizacja sprawdza się w sytuacjach kryzysowych, gdy szybko trzeba podjąć decyzję i zdecydowane działania – czasami narzucenie rozwiązania siłą jest po prostu konieczne. Może być też przydatna, gdy cel, który chcemy osiągnąć, jest znacznie ważniejszy od relacji. Ponadto, tendencja do rywalizacji może być oznaką silnego zaangażowania. Sprzyja też kreatywności, jeśli obie strony reagują pozytywnie na konkurencję, a także gdy premiowane są najlepsze pomysły.

## Kooperacja

Rozwiązywanie konfliktów oparte na współpracy wiąże się z tzw. podejściem wygrana-wygrana, czyli wysoką dbałością o interesy zarówno własne, jak i drugiej strony. W takim przypadku postrzegamy konflikt jako wspólny problem i akceptujemy współodpowiedzialność za konflikt i jego rozwiązanie. Nie chcemy wygrać kosztem „przeciwnika” (co absolutnie nie oznacza pełnej zgodności i jedności!), lecz próbujemy połączyć siły, aby wypracować optymalne dla wszystkich rozwiązanie. Oczywiście czasem konieczne

są ustępstwa (np. „Myślę, że mogę się bardziej postarać”), ale w przeciwieństwie do kompromisu nie obejmują one żadnych istotnych potrzeb. Przydatne są tutaj techniki aktywnego słuchania (np. klaryfikacja „Czy dobrze zrozumiałam, że chciałaś powiedzieć...”), a także używanie jawnych, rzeczowych twierdzeń, które dotyczą konkretnych zdarzeń, ale wolne są od oceny osoby (asertywne „komunikaty Ja” – np. „Martwię się, kiedy wracasz bardzo późno”). Warto również stosowanie twierdzeń i pytań określających istotę i zakres sporu (np. „Sądzę, że naszym głównym problemem teraz jest...”, „Czy przeszkadza ci, kiedy ja...?”). Kooperacja bazuje na wzajemnym szacunku i obejmuje odzwierciedlanie emocji drugiej strony („Rozumiem, że jesteś zdenerwowany”), oferowanie wsparcia, podkreślanie wspólnych celów i interesów („Możemy razem rozwiązać ten problem”) oraz współodpowiedzialności („Oboje mamy co nieco na sumieniu”). Nieocenioną zaletą tej strategii jest uwzględnianie interesów obu stron, obopólny szacunek, zaangażowanie i odpowiedzialność za wypracowanie i wdrożenie rozwiązania. Bardzo dobrze sprawdza się ona, gdy utrzymanie relacji jest równie ważne jak realizacja celu (długotrwałe związki). Przyczynia się do zwiększenia kreatywności, innowacyjności i skuteczności, a jednocześnie zmniejsza prawdopodobieństwo pseudorozwiązań i destrukcyjnych metod rozwiązywania konfliktów. Kooperacja ma jednak sens tylko wtedy, gdy wszystkie osoby zaangażowane w konflikt współpracują ze sobą i wymaga sporych zasobów, czasu i energii. Ponieważ współpraca jako

CO ROBIĆ?	CZEGO UNIKAĆ?
<p><b>Dostrzeganie pierwszych sygnałów</b> Dostrzeżenie konfliktu na wczesnym etapie pozwala nam się lepiej przygotować, zwrócić uwagę na własny nastrój, mowę ciała, a tym samym ułatwia zapobieganie, narastaniu frustracji, eskalacji konfliktu i sprzyja rozwiązaniu problemu</p>	<p><b>“Ja wiem lepiej”</b> Pielęgniarki posiadają ogromną wiedzę i chcą ją wykorzystać dla dobra pacjenta, to jednak usilne podkreślanie własnej racji (nawet jeśli to prawda) bywa bardzo irytujące. Poza tym pamiętajmy, że nasza perspektywa wcale nie musi być jedynie słuszną!</p>
<p><b>Aktywne słuchanie</b> Skupmy się na tym, co mówi druga strona, próbujmy zrozumieć emocje pacjentów i poprawnie zinterpretować to, co chcą nam zakomunikować</p>	<p><b>Obwinianie drugiej strony</b> Narzekanie na pacjenta, jego oczekiwania i potrzeby nie poprawi sytuacji, ani nie rozwiąże problemu</p>
<p><b>Spokój i cierpliwość</b> Kontrola nad sobą (słowami, emocjami, zachowaniem) znacząco ułatwia rozwiązywanie konfliktów. Nie dajmy się ponieść. Nasze opanowanie spowoduje, że druga strona również stopniowo się uspokoi</p>	<p><b>Ignorowanie</b> Wzdychanie, przewracanie oczami, zastanawianie się nad tym, co chcemy powiedzieć, sugeruje, że nie słuchamy (a więc nie interesuje nas pacjent i jego potrzeby). To podsycza negatywne emocje pacjenta i prowadzi do eskalacji konfliktu.</p>
<p><b>Definicja problemu</b> Spróbujmy ustalić, co tak naprawdę stanowi problem. To ograniczy prawdopodobieństwo nieporozumienia i pomoże znaleźć odpowiednie rozwiązanie, które będzie akceptowalne dla obu stron</p>	<p><b>Złość</b> Złość trudno kontrolować, a silne emocje utrudniają skuteczną komunikację i racjonalne myślenie, więc zmniejszają szanse znalezienia optymalnego rozwiązania</p>



sposób rozwiązywania konfliktów jest pozytywnie oceniana przez otoczenie, wywołuje aprobatę, bywa proponowana przez jedną ze stron „na pokaz” i wykorzystywana dla celów manipulacji (próba pokazania siebie w lepszym świetle, a drugiej strony – jeśli nie chce podjąć współpracy – jako nierozsądnej).

### Konflikty z pacjentami – co robić?

Konflikty na linii pielęgniarka-pacjent mogą się pojawiać z różnych powodów i w różnych okolicznościach. Są one bardziej prawdopodobne, jeśli pacjent wcześniej wykazywał zachowania agresywne, ma poczucie ograniczenia fizycznego (np. musi pozostać w łóżku, leżeć nieruchomo itp.), jak i spowodowanego koniecznością podporządkowania się określonym zasadom (np. zakaz palenia), pozostaje pod wpływem środków psychoaktywnych, ale też – w przypadku osób uzależnionych – gdy jest w fazie odstawienia. Stan emocjonalny pacjenta (jak również pielęgniarki!) odgrywa ogromną rolę. Zmęczenie, stres, lęk, napięcie, dezorientacja, „przeladowanie” informacyjne – to wszystko może zmniejszać cierpliwość i zwiększać prawdopodobieństwo wejścia w konflikt (czasami bez konkretnej przyczyny, dla rozładowania emocji, z kimś, kto po prostu jest „pod ręką”). Czasem choroba (szczególnie zaburzenia psychiatryczne) może powodować, że pacjent ma problemy z jasnym, logicznym myśleniem, jego zdolności oceny sytuacji są ograniczone. Inne czynniki prowadzące do eskalacji konfliktu ze strony pacjenta to brak umiejętności radzenia sobie, brak wsparcia, czy trudności z komunikacją, które mogą wynikać m.in. z zaburzeń (np. afazja) lub barier językowych. Również zachowania pielęgniarki nie pozostają bez wpływu. Osądzanie, szufladkowanie czy po prostu nieporozumienia mogą powodować i nasilać konflikty, podobnie jak groźna, onieśmielająca postawa i gesty. Brak zrozumienia dla potrzeb, opinii, czy wartości pacjenta i jego bliskich, a także brak umiejętności (lub czasu!) słuchania

oraz przekazywania istotnych informacji może stanowić zarzewie konfliktu.

Im bardziej konflikt eskaluje, tym trudniej go rozwiązać. Dlatego ważne jest aby umieć przewidywać różne problematyczne sytuacje i dostrzegać konflikt w jego możliwie najwcześniejszej fazie. To pierwszy krok do skutecznego rozwiązania. Kluczową rolę odgrywają również empatia i umiejętności komunikacji: akceptacja emocji targających pacjentem, zadawanie pytań otwartych, aktywne słuchanie, otwarta postawa, pozytywna mowa ciała, okazywanie szacunku i zainteresowania, spokój, cierpliwość. Nie zawsze jest to łatwe. Rozwiązywanie konfliktów musi opierać się na wzajemnym poszanowaniu stron. Bywa jednak, że musimy dać przykład. Zmęczony, niepewny, a czasem przerażony pacjent może mieć spore problemy z kontrolowaniem swoich emocji i reakcji. Spokój, opanowanie i rzeczowość pielęgniarki może pomóc mu poradzić sobie z trudną sytuacją. Gdy emocje opadną, będziemy obie strony będą mogły współdziałać w celu znalezienia najlepszego rozwiązania.

#### Literatura:

1. College of Nurses of Ontario (2017). Conflict Prevention and Management. [www.cno.org](http://www.cno.org)
2. Kilmann R. H., Thomas K. W. (1977). Developing a forced-choice measure of conflict-handling behaviour: The MODE instrument. *Educational and Psychological Measurements*, 37 (2), 309–325.
3. McKenna B., Smith N. A., Poole S. J., Coverdale J. H. (2003). Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), 90–96.
4. Tabak N., Orit K. (2007) Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15 (3), 321–331.

mgr Agata Wężyk  
Instytut Medycyny Pracy

### PODZIEKOWANIA

Serdecznie dziękuję Panu Kamilowi Krawcowi i Arkadiuszowi Pawlikowi – lekarzom Oddziału Urologii Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie oraz zespołowi z Bloku Operacyjnego za przeprowadzenie operacji. Składam również gorące podziękowania Wszystkim Pielęgniarkom Oddziału Urologicznego za wspaniałą opiekę pełną troski, życzliwości i ciepła.

wdzięczna pacjentka  
Barbara M.

# Z życia DAWCY

mgr RAFAŁ DANIELEWICZ

Nazywam się Rafał Danielewicz z zawodu jestem magistrem pielęgniarstwa, aktualnie pracuję w ICZMP w Łodzi na oddziale anestezjologii pediatricznej. Historia mojego bycia dawcą zaczęła się od impulsu – chęci pomocy komuś innemu. Pewnego dnia po obejrzeniu reklamy Fundacji DKMS postanowiłem zostać dawcą szpiku bądź komórek macierzystych. Była lekka niepewność w trakcie rejestracji na stronie internetowej, na czym to wszystko polega i najważniejsze – czy nie boli (co okazało się później, że nic nie boli). Pod koniec roku 2017 dostałem pakiet do wymazu ze ściany policzka oraz kopertę zwrotną z pałeczkami do poboru wymazu. Odesłałem je pod wskazany adres i po jakimś czasie otrzymałem od fundacji kartę potencjalnego dawcy szpiku. Hmm, było to fajne uczucie, że wykonało się już jakiś krok w przód. Na początku roku 2018, czyli w bliskiej odległości czasowej, dostałem telefon od koordynatora, że jest osoba, która posiada identyczny kod genetyczny. Odpowiedziałem, że to super wiadomość i na pytanie, czy podtrzymuję gotowość zostania dawcą dla tej osoby bez wahania powiedziałem – tak. Umówiliśmy się z koordynatorem na konkretny dzień, taki jaki mi odpowiadał, celem pobrania próbek do badań wstępnych w miejscu zamieszkania i co najważniejsze – za nic nie płaciłem. Samo pobranie to kontrolne pobranie krwi z żyły obwodowej, później oczekiwałem na dalsze informacje co dalej mam robić oraz na wyniki badań. Za parę dni dostałem kolejny telefon z fundacji, że wyniki badań wyszły w porządku i mogę zostać dawcą, ale jeszcze muszę zrobić dalsze badania. Te już były w konkretnej miejscowości – w moim wypadku to była Warszawa. Dopasowali mi odpowiedni termin badań i – znów powtórzę – za nic nie płaciłem, a jeśli już będą jakieś koszty, to fundacja za wszystko zwraca według regulaminu. Przyjechałem do stolicy dzień wcześniej. Kolejnego dnia musiałem rano wstawić się

w klinice – celem przeprowadzenia badań diagnostycznych: USG, RTG oraz kolejnych badań krwi oraz podpisania odpowiedniej dokumentacji, wywiadu z lekarzem, który będzie się już mną zajmował (przesympatyczna osoba). Chyba nigdy w życiu tak dokładnie nikt nie zlecił mi tylu badań, co jest naprawdę super. Po wszystkich wróciłem do Łodzi oraz do pracy i oczekiwałem niecierpliwie na telefon czy wszystko jest w porządku. W końcu dostałem telefon: „Panie Rafale, wyniki badań są w porządku. Może być Pan dawcą” (wyniki też otrzymałem). Ucieszyłem się bardzo z tej wiadomości, że mogę komuś pomóc. Zakwalifikowałam się do pobrania komórek macierzystych z krwi obwodowej. Pobranie miało nastąpić w kwietniu, lecz stan biorcy się pogorszył i całą procedurę pobrania trzeba było przełożyć na kilka tygodni. Czekałem cierpliwie, aż w końcu otrzymałem telefon z fundacji, że stan biorcy polepszył się i mogę zostać dawcą. Musiałem tylko powtórzyć podstawowe badania, ale już w miejscu zamieszkania. Lekarka, która się mną opiekowała, była dostępna 24 godziny na dobę, zawsze odbierała bądź odpisywała na smsy – zadzwoniła do mnie, że wszystko jest w porządku i mogę oddać komórki macierzyste. Przy poprzedniej wizycie na badaniach wstępnych otrzymałem preparat w iniekcji, który musiałem w domu sobie robić, wszystko dokładnie mi wyjaśniono. Pobranie komórek macierzystych było uzgodnione na 21 sierpnia 2018 roku. W dniu 20 sierpnia pojechałem do Warszawy wraz z osobą towarzyszącą, która za nocleg w hotelu i przejazdy również nie płaciła. Do kliniki musiałem się zgłosić rano o godzinie 7 po śniadaniu

w hotelu – 21 sierpnia. Zarejestrowano mnie w izbie przyjęć i zaprowadzono do miejsca, w którym odbędzie się pobranie komórek macierzystych. Pani pielęgniarka – nie pamiętam imienia – zajęła się mną świetnie, wszystko wyjaśniła, i co najważniejsze, była zawsze uśmiechnięta. Ona jak i lekarka nie opuszczała pokoju, którym odbywało się pobranie. Założono mi dwa wkłucia obwodowe – nic nie boli, jedynie samo ułknięcie, następnie zostałem podpięty do separatora i zaczął się cały zabieg. W międzyczasie kontrolowano mi krew oraz podawano płyny doustne, gdyż musiałem dużo pić. Sam zabieg nic nie bolał. Szpik kostny jest pobierany z talerza kości biodrowej, gdzie i tak to nic nie boli – bo jesteśmy znieczuleni albo są pobierane krwiotwórcze komórki macierzyste z krwi obwodowej – tak jak w moim przypadku. Moja krew była filtrowana i pozbawiana nadmiaru komórek macierzystych, które były u mnie w organizmie namnożone poprzez robione sobie iniekcje. Cały zabieg trwał około 5 godzin w super atmosferze – telewizja, rozmowy. Po zabiegu podano jeszcze mi kroplówkę z preparatem wapna. W końcu przyszła pora odłączenia mnie od aparatury (separatora). W trakcie przyszła pani doktor, która wręczyła mi legitymację dawcy przeszczepu oraz wyniki badań. Po tym wszystkim zaprowadzono mnie na obiad w klinice. Mimo całego strachu byłem bardzo dumny i zadowolony, że oddałem cząstkę siebie komuś – gdzie dla tej drugiej osoby, to był jedyny lek, najdroższy na świecie – jak to mówię wygrać 6 w totolotka. Po godzinie zadzwoniła do mnie pani doktor, że wszystko jest porządku i jest odpowiednia ilość komórek potrzebna do przetoczenia dla biorcy – to było mega super uczucie. Zaś po około 2 godzinach zadzwonił koordynator,

że jestem bohaterem, bo dałem coś co nie da się kupić i wtedy dowiedziałem się, że moje komórki lecą do kobiety mieszkającej w USA. Pierwsza myśl – oby pomogły. Koordynatorowi podziękowałem za troskę oraz telefon z informacją i dodałem, że jak zawsze jestem do dyspozycji. Po powrocie w pracy wypytywano się mnie, jak wszystko wygląda. Przedstawiłem na tyle, ile wiedziałem. Nie miałem żadnego problemu w pracy, aby być dawcą. W chwili zatrudniania się powiedziałem, jak wszystko wygląda i że w każdej chwili mogę dostać telefon, że jest potrzeba pobrania moich komórek bądź szpiku. Odpowiedź mojego pracodawcy była taka, że jest to bardzo piękny cel i nie ma o czym dyskutować. Bardzo dziękuję za wyrozumiałość Pielęgniarki Naczelnej, Pielęgniarzowi Oddziałowemu, całemu personelowi pielęgniarskiemu oraz mojej osobie towarzyszącej w całym pobraniu komórek macierzystych. Osoby, które chcą pomóc, zachęcam do rejestracji i oddania komórek macierzystych bądź szpiku kostnego. To nic nie boli, a pamiętajmy o tym, że możemy też i my potrzebować tej pomocy – bo nikt z nas nie wie co będzie jutro.

Chcesz dołączyć do grona potencjalnych dawców szpiku – sprawdź czy możesz zostać dawcą. Podjęcie świadomej i dobrze przemyślanej decyzji o dołączeniu do bazy potencjalnych dawców szpiku to już połowa sukcesu, jednak aby to zrobić, należy spełnić pewne kryteria. Dawcą komórek macierzystych z krwi lub szpiku może zostać każdy ogólnie zdrowy człowiek pomiędzy 18. a 55. rokiem życia, ważący powyżej 50 kg. W przypadku wątpliwości czy możesz się zarejestrować skontaktuj się z fundacją mailowo (medyczne@dkms.pl) bądź telefonicznie (+48 22 882 94 00).

mgr pielęg. Rafał Danielewicz  
ICZMP w Łodzi

### Jak się zarejestrować jako potencjalny dawca szpiku

**Proces rejestracji nie jest skomplikowany i zajmuje często mniej niż zamówienie taksówki. Wystarczy wejść na stronę fundacji [www.dkms.pl](http://www.dkms.pl) i wypełnić formularz rejestracyjny. W ciągu 2 dni od wypełnienia zgłoszenia, na podany adres wysłany zostaje pakiet rejestracyjny zawierający pałeczki do poboru wymazu z jamy ustnej oraz formularz do wypełnienia. Pałeczki wraz z poprawnie wypełnioną deklaracją należy odesłać pocztą na adres fundacji. Koszt rejestracji, przesyłki i przeprowadzenie badania zgodności antygenowej HLA potencjalnych dawców jest w całości pokrywane przez Fundację DKMS. Po około 3–4 miesiącach otrzymasz od fundacji Kartę Dawcy, która jest potwierdzeniem, że jesteś zarejestrowanym potencjalnym dawcą szpiku. Według statystyk Fundacji DKMS, w ciągu 10 lat od rejestracji, maksymalnie 5 na 100 zarejestrowanych osób zostaje rzeczywistym dawcą.**

### O Fundacji DKMS

**Misją Fundacji DKMS jest znalezienie dawcy dla każdego pacjenta na świecie potrzebującego przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych. Fundacja działa w Polsce od 2008 roku jako niezależna organizacja pożytku publicznego oraz jako Ośrodek Dawców Szpiku w oparciu o decyzję Ministra Zdrowia. To największy Ośrodek Dawców Szpiku w Polsce, w którym zarejestrowanych jest 1 361 092 (lipiec 2018) potencjalnych dawców szpiku, spośród których 5449 (lipiec 2018) osób oddało swoje komórki macierzyste lub szpik pacjentom zarówno w Polsce, jak i na świecie, dając im tym samym szansę na życie. We wszystkich bazach DKMS zarejestrowanych jest 8 000 000 potencjalnych dawców.**



## XIV Kongres Pielęgniarek Polskich Kielce 2018

Kielce, 13-15 września 2018 r.

## Współczesne Pielęgniarstwo - Dynamika Zmian i Wezwanie do Działania

XIV Kongres Pielęgniarek Polskich „Współczesne pielęgniarstwo – dynamika zmian i wezwanie do działania” odbył się w dniach 13–15.09.2018 r. w Kielcach, na terenie Uniwersytetu Jana Kochanowskiego. Głównym organizatorem Kongresu był Oddział Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Oddział Kielce oraz Instytut Pielęgniarstwa, Wydziału Lekarskiego i Nauko Zdrowiu UJK w Kielcach.

Kongres objęli honorowym patronatem: Łukasz Szumowski – Minister Zdrowia, Agata Wojtyśzek – Wojewoda Świętokrzyski, Wojciech Lubawski – Prezydent Miasta Kielce, Michał Godowski – Starosta Kielecki, Adam Jarubas – Marszałek Województwa Świętokrzyskiego, Zofia Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Wysoki poziom prezentowanych podczas Kongresu wystąpień zapewnił Komitet Naukowy pod przewodnictwem dr hab. Agnieszki Gniadek, dr hab. prof. UJK Doroty Kozieł oraz dr n. o zdr. Grażyny Wójcik. Należy zaznaczyć, że udział w Kongresie brały też osoby będące autorytetami w dziedzinie pielęgniarstwa, które były zaproszone w ramach Honorowego Komitetu Naukowego. Wśród grona uczestników Kongresu była też kilkuosobowa delegacja przedstawicieli łódzkiego środowiska akademickiego na czele z władzami Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego.

Kongres rozpoczął się pracowicie licznymi warsztatami szkoleniowymi, spośród których można było wybrać warsztaty dotyczące hydroterapii – nowej koncepcji leczenia ran, praw pacjenta czy ochrony danych osobowych w pracy zawodowej pielęgniarki, hipotermii okołoooperacyjnej, bezpieczeństwa dostępu naczyniowego i wiele innych. Podczas warsztatów uczestnicy mogli poznać zarówno najnowsze metody i sprzęt umożliwiające bezpieczne pielęgnowanie pacjenta jak i zapoznać się z bezpieczeństwem pacjenta i pielęgniarki w aspekcie prawnym. O wartości warsztatów świadczy też lista osób je prowadzących spośród, których można wymienić Rzecznika Praw Pacjenta, czy konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa anesteziologicznego i intensywnej opieki. Tak pracowicie rozpoczęty pierwszy dzień Kongresu zakończył się uroczystą inauguracją,

która odbyła się na przepięknej Sali Kongresowej w Kieleckim Centrum Biznesu. Uroczystego otwarcia XIV Kongresu Pielęgniarek Polskich i powitania uczestników dokonał prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek – Prorektor ds. Medycznych Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, dr hab. prof. UJK Dorota Kozieł – prodziekan ds. ogólnych Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu oraz dr n. o zdr. Grażyna Wójcik – Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Wykłady inauguracyjne nie tylko skłaniały do głębokiej refleksji, ale też stanowiły wspaniałe wprowadzenie do dyskusji akademickiej, która była prowadzona podczas wszystkich dni Kongresu.

Jednym z pierwszych prelegentów był prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek, którego wykład dotyczył kierunków, w jakich zmierza medycyna, zwrócił uwagę na ogromną dynamikę zachodzących zmian na różnych płaszczynach opieki nad pacjentem. Podsumowaniem tego bardzo ważnego wykładu były słowa, że pomimo zachodzących zmian spowodowanych przez rozwój medycyny to nadal w najtrudniejszych momentach dają rękę pielęgniarek i lekarzy. Pan Profesor podkreślił, że z uwagi na bardzo dużą odpowiedzialność, jaka spoczywa na zawodach pielęgniarek i lekarzy, nigdy nie powinniśmy zaprzestawać walki o etos i dobry wizerunek zawodowy.

Następnym prelegentem był gość Paul De Raeve – Dyrektor EFN, który przedstawił wykład na temat perspektyw i wyzwań dla pielęgniarstwa europejskiego oraz roli Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarskich (European Federation of Nurses Association EFN). Podczas wykładu Paul de Reve podkreślił, że bardzo ważna jest współpraca środowiska pielęgniarek polskich z EFN. Współpraca ta wymaga silnej organizacji stowarzyszeń pielęgniarskich, mocnego wsparcia środowisk akademickich oraz społeczności studenckich. Wskazał na istotną rolę, jaką odgrywają m.in. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz uczelnie kształcące kadry medyczne, podkreślił zaangażowanie m.in. Prezes ZG PTP dr n. o zdr. Grażyny Wójcik, Prezes NRPIP Zofi Małas,

prodziekana UJK dr hab. Doroty Kozieł i przedstawiciela środowiska studenckiego – studentki Brygidy Krucińskiej. Dyrektor EFN wyraził przekonanie, że ważna jest jedność, że środowiska pielęgniarskie muszą być jednogłośnie nawet jeśli niektóre poglądy się rozmiągają. Wskazał, że polskie dobre praktyki pielęgniarskie powinny być przekazywane do środowisk pielęgniarek europejskich. Przekonywał, że głos pielęgniarek polskich jest bardzo ważny w Europie, że powinniśmy czynnie uczestniczyć w debacie, która się toczy nad rozwiązywaniem takich globalnych problemów, jak wynagrodzenia pielęgniarek, problemy opieki długoterminowej, edukacja kadr pielęgniarskich. Również bardzo ważne i ciekawe było wystąpienie Prezes Grażyny Wójcik, która podjęła temat pielęgniarstwa, kultury i społeczeństwa – dylematy w poszukiwaniu recepty na rozwój profesji. Przewodnym motywem tego referatu było wskazanie wartości, które jako niezmiennic są naszym kapitałem; do nich należy pielęgniarstwo skoncentrowane na człowieku oraz etyka w pracy pielęgniarki. Wartości te należy nie tylko dostrzegać, ale i chronić. Jest to ważne zwłaszcza w obecnych czasach, w których mamy bardzo wiele problemów; jednym z nich jest niewspółmierność zasobów i efektów pracy. Wszyscy są zgodni, że ta sytuacja wymaga zmian, ale nie wszyscy chętnie te zmiany akceptują. Dzieje się tak dlatego, że wymaga to wysiłku, jest bolesne, ale też dlatego, że nowe zasady przegrywają ze stereotypami. W tej sytuacji najlepiej byłoby, żeby każdy kto dostrzega problem sam podejmował wyzwania.

W trakcie wieczoru inauguracyjnego kolejnym prelegentem była dr hab. Joanna Gotlib, która zaprezentowała wykład dotyczący bezpieczeństwa pacjenta w programach kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek w 27 krajach. Wykład miał za zadanie zachęcić do współpracy w ramach międzynarodowego projektu badawczego, który ocenia poziom kształcenia w zakresie bezpieczeństwa pacjenta na kierunku pielęgniarstwo. Wstępne wyniki badań nie są optymistyczne, gdyż w naszych krajowych standardach nadal jest duży deficyt w tym zakresie. Jest to bardzo ważne badanie, którego wyniki mogą przyczynić się do zmiany w standardach kształcenia. Wieczór inauguracyjny uświetnił koncert „W krainie operetki”, który wszystkim obecnym dostarczył wielu pozytywnych i niezapomnianych emocji.

Drugi dzień Kongresu, po przywitaniu uczestników, wykładowców i zaproszonych gości, zainicjowała prof. zw. dr hab. Teresa Kulik, która wygłosiła referat dotyczący strategii polityki zdrowotnej. Podczas sesji dotyczącej pielęgniarskich zasobów ludzkich i środowiska pracy podkreślono, że według danych GUS w 2012 r. w Polsce sektor opieki zdrowotnej i pomocy społecznej był na drugim miejscu pod względem liczby pracowników pracujących w porze nocnej. Badania naukowe dowodzą, że zaburzenia rytmu okołodobowego, syntezy melatoniny i ekspozycja na sztuczne światło w porze nocnej mogą uczestniczyć w etiologii chorób przewlekłych: choroby wieńcowej czy otyłości. Praca zmianowa istotnie wpływała na występowanie bezsenności i poziom zmęczenia



przewlekłego wśród badanych pielęgniarek. Na występowanie bezsenności i zespołu zmęczenia przewlekłego istotny wpływ mają również: wiek, wykształcenie, staż pracy, posiadanie dzieci i sytuacja ekonomiczna oraz duży wysiłek fizyczny.

W temat opieki i bezpieczeństwa pacjenta wprowadziła dr Grażyna Iwanowicz-Palus, której wykład dotyczył wpływu obciążeń fizycznych i psychicznych na wypalenie zawodowe położnych. Analiza statystyczna korelacji pomiędzy wypaleniem zawodowym a obciążeniem pracą wykazała, że czynniki społeczne, tj. konflikty położnych ze współpracownikami, przełożonymi czy pacjentami, powodowały u nich wystąpienie wypalenia zawodowego. Położne, u których występowała tendencja do pojawienia się zespołu wypalenia zawodowego zgłaszały najczęściej oddziaływanie takich czynników, jak: brak życzliwości w zespole terapeutycznym, konflikty interpersonalne w zespole, brak wsparcia ze strony starszych koleżanek/współpracowników, deficyt wzajemnego szacunku i zaufania wśród współpracowników. Podczas drugiego dnia Kongresu oprócz sesji plenarnych, podczas których prezentowane były wyniki doniesień naukowych oraz przegląd najnowszych badań w pielęgniarstwie, odbywały się też sesja plakatowa oraz warsztaty szkoleniowe m.in. z zakresu postępowania z raną przewlekłą, zastosowania żywienia klinicznego w opiece nad pacjentem.

Warto zaznaczyć, że drugi dzień Kongresu był też bardzo pracowitym dniem dla członków Zarządu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W tym dniu odbyło się posiedzenie Zarządu Głównego PTP, podczas którego omawiano m.in.

zagadnienia dotyczące strategicznych kierunków działania PTP w nadchodzących miesiącach.

Organizatorzy zadbałi również o umożliwienie uczestnikom Kongresu poznania atrakcji ziemi kieleckiej. Udział w wycieczkach z lokalnymi przewodnikami po Kielcach czy okolicach tego pięknego miasta, pozwolił na ciekawy odpoczynek oraz spędzenie miłych chwil w towarzystwie koleżanek i kolegów z całej Polski.

Ostatni trzeci dzień Kongresu obfitował w wiele ciekawych wystąpień. W sesji pt. „Varia” w gronie prelegentów znalazła się również przedstawicielka UM w Łodzi dr n. med. Anna Cisińska. W swoim pierwszym wystąpieniu „Odżywianie dzieci jako forma prewencji nadciśnienia tętniczego – z doświadczeń łódzkiej medycyny szkolnej” podkreśliła, że właściwe odżywianie jako jeden z elementów stylu życia może być skuteczną formą prewencji wielu chorób, w tym nadciśnienia tętniczego, a w razie jego wystąpienia – jest niezbędnym warunkiem efektywnej terapii i ochrony przed wtórnymi konsekwencjami. Propedeutyka odżywiania powinna być ważnym elementem edukacji prozdrowotnej realizowanym w każdej szkole, ponieważ odgrywa ważną rolę w procesie socjalizacji jednostki. W drugim referacie pt. „Świat zabaw dziecka łódzkiego w dwudziestolecie międzywojennym” przypomniała, że okres Drugiej Rzeczypospolitej obfitował w przedsięwzięcia pionierskie i innowacyjne, społecznie doniosłe i wyznaczające kierunki rozwoju społeczeństwa, które po raz pierwszy w swoich dziejach doświadczyło fenomenu edukacyjnej rewolucji – efektu wprowadzenia powszechnego nauczania (1919) i upowszechniania oświaty pozaszkolnej. W trakcie tej sesji prelegenci podkreślali rolę

kształcenia zawodowego, w którym należy dążyć do wypracowywania odpowiednich standardów.

Bardzo wartościowym było wystąpienie dr Elżbiety Kamusińskiej, która na podstawie analizy życiorysu Jadwigi Iżyckiej wskazała na ponadczasowe wartości, jak pracowitość i skromność, które powinny być wzorcem do naśladowania również przez współczesne pokolenia pielęgniarek.

Analiza zasad naboru do szkół medycznych obowiązująca w połowie XX wieku, przedstawiona przez dr Aleksandrę Cieślak, wskazała na istotne różnice pomiędzy dzisiejszymi oczekiwaniami w stosunku do kandydatów pielęgniarstwa a tymi, które obowiązywały we wspomnianym okresie. Wystąpienie to wywołało też refleksję nad tym, czy nie warto i w tym zakresie dążyć do wypracowania standardów.

Wartym podkreślenia wystąpieniem był wykład mgr Edyty Naszydłowskiej, która wskazała na podstawie autorskiego projektu, na praktyczną użyteczność klasyfikacji ICNP®. Wystąpienie to spotkało się z dużym zainteresowaniem słuchaczy. Wskazano na istotność upowszechnienia klasyfikacji ICNP® w praktyce, zaznaczono, że ośrodek łódzki, a zwłaszcza zaangażowanie dr n. o zdr. Doroty Kilańskiej, umożliwiło opracowanie już wzorca aplikacji, która ułatwia zastosowanie klasyfikacji elektronicznej w praktyce. Zachęcono również do nawiązywania międzywydziałowej współpracy w tym zakresie.

Należy również wspomnieć, że w czasie trwania Kongresu podczas sesji plenarnych oraz plakatowych, moderatorami byli uczestnicy Kongresu, dydaktycy polskiego pielęgniarstwa z różnych ośrodków w Polsce.

Uroczystość zakończenia Kongresu była uwieńczeniem tego bardzo ważnego wydarzenia. Pani dr n. o zdr. Grażyna Wójcik – Prezes PTP – podkreśliła wysoki poziom zarówno naukowy jak i merytoryczny Kongresu. Wyraziła ogromne uznanie dla komitetu organizacyjnego pod przewodnictwem dr n. hum. Kazimierzy Zdzieblo – Przewodniczącej Oddziału PTP w Kielcach, której zaangażowanie, niespotykana pracowitość i charyzma oraz umiejętności organizatorskie były kluczowe dla zorganizowania tego wydarzenia na tak dobrym poziomie.

Również z relacji uczestników można było usłyszeć pochwały dotyczące organizacji Kongresu oraz miłej i przyjaznej atmosfery, która mu towarzyszyła. Zakończenie XIV Kongresu u wielu uczestników wywołało wzruszenie. Byliśmy uczestnikami wydarzenia uwieńczonego sukcesem, sukcesem pracy zespołowej i ogromnego zaangażowania osób, które swój czas, siły i serce poświęciły, aby podkreślić wartość pielęgniarstwa.

dr n. med. Anna Cisińska,  
dr n. med. Agnieszka Głowacka  
wykładowcy Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa  
UM w Łodzi  
członkowie Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu  
przy OIPIP w Łodzi



## Szkolenie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

# Procedowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej cd.

W dniach 17–18 września 2018 r. w Warszawie odbyło się szkolenie organizowane przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych pt.: „Procedowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawo-

wej cd. Prewencja wykroczeń zawodowych na pielęgniarskich i położniczych stanowiskach pracy, ochrona danych osobowych, aspekty prawne i organizacyjne”.

Z OIRPiP w Łodzi w szkoleniu uczestniczyły: Małgorzata Pniak – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Danuta Ziółkowska – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Anna Kacprzak – specjalista do spraw merytoryczno-kancelaryjnych Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Łodzi.

Przywitania przybyłych Rzeczników dokonała dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych. Początek szkolenia został uświetniony wystąpieniem Zofii Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Program szkolenia obejmował szeroki zakres tematyczny, m.in:

- procedowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej;
- RODO a działalność rzeczników odpowiedzialności zawodowej samorządu pielęgniarek i położnych – praktyczne aspekty;
- prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie RODO, odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych.



Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

**Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.**

Na wniosek osoby posiadającej dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo okręgowa rada pielęgniarek i położnych stwierdza lub przyznaje prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz dokonuje wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarka i położna stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru prowadzonego przez właściwą izbę.

Członkami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i pozostają wpisane do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jest jednostką organizacyjną samorządu, obejmującą zakresem swojego działania miasto Łódź oraz powiaty: bełchatowski, kutnowski, łęczycki, łódzki wschodni, opoczyński, pabianicki, pajęczański, piotrkowski, radomszczański, rawski, skierniewicki, tomaszowski, wieluński, zgierski.

**Przypominamy o obowiązku dokonania wpisu do rejestru:**

- ▶ w razie zgłoszenia zamiaru wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb pielęgniarka i położna są obowiązane dokonać wyboru okręgowej izby, której będą członkami
- ▶ w przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, a także w przypadku wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb, jeżeli w wyniku tego miałyby dojść do zmiany dotychczasowej okręgowej izby, pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie ich z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanym wyborze okręgowej izby, której chcą zostać członkami
- ▶ po otrzymaniu uchwały o wykreśleniu z rejestru z dotychczasowej okręgowej izby pielęgniarka i położna składają wniosek o wpis do rejestru wybranej przez siebie okręgowej izby
- ▶ w przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

**Członkowie samorządu są obowiązani:**

- ▶ postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu
- ▶ sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe
- ▶ przestrzegać uchwał organów izby
- ▶ regularnie opłacać składkę członkowską
- ▶ aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych – w ciągu 14 dni od dnia powstania zmian. Dotyczy to w szczególności: danych osobowych, adresu zamieszkania, informacji o ukończeniu kształcenia poddyplomowego, miejsca zatrudnienia



## UPRAWNIENIA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

### Członkowie samorządu mają prawo:

- ▶ wybierać i być wybierani do organów OIPIP w Łodzi
- ▶ korzystać z pomocy izby w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu
- ▶ korzystać z ochrony i pomocy prawnej izby
- ▶ korzystać z innych świadczeń izby i działalności samopomocowej
- ▶ członkowie OIPIP w Łodzi podlegają bezpłatnemu ubezpieczeniu w zakresie odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem zawodu

### Zapraszamy do korzystania z pomocy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w zakresie:

- ▶ **bezpłatnego udziału w formach kształcenia podyplomowego:**
  - szkoleniach specjalizacyjnych
  - kursach kwalifikacyjnych
  - kursach specjalistycznych
  - kursach doszkalających
- ▶ **bezpłatnego udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego**

Zasady udziału członków OIPIP w Łodzi w formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego m.in. organizowanego przez OIPIP w Łodzi określone zostały Uchwałą Nr 862/VI ORPiP w Łodzi z dnia 8 października 2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPIP w Łodzi: [www.oipp.lodz.pl/zasady\\_przyznawania\\_dofinansowania](http://www.oipp.lodz.pl/zasady_przyznawania_dofinansowania)

Wykaz prowadzonych form kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego organizowanego i finansowanego z budżetu OIPIP w Łodzi – aktualizowany jest na bieżąco na stronie internetowej: [www.oipp.lodz.pl/ksztalcenie\\_podyplomowe](http://www.oipp.lodz.pl/ksztalcenie_podyplomowe)

- ▶ **pomocy finansowej w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych członków samorządu**

Zasady udzielania zapomóg w ramach działalności OIPIP w Łodzi określone zostały Uchwałą nr 908/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2013 r. w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPIP w Łodzi [www.oipp.lodz.pl/pomoc\\_socjalna](http://www.oipp.lodz.pl/pomoc_socjalna)
- ▶ **bezpłatnej pomocy prawnej dotyczącej wykonywanego zawodu**

Bezpłatne porady prawnika w siedzibie OIPIP w Łodzi
- ▶ **bezpłatnego korzystania z zasobów biblioteki OIPIP w Łodzi**
- ▶ **lektury Biuletynu OIPIP w Łodzi, zawierającego informacje dotyczące zarówno życia samorządu zawodowego jak i artykuły merytoryczne związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej**