

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

11/2017



3 czwartek listopada

Światowy  
Dzień  
Rzucania Palenia  
Tytoniu

Wykaz konsultantów  
w dziedzinach  
pielęgniarstwa

4

Stanowiska  
w sprawie protestu  
lekarzy rezydentów

6

Krwawienia dokomorowe  
u wcześniaków

11

Pacjent niedożywiony.  
Problem terapeutyczny  
i epidemiologiczny

14



# Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Dziecko krzywdzone – różne aspekty problemu”



**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 środę miesiąca  
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; tel. 42 633 69 63 w. 10

**Biurowisko Okręgowej 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; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

**Konto bieżące OIPiP**

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 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**

**– przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału  
w kształceniu podyplomowym**

poniedziałek: 8.00–16.00; wtorek, środa, czwartek: 10.00–18.00;  
piątek: 11.00–19.00  
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

**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

**PRAKTYKA ZAWODOWA** 8

**SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE** 17

**GŁOS ZE ŚRODOWISKA** 22

**PODZIĘKOWANIA** 23

**POŻEGNANIA** 24

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

Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska

Bank Zdjęć Photogenica: © piotr\_marcinski – okładka; © ersler – s. 8;

© Ondrooo – s. 11; © photographee.eu – s. 14; © jakatics – s. 22

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

Korekta: mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

### XXIV Prezydium ORPiP 27 września 2017 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 9 pielęgniarkom i 1 pielęgniarzowi.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 6 położnym.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarskiej wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano wpisu danych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – w zakresie wpisu 1 kursu specjalistycznego, zgodnie z wnioskiem organizatora złożonym w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK).
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą 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:
  - wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 1 pielęgniarzowi;
  - skierowano na przeszkolenie – 2 pielęgniarki i 1 położną;
  - odmowa skrócenia okresu przeszkolenia – 1 pielęgniarsce; zgodnie z obowiązującym programem brak możliwości zmiany obowiązującego czasokresu przeszkolenia.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi zapomogi losowe w wysokości: 2 × 1500 zł.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych: w konferencji – 1 osobie.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadrę dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalizacyjnych i 4 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi, realizowanych w zakładzie i OIPiP w Łodzi.
  - skład osobowy komisji kwalifikacyjnych dla 9 kursów specjalistycznych i 1 kursu kwalifikacyjnego realizowanych w zakładach i OIPiP w Łodzi.

- honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 7–9/2017;
- uiszczenie opłaty licencyjnej za zdjęcia publikowane w Biuletynie OIPiP w Łodzi;
- zmianę Zastępcy Pełnomocnika ORPiP w 1 rejonie wyborczym/zakładzie;
- uzupełnienie wyposażenia sal wykładowych OIPiP w 3 zestawy komputerowe wraz oprogramowaniem.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do:
  - 8 komisji egzaminacyjnych dla 6 kursów specjalistycznych i 2 kursów kwalifikacyjnych u 4 organizatorów kształcenia.
  - składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 1 naczelnej pielęgniarki i 2 pielęgniarek oddziałowych.

### XXV Prezydium ORPiP 25 października 2017 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 7 pielęgniarkom.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 5 położnym.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarkom.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarsce.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 9 praktyk pielęgniarek i 1 praktykę pielęgniarską wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano wpisu zmiany danych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki w zakresie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek, zgodnie ze złożonymi wnioskami.
- ▶ Dokonano wpisu danych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – 2 wpisów (SMK) i 6 wpisów zmiany danych w zakresie miejsca prowadzenia zajęć, zgodnie ze złożonymi wnioskami 5 organizatorów kształcenia.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą 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:

- wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 2 pielęgniarkom.
- skierowano na przeszkolenie – 2 pielęgniarki.
- Przyznano członkom OIPiP w Łodzi zapomogi losowe, w wysokości: 3 × 2000 zł, 2 × 1500 zł i 1 × 800 zł oraz odmówiono 1 osobie, ze względów regulaminowych przyznania zapomogi losowej.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniu specjalistycznym – 1 osobie, kursie specjalistycznym – 2 osobom, konferencji – 1 osobie.
- ▶ Podjęto Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w sprawie protestu lekarzy rezydentów – tekst zamieszczony na s. 7 oraz stronie internetowej OIPiP.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadrę dydaktyczną dla 4 szkoleń specjalizacyjnych i 8 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi, realizowanych w zakładach i OIPiP w Łodzi.

- skład osobowy komisji kwalifikacyjnej dla 1 kursu specjalistycznego realizowanego w zakładzie.
- honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 10/2017.
- zmianę w składzie osobowym Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej OIPiP – poprzez wykreślenie i wpisanie po 4 członków komisji.
- rozłożono spłatę zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarzowi.
- zgodę na udział pielęgniarki w 1 kursie specjalistycznym organizowanym i finansowanym z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładzie.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do 1 komisji egzaminacyjnej dla 1 kursu kwalifikacyjnego u 1 organizatorów kształcenia.

oprac. mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP

Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów  
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

zaprasza

Absolwentów Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Wydziału i Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa następujących kierunków: Dietetyka, Pielęgniarstwo, Położnictwo, Ratownictwo Medyczne, Zdrowie Publiczne

**na I Zjazd Absolwentów Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**21 kwietnia 2018 r.**

**w Centrum Kliniczno-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
92-213 Łódź ul. Pomorska 251**

**Program Uroczystości:**

- ☞ konferencja naukowo-szkoleniowa „Zintegrowana opieka senioralna” ☞
- ☞ spotkania absolwentów z nauczycielami akademickimi ☞
- ☞ zwiedzanie Centrum Kliniczno-Dydaktyczne, Centrum Symulacji Medycznej ☞
- ☞ część artystyczna ☞
- ☞ spotkanie towarzyskie ☞

Informujemy, że w listopadzie br. zostanie uruchomiona oficjalna strona Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z możliwością zgłaszania swojego udziału w I Zjeździe Absolwentów WNoZ.

Uniwersytet Medyczny w Łodzi już 20 lat kształci na Kierunku Pielęgniarstwo i 15 lat na kierunku Położnictwo

Prosimy powiadom o Zjeździe Koleżanki i Kolegów!

Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów  
Wydziału Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

# Wykaz konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa

DZIEDZINA PIELĘGNIARSTWA	KONSULTANT KRAJOWY	KONSULTANT WOJEWÓDZKI
<b>PIELĘGNIARSTWO</b>	dr hab. n. hum. prof. nadzw. UJ MARIA KÓZKA Instytut Pielęgniarstwa Collegium Medicum UJ; 31-501 Kraków, ul. Kopernika 25; tel. 12 421 41 60; e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl	dr hab. n. o zdrowiu prof. nadzw. EWA BOROWIAK Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ul. S. Jaracza 63; 90-251 Łódź, tel. 42 272 59 71 e-mail: ewa_borowiak@wp.pl
<b>PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI</b>	dr hab. n. med. DANUTA DYK Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Wydz. Nauk o Zdrowiu UM im. K. Marcinkowskiego; 60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11 tel. 61/861 22 39, 61/861 22 41; e-mail: dyk@ump.edu.pl	mgr GRAŻYNA KOWALSKA Miejskie Centrum Medyczne im. dr K. Jonschera w Łodzi Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii 93-113 Łódź, ul. Milionowa 14 tel. 42 676 17 74 wew. 223
<b>PIELĘGNIARSTWO ONKOLOGICZNE</b>	dr n. med. ANNA KOPER Centrum Onkologii-Szpital im. prof. F. Łukaszczyka 85-796 Bydgoszcz, ul. Dr I. Romanowskiej 2; tel. 52 374 32 04 e-mail: kopera@co.bydgoszcz.pl	dr n. o zdrowiu ANNA SKURA-MADZIAŁA Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Transfuzjologii im. M. Kopernika w Łodzi Ośrodek Onkologii i Hematologii; 93-509 Łódź, ul. Paderewskiego 4 tel.: 42 689 55 26; e-mail: aniascura@vp.pl
<b>PIELĘGNIARSTWO RODZINNE</b>	mgr BEATA OSTRZYCKA Samodzielny Gminny ZOZ w Dywitach 11-001 Dywity, ul. Jeżynowa 16 tel. 89 512 01 22 email: bostrzycka@wp.pl	mgr BARBARA MUCHA Twoje Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Bełchatowie 97-400 Bełchatów, ul. 1 Maja 4 tel. 44 724 44 44 e-mail: mucha.barbara1@gmail.com
<b>PIELĘGNIARSTWO PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH</b>	dr n. o zdrowiu MARIOLA RYBKA Szpital Lipno Sp. z o.o. 87-600 Lipno, ul. Nieszawska 6 tel. 54 288 02 63; e-mail: drmariolarybka@wp.pl	czekamy na nominację z Urzędu Wojewódzkiego
<b>PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE</b>	dr n. med. KRYSZYNA PISKORZ-OGÓREK Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18A tel. 89 539 34 55 e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl	mgr HALINA GMAJ-BUDZIAREK SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi Ośrodek Pediatryczny im. M. Konopnickiej 91-738 Łódź, ul. Sporna 36/50 tel. 42 617 79 09; fax 42 617 79 65 e-mail: gmaj@toya.net.pl

<b>PIELĘGNIARSTWO EPIDEMIOLOGICZNE</b>	dr n. med. BEATA OCHOCKA 40-750 Katowice, ul. Hierowskiego 44G; e-mail: obeata@tlen.pl	dr n. o zdrowiu MARIA CIANCIARA SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi 90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22 tel. 42 677 68 70; kom. 605 043 586 e-mail: mariacianciara@vp.pl
<b>PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE</b>	dr hab. n. hum. prof. nadzw. EWA WILCZEK-RUŻYCZKA 30-225 Kraków, ul. Kazimierza Nitscha 17; tel. kom. 660 913 017; e-mail: ewarozo@poczta.onet.pl	BOŻENA STĘPIEŃ Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Oddział Psychiatryczny IX B 91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159 tel. 42 715 58 89 kom. 502 855 170 e-mail: bozena_stepien@op.pl
<b>PIELĘGNIARSTWO RATUNKOWE</b>	dr n. med. ANNA MAŁECKA-DUBIELA 80-180 Gdańsk, ul. Częstochowska 11/3 tel. 663 906 046 e-mail: anna.malecka@gumed.edu.pl	
<b>PIELĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE I OPERACYJNE</b>	dr hab. n. med. prof. nadzw MARIA TERESA SZEWCZYK Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza Collegium Medicum UMK Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii; 85-094 Bydgoszcz, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 tel. 52 585 40 70; e-mail: mszewczyk@cm.umk.pl	mgr BOGUSŁAWA ZOFIA DOLECKA Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi Oddział Urologii i Transplantacji Nerek 90-531 Łódź, ul. Wólczajska 195 tel. 42 636 80 81 e-mail: b.dolecka@op.pl
<b>PIELĘGNIARSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ</b>	mgr IZABELA KAPTACZ Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej Zespół Opieki Paliatywnej; 42-202 Częstochowa, ul. Krakowska 45a tel. 34 360 54 91, 34 360 55 37; e-mail: ikaptacz@wp.pl	mgr ELŻBIETA RUTA Zakład Opieki Paliatywnej w Pabianicach Zespół Opieki Domowej 95-200 Pabianice, ul. Dąbrowskiego 46 tel. 42 215 75 79 kom. 605 101 951 e-mail: elzbietaruta@onet.pl
<b>PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNE</b>	mgr ALICJA SZEWCZYK Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka Klinika Endokrynologii i Diabetologii 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20 tel. 22 815 10 42 e-mail: alicja.szewczyk@gmail.com	mgr MAGDALENA ŚWIĄTEK Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu Poradnia Diabetologiczna ul. Armii Krajowej 7 98-200 Sieradz tel. 504 943 326
<b>PIELĘGNIARSTWO GINEKOLOGICZNE I POŁOŻNICZE</b>	mgr LEOKADIA JĘDRZEJEWSKA Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych 53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śląskich 50 tel. 71 373 20 56; e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl	dr n. med. BOGUSŁAWA RUDNICKA Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 90-251 Łódź, ul. Jaracza 63 tel. 42 272 59 89 e-mail: konsult_p.gin_pol@interia.pl

**Stanowisko Nr 12**  
**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**  
**z dnia 17 października 2017 roku**

**w sprawie protestu lekarzy rezydentów**

Protest głodowy rozpoczęty przez lekarzy rezydentów i kontynuowany przez przedstawicieli innych zawodów medycznych zrzeszonych w Porozumieniu Zawodów Medycznych, kolejny raz w drastyczny sposób zwraca uwagę na palące problemy służby zdrowia w Polsce, których jednym z podstawowych źródeł jest niedofinansowanie. Niedofinansowanie to leży u podstaw:

- dynamicznie ograniczanej dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych,
- powiększających się z każdym rokiem niedoborów personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek i położnych, ale również przedstawicieli innych zawodów medycznych,
- pogarszających się warunków pracy personelu medycznego, będących jednocześnie warunkami leczenia pacjentów,
- niedostatecznej liczby procedur medycznych i niedoszacowanej wyceny tych procedur,
- niespójności przepisów prawa oraz nadmiernie rozbudowanej biurokracji i sprawozdawczości.

Powyższe od lat powoduje poszukiwanie oszczędności kosztem dbałości o dobro i zdrowie pacjenta. Pacjent w funkcjonującym systemie ochrony zdrowia stał się przedmiotem procedury medycznej, a przestał być traktowany jako człowiek potrzebujący pomocy. Skutkami niedostatecznego finansowania służby zdrowia są również niskie wynagrodzenia, praca na kilku etatach, emigracja zawodowa, które nasilają niedobory kadrowe w grupach pielęgniarek, położnych, lekarzy i innych pracowników medycznych, co powoduje zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Samodzielne zawody medyczne pielęgniarki i położnej zostały w ostatnich latach zdeprecjonowane w szczególnie sposób. Na wspomniane grupy zawodowe stale nakładane są nowe obowiązki, przy czym poziom ich finansowania pozostaje praktycznie bez zmian.

Pielęgniarki i położne obarczane są coraz większą ilością zadań, których wykonywanie powinno należeć do przedstawicieli innych zawodów medycznych albo personelu pomocniczego. Również rządzący traktują pielęgniarki i położne w sposób krzywdzący, czego wyrazem jest ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Pielęgniarki i położne stały się na mocy przywołanej ustawy personelem medycznym gorszej kategorii.

Dlatego też samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych postuluje po raz kolejny o zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce i tym samym solidaryzuje się z głodującymi lekarzami rezydentami. Samorząd upomina się przy tym o zwiększenie wynagrodzeń w służbie zdrowia oraz takie ustalenie ich wysokości, aby wynagrodzenia poszczególnych zawodów medycznych odpowiadały zakresowi ich zadań i odpowiedzialności oraz poziomowi wymaganego wykształcenia i oczekiwanego zaangażowania w procesie leczenia i pielęgnowania pacjentów.

W związku z powyższym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych domaga się dokonania w trybie pilnym zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, poprzez zmianę brzmienia samej ustawy oraz punktów 7–9 w załączniku do niej. Ze zmienionego brzmienia ustawy powinno jednoznacznie wynikać, że dodatkowe środki finansowe na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późno zm.) nie mogą być przeznaczane do realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

Wieloletnie zaniedbania w służbie zdrowia oraz brak zrozumienia dla postulatów środowiska medycznego po raz kolejny spowodowały, że przedstawiciele zawodów medycznych sięgają po drastyczne środki protestu. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oczekuje wypracowania realnych działań naprawczych.

Sekretarz NRPiP  
(-) Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
(-) Zofia Małas

**Stanowisko**  
**Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**  
**z dnia 25 października 2017 roku**

**w sprawie protestu lekarzy rezydentów**

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wyraża poparcie dla postulatów podnoszonych w proteście lekarzy rezydentów.

W naszej ocenie protest lekarzy rezydentów po raz kolejny alarmuje o najistotniejszych problemach organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Uważamy, że żądania przedstawiane przez protestujących, a zmierzające do zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, likwidacji kolejek do świadczeń zdrowotnych, rozwiązania problemu braku personelu medycznego, czy też do poprawy warunków pracy i płacy w ochronie zdrowia, stanowią wytyczne działań, które należy podjąć niezwłocznie.

Oczywistym jest przy tym, że bez znacznego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, podjęcie rzeczywistych reform nie będzie możliwe. Szeroki, szybki dostęp do świadczeń zdrowotnych dla całego społeczeństwa powinien stanowić priorytet nie tylko Ministra Zdrowia, ale dla całego Rządu.

Za konieczne uważamy dokonanie szczegółowej analizy obecnej sytuacji płacowej poszczególnych zawodów medycznych i wprowadzenia rozwiązań (zarówno ustawowych jak i systemowych) zmierzających do zapewnienia wszystkim zawodom medycznym godnego wynagrodzenia.

Podkreślamy przy tym, że brak działań w kierunkach wskazywanych przez protestujących lekarzy może doprowadzić do pogłębienia problemów, z którymi obecnie boryka się polski system ochrony zdrowia.

W szczególności koniecznym jest podjęcie pilnych działań które realnie ograniczą tzw. „emigrację zawodową” przedstawicieli zawodów medycznych, jak również zachęcą młode pokolenie do podejmowania pracy w tych zawodach. Za niezwykle istotne należy przy tym uznać przedstawienie przez protestujących żądań dotyczących nie tylko jednej grupy zawodowej, ale postulatów mających na celu poprawę funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia.

Zwracamy również uwagę na niezwykle drastyczną formę protestu – podjęta głodówka świadczy o olbrzymim zdesperowaniu lekarzy rezydentów.

Wyrażamy zatem ufność, że Minister Zdrowia podejmie wszelkie możliwe działania, aby obecny protest zakończył się jak najszybciej, a merytoryczne rozmowy i uzgodnienia doprowadzą do podjęcia działań, które pozwolą na rzeczywistą poprawę sytuacji w polskiej ochronie zdrowia.

Sekretarz ORPiP  
(-) Maria Kowalczyk

Przewodnicząca ORPiP  
(-) Agnieszka Kałużna

# Zdrowy styl życia

cz. I

## Ochrona przed negatywnymi skutkami pracy zmianowej

mgr AGATA WĘŻYK

Kluczem do przeciwdziałania negatywnym skutkom pracy zmianowej jest zdrowy styl życia, utożsamiany z tzw. zachowaniami zdrowotnymi. Trzy elementy zdrowego stylu życia, które mają ogromne znaczenie z perspektywy pracowników zmianowych, to odpoczynek i dobrej jakości sen, zbilansowana dieta oraz aktywność fizyczna. W tym artykule omówię pierwszy z nich, dwa pozostałe – w kolejnym opracowaniu. Praca zmianowa ze względu na swój charakter (zmiana rytmu, organizacji czasu) może, niestety, utrudniać systematyczne podejmowanie zachowań zdrowotnych. Niemniej jednak warto – dla własnego dobra – próbować tak organizować swoje życie prywatne i zawodowe, by w miarę możliwości przestrzegać zasad zdrowego stylu życia.

### Śpij dobrze

Przepisy polskiego Kodeksu pracy gwarantują pracownikom zmianowym minimum 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku w ciągu każdej doby i co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdym tygodniu. Często jednak zdarza się, że osoby wykonujące pracę zmianową nie mogą wykorzystać czasu wolnego od pracy na odpoczynek. Czasem wynika z to z różnych obowiązków pozazawodowych, a czasem z trudności ze snem. Ludzie różnią się pod względem zapotrzebowania na sen – przeciętny dorosły człowiek powinien przesypiać około 7–9 godzin dziennie. Badania sugerują, że pracownicy zmianowi śpią o kilka, a nawet kilkanaście godzin w tygodniu krócej niż osoby wykonujące pracę w standardowych godzinach (np. Matsumoto, 1978). Wynika to z faktu, że zwykle sen w ciągu dnia jest krótszy niż ten w nocy. Tymczasem sen jest niezbędny dla regeneracji tkanek, odzyskania energii i sił witalnych, wzmocnienia układu odpornościowego. Zwiększa zdolności koncentracji i pamięci, a także poprawia nastroj i pomaga w radzeniu sobie ze stresem. Brak odpowiedniej ilości snu dobrej jakości powoduje natomiast mimowolne mikrodrzemki,

obniżenie poziomu wykonywania zadań wymagających uwagi, spowolnienie czasu reakcji i tempa wykonywania czynności, zaburzenia pamięci, utratę czujności, podejmowanie działań rutynowych (trudności w kreatywnym rozwiązywaniu problemów i reagowaniu na zmiany lub sytuacje niestandardowe), skłonność do irytacji, halucynacje, nadpobudliwość, tremor/drżenie, gorszą precyzję ruchów. Deprywacja snu może mieć poważne skutki dla zdrowia, ponieważ zwiększa ryzyko m.in. chorób serca, cukrzycy typu 2, otyłości.

### Co się dzieje, kiedy śpimy?

Gdy zasypiamy, zmniejsza się aktywność mózgu, fale mózgowe typu beta charakterystyczne dla czuwania i pełnej przytomności zanikają, a pojawiają się fale alfa. Czasami możemy mieć odczucie kołysania, wznoszenia się lub opadania. To tzw. faza zerowa snu (choć jeszcze nie prawdziwy sen), która trwa około 15 minut. Dalej następuje tzw. stadium NREM, które dzieli się na cztery fazy. W pierwszej dochodzi do jeszcze większego spowolnienia fal mózgowych (rytm theta) i pojawiają się niekiedy logiczne, oderwane od siebie obrazy, skojarzenia. Mięśnie rozluźniają się i powoli tracimy kontakt z rzeczywistością. W drugiej fazie częstotliwość fal mózgowych dalej się zmniejsza, a nasza świadomość stopniowo się wyłącza. W trzeciej i czwartej fazie mamy do czynienia z tzw. snem wolnofalowym (dominują fale delta, fale theta stopniowo zanikają), nasz oddech jest spokojny, regularny, ustają ruchy gałek ocznych, ciśnienie tętnicze i temperatura ciała obniża się, mięśnie są rozluźnione, do krwi uwalniany jest hormon wzrostu, przyspiesza się proces gojenia ran – innymi słowy nasz organizm

regeneruje się. Na etapie snu wolnofalowego trudno obudzić człowieka, a jeżeli już do tego dojdzie, to z dużym prawdopodobieństwem będzie on rozespany, rozkojarzony i rano nie będzie pamiętał, że się obudził. Cztery opisane wyżej fazy trwają około 70 minut. Potem mózg przechodzi od fazy czwartej do pierwszej i mniej więcej półtorej godziny od zaśnięcia wchodzimy w tzw. stadium REM (stadium szybkiego ruchu gałek ocznych). To etap, kiedy śnimy – gałki oczne poruszają się bardzo szybko, by nadażyć za barwnymi, żywymi obrazami w sennie rzeczywistości. Jednocześnie, aby uniemożliwić ciału odgrywanie ruchów związanych z marzeniem sennym, nasze mięśnie pozostają sparaliżowane (tzw. paraliż senny). Jeśli obudzimy się w tym momencie na pewno będziemy pamiętali, co nam się śniło. Choć czasem wydaje nam się, że marzenie senne trwało przez całą noc, w istocie stadium REM trwa od około 5 minut do pół godziny. Cały ten proces powtarza się około 4–5 razy w ciągu nocy, przy czym stadium NREM ulega stopniowemu skróceniu, a stadium REM – wydłużeniu.

Osoby wykonujące pracę w systemie zmianowym mogą cierpieć z powodu zaburzeń snu – trudności w zasypianiu, skróconego czasu snu, częstego wybudzania się. To przekłada się na zmęczenie i nadmierną senność w ciągu dnia (i nocy w wypadku nocnej zmiany), brak energii, męczliwość, spowolnienie psychoruchowe, błędy i wypadki itd. Co zatem zrobić, aby utrzymać przytomność w trakcie wykonywania pracy? Przede wszystkim należy pilnować, aby światło w miejscu pracy było jasne – to „zmyli” nasz organizm, który w ciemności zaczyna produkować melatoninę. Dobrze jest też odpowiednio zaplanować swoją pracę. Zostawianie najnudniejszych zadań na koniec zmiany najpewniej spowoduje, że zaśniemy przy ich realizacji. Przed zmianą można trochę poćwiczyć. To zmobilizuje organizm do działania (nie należy jednak przesadzać, bo intensywna aktywność zwiększy tylko zmęczenie). Jadąc do i z pracy warto skorzystać z transportu publicznego – to pozwala

### Czy wiesz, że...?

**Czuwanie przez 17–19 godzin powoduje zmniejszenie sprawności psychomotorycznej do poziomu charakterystycznego dla osoby z 0,5 promila alkoholu we krwi. Z kolei brak snu przez 28 godzin sprawia, że nasza sprawność jest porównywalna do tej, którą mielibyśmy przy stężeniu 1 promila alkoholu we krwi.**

(Williamson i Feyer, 2000)

odpocząć, podczas gdy jazda samochodem wymaga od nas czujności i energii. W czasie zmiany dobrze jest robić regularnie krótkie przerwy i spędzać je dość aktywnie (spacer, niezbyt intensywne ćwiczenia) albo – w miarę możliwości i w zależności od potrzeb – ucinąć sobie krótkie drzemki. Napoje z kofeiną mogą pomóc utrzymać przytomność i czujność, ale trzeba pamiętać, by zachować umiar. Jeśli kawa czy inne napoje energetyczne

**Zachowania zdrowotne to przekonania, oczekiwania, motywy, spostrzeżenia i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe, emocjonalne, wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia.**

(Gochman, 1988)

**J**ak wspominałam w poprzednim artykule, praca zmianowa wiąże się z pewnymi korzyściami, ale jednocześnie może powodować wiele różnych problemów, takich jak zmęczenie, zaburzenia snu, trudności w koncentracji, zmniejszenie wydajności i efektywności pracy, drażliwość, wahania nastroju, obniżenie odporności oraz różnorodnych dolegliwości m.in. ze strony układów krążenia i trawiennego.

## Przed/w trakcie nocnej zmiany

- ✓ aktywność fizyczna po południu
- ✓ regularne aktywne przerwy lub drzemki (w zależności od potrzeb i możliwości)
  - ✓ jasne światło
- ✓ kofeina, energetyki, środki farmakologiczne (pod kontrolą lekarza!)

nie wystarczają, można skorzystać z innych środków farmakologicznych, ale wyłącznie pod kontrolą lekarza. Podczas powrotów z nocnej zmiany powinno nosić się ciemne okulary, inaczej organizm w reakcji na światło słoneczne obniży produkcję melatoniny. W sypialni należy unikać hałasów i światła – dobrze mieć pod ręką maskę na oczy i zatyczki do uszu, należy też wyłączyć telefon, komputer i telewizor (światło z ekranu pobudza). W ciągu dnia natężenie światła w sypialni powinno być niskie, więc warto zawczasu zasunąć rolety, żaluzje lub zasłony. Dobrym pomysłem jest także przewietrzenie sypialni i utrzymywanie w niej niezbyt wysokiej temperatury, bowiem chłód ułatwia zarówno zasypianie, jak i utrzymywanie snu. Absolutnie nie wolno iść spać głodnym – koniecznie trzeba zjeść lekki posiłek, przy czym należy unikać ciężkostrawnych, ostrych lub tłustych potraw, jak również kawy, mocnej herbaty i napojów energetyzujących oraz alkoholu. Wprawdzie alkohol może początkowo pomóc w zasypianiu, ale bardzo szybko sprawi, że będziemy mieć jeszcze większe problemy ze snem. Należy także unikać papierosów, ponieważ nikotyna ma działanie pobudzające. Upředź także rodzinę, sąsiadów i znajomych, że pracujesz na zmiany i poprosz, aby mieli na uwadze, że sypiasz w niestandardowych godzinach i by nie przeszkadzali Ci, gdy śpisz. Ponadto, na tyle, na ile to możliwe, utrzymuj stałe pory zasypiania i budzenia się, nawet w weekendy.

Warto też zastanowić się, co dla nas jest najlepsze. Niektórzy preferują pójście spać natychmiast po przyjsciu do domu, inni potrzebują dłuższej chwili na tzw. „oddech”. Jeśli pojawiają się problemy z zasypianiem, warto spróbować się wyciszyć i zrelaksować: pójść na spokojny spacer (pamiętając o okularach przeciwsłonecznych!), poczytać książkę, posłuchać cichej, spokojnej muzyki, wziąć kąpiel, wykorzystać aromaterapię, zrobić kilka ćwiczeń oddechowych.

U osób wykonujących pracę zmianową mogą wystąpić nawet poważne zaburzenia snu. W razie takich problemów zdecydowanie należy skorzystać z pomocy lekarza. W leczeniu stosuje się zarówno metody farmakologiczne, jak i niefar-

## Po nocnej zmianie, przed snem

- ✓ okulary przeciwsłoneczne
- ✓ odpoczynek w autobusie/tramwaju
- ✓ lekki posiłek
- ✓ unikanie kofeiny i używek
- ✓ przewietrzona, chłodna, cicha, zaciemniona, sypialnia
- ✓ maska na oczy i zatyczki do uszu
- ✓ wyłączony telefon, komputer, TV
- ✓ informacja dla bliskich i sąsiadów
- ✓ relaks

makologiczne. Oczywiście, ogromną rolę odgrywa również higiena snu i dobre warunki do snu (cisza, unikanie ostrego światła). Farmakologia może być stosowana zarówno w celu zmniejszenia senności w czasie pracy (np. suplementy z kofeiną lub efedryną przed i w trakcie zmiany), jak i dla wspomagania zasypiania oraz poprawienia jakości snu (melatonina przed snem po zmianie nocnej). Można również wykorzystać preparaty ziołowe – m.in. z kozłka lekarskiego, melisy, lawendy czy lipy w postaci naparów, syropów, kapsułek. Niefarmakologicznym sposobem leczenia zaburzeń snu jest fototerapia, która polega na ekspozycji na jasne światło (m.in. 700 luksów) podczas nocnej zmiany. Należy jednak przy tym pamiętać, aby najpóźniej dwie godziny przed zakończeniem zmiany zmniejszyć natężenie światła, by wzbudzić naturalną produkcję melatoniny, co ułatwi zasypianie po powrocie do domu.

### Literatura:

1. Gochman D.S. (1988) Health Behavior. Emerging Research Perspectives. Plenum Press, New York and London.
2. Matsumoto K. (1978). Sleep patterns in hospital nurses due to shift work: An EEG study. Waking and Sleeping, 2, s. 169–173.
3. Williamson A., Feyer A. (2000). Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. Occupational and Environmental Medicine, 57(10), s. 649–655.

mgr Agata Wężyk  
Instytut Medycyny Pracy



## Krwawienie dokomorowe u wcześniaka

dr nauk o zdr. KRYSZYNA ROCHAŁA

W medycynie perinatalnej monitorowanie odgrywa zasadniczą rolę i staje się głównym narzędziem intensywnego nadzoru nad dzieckiem. Wprowadzenie takich metod nadzoru, jak: profil biofizyczny płodu pełny lub zmodyfikowany, kardiokografia, ultrasonografia stało się postępowaniem obowiązującym w oddziałach położniczych zwiększającym bezpieczeństwo matki, płodu i noworodka [1, 2].

Wdrożenie przedporodowego nadzoru nad płodem pozwala na wczesne wykrycie zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej, ustalenie optymalnego czasu i sposobu rozwiązania ciąży oraz unikanie zbędnych interwencji [3, 4].

### Niedotlenienie okołoporodowe

Niedotlenienie okołoporodowe jest istotnym problemem neonatologii, stanowi jedną z głównych przyczyn umieralności i zachorowalności poporodowej noworodka, ma znaczący

wpływ na jego rozwój umysłowy i fizyczny. Szacunkowo niedotlenienie dotyczy 2 proc. noworodków z wszystkich porodów, zwiększa się do 6 proc. u noworodków z masą ciała mniejszą niż 2000 g [5].

W niedotlenieniu dochodzi do centralizacji krążenia, która zapewnia prawidłowe dotlenienie najważniejszych organów: mózgu, serca i nadnerczy, kosztem przepływu krwi przez: nerki, płuca, jelita, śledzionę, mięśnie szkieletowe oraz skórę; jest to tzw. efekt oszczędzania mózgu. Długotrwałe niedotlenienie wywołuje u płodu wielonarządowe uszkodzenia:

- układu nerwowego: encefalopatia niedotlenieniowa – niedokrwienna, krwawienie dokomorowe (IVH – Intraventricular Haemorrhage), leukomalacja okołokomorowa (PVL – Periventricular leukomalacia) [6, 7],
- układu oddechowego: zespół zaburzeń oddychania (RDS – Respiratory Distress Syndrome), zespół aspiracji smółki (MAS – Meconium Aspiration Syndrome),
- układu pokarmowego: martwicze zapalenie jelit (NEC – Necrotising Enterocolitis), niewydolność wątroby oraz wiele innych powikłań źle rokujących. NEC jest drugą po RDS przyczyną zgonów noworodków [8, 9].

Wykrywanie niedotlenienia jest zatem priorytetem w medycynie perinatalnej.

## Monitorowanie płodu

Do oceny dobrostanu płodu służą takie metody, jak:

- profil biofizyczny (ultrasonograficzna ocena objętości płynu owodniowego, pracy serca płodu, napięcia mięśniowego płodu, ruchów oddechowych i ruchów ciała płodu),
- kardiokografia,
- przepływy naczyniowe w pępowinie i naczyniach mózgowych płodu [10].

W nadzorze biofizycznym nad płodem proponowany jest i najczęściej stosowany następujący schemat:

1. W ciąży przebiegającej prawidłowo, gdy płód nie przejawia zaburzeń we wzrastaniu i aktywności, występuje prawidłowa objętość płynu owodniowego – badanie dopplerowskie naczyń płodowych nie jest wykonywane.

2. W ciąży powikłanej wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrastania (IUGR – Intrauterin Growth Retardion), nadciśnieniem, podejrzeniem wad genetycznych płodu obowiązkowo wykonuje się ocenę przepływów naczyniowych płodu w tętnicy pępowinowej i tętnicy środkowej mózgu.

3. W wypadku stwierdzenia niedotlenienia i nieprawidłowych spektrów przepływów w układzie tętnicznym, poszerza się diagnostykę o układ żylny płodu i przewód żylny (DV – Ductus Venosus) [11, 12, 13].

## Badanie ultrasonograficzne

Obecnie w Polsce obserwowany jest spadek przyrostu naturalnego, odkładanie macierzyństwa w czasie a pierwsza ciąża przypada na wiek około 30 lat. Stan ten zmusza niejako medycynę do opracowywania metod służących wykrywaniu zagrożeń, głównie zamartwicy i IUGR [14, 15, 16].

Większość patologii zagrażających zdrowiu i życiu noworodka, takich jak: wady rozwojowe OUN, serca, przewodu pokarmowego powinna być zdiagnozowana w czasie rutynowego badania ultrasonograficznego. Szczególne znaczenie ma wczesne diagnozowanie zamartwicy okołoporodowej, gdyż grozi ona poważnymi następstwami: krwawieniem dokomorowym oraz leukomalacją okołoporodową, które należą do wczesnych uszkodzeń mózgu i mają złe rokowanie, zwłaszcza u dzieci przedwcześnie urodzonych [17, 18].

## Wcześniactwo

Według definicji WHO, wcześniak to dziecko urodzone między 22. a 37. tygodniem ciąży. Wczesne rozpoznanie zagrożenia wcześniactwem pozwala na ustalenie algorytmu postępowania i wdrożenie profilaktyki krwawień śródczaszkowych, polegającej na podawaniu matce domięśniowo witaminy K i kortykosterydów.

Ogromne znaczenie ma przygotowanie zaplecza technicznego dla mającego urodzić się wcześniaka, tj. sprzętu do stosowania oddechu wspomaganego typu nCPAP metodą

„infant-flow” lub oddechu kontrolowanego z zastosowaniem tlenu azotu, które znacznie zmniejszają możliwość wystąpienia IVH [19, 20, 21].

## Krwawienie dokomorowe

Przyczynami krwotoku dokomorowego są: wcześniactwo i związana z nim niedojrzałość struktur mózgowych, zespół zaburzeń oddychania i konieczność stosowania oddechu kontrolowanego, wysokie parametry sztucznej wentylacji, cięcie cesarskie oraz niedotlenienie okołoporodowe [22, 23, 24].

Do oceny rozległości krwawień w obrazie ultrasonograficznym służy czterostopniowa skala Papille’a:

- I° – krwawienie podwysięłkowe,
- II° – krwawienie dokomorowe bez poszerzenia komór,
- III° – krwawienie dokomorowe z poszerzeniem komór,
- IV° – krwawienie dokomorowe z krwawieniem do miąższu mózgu [25].

Około 90 proc. krwawień dokonuje się do końca 72 godziny życia dziecka, dlatego też zalecane jest wykonywanie u noworodków badania USG przezciemiennego w 3. dobie życia [26].

## Rokowanie

Rokowanie u dzieci z przebyłym krwawieniem wewnątrzczaszkowym zależne jest od stopnia krwawienia oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Krwawienia dokomorowe I° mogą powodować torbiel w miejscu krwawienia, krwawienie II° wywołuje poszerzenie układu komorowego. Rozwój dzieci jest porównywalny z noworodkami urodzonymi w tym samym okresie ciąży bez krwawienia. Natomiast krwawienie III° i IV° powoduje wodogłowie pokrwotoczne prowadzące do wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, co wymaga drenażu narastającego płynu mózgowo-rdzeniowego. Śmiertelność noworodków z IV° krwawienia jest znaczna i wynosi 80–90 proc. U dzieci występuje wodogłowie oraz nasilone zaburzenia rozwoju psychoruchowego. Najczęściej obserwuje się zaburzenia słuchu, wady wzroku, obniżone parametry rozwoju somatycznego oraz mózgowie porażenie dziecięce [27].

Zmiany leukomalacyjne wiążą się z zanikiem komórek mózgowych, wywołują u noworodka zaburzenia rozwoju umysłowego oraz spastyczne porażenie pod postacią paraplegii, hemiplegii lub ciężkich przypadków tetraplegii [28].

## Leczenie wodogłowia

Wodogłowie pokrwotoczne to gromadzenie się w nadmiarze płynu mózgowo-rdzeniowego w strukturach wewnątrzczaszkowych. Stanowi ono jeden z ważniejszych powikłań i problemów wcześniactwa. U około połowy wypadków wodogłowia

dochodzi do jego samoistnego wchłonięcia się, natomiast w pozostałych wypadkach powoduje ono poszerzenie układu komorowego, wywołując ciasnotę wewnątrzczaszkową.

W leczeniu wodogłowia stosuje się metody:

- farmakologiczne: furosemid, acetazolamid oraz
  - zabiegowe: punkcje lędźwiowe lub dokomorowe doraźnie obciążające i zmniejszające objętość gromadzącego się płynu.
- Chirurgiczną metodą leczenia wodogłowia pokrwotocznego u wcześniaków jest założenie zewnętrznego drenażu komorowego lub wszczępienie podskórnego zbiornika Rickhama, który jest etapem przygotowującym do założenia zastawki komorowo-otrzewnowej [29].

## Program opieki perinatalnej

Obecnie w Unii Europejskiej rodzi się ponad 500 000 wcześniaków rocznie. Odsetek porodów przedwczesnych w 2012 roku w Europie wynosił od 5 proc. do 8 proc.; w Polsce wynosił 5,8 proc. W roku 1984 opracowano klasyfikację czynników ryzyka porodu przedwczesnego, następnie wyodrębniono grupy wysokiego ryzyka ciężarnych i objęto je optymalną opieką przedporodową celem zapobiegania przedwczesnemu zakończeniu ciąży, wcześniactwu i chorobom z nim związanych [30].

### Literatura:

1. Pietrzycka D., Gadzinowski J.: Opieka perinatalna w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*; 2007, 43: 7–14.
2. Respondek-Liberska M.: Diagnostyka prenatalna. (red): Kubicka K., Kawalec W.: *Pediatrics*. PZWL, Warszawa, 2004: 43–58.
3. Gribbin C., James D.: Ocena dobrostanu płodu. *Położnictwo. Ginekologia. Medycyna Rozrodu*; 2002, 2: 88–95.
4. Lockwood Ch. J.: Co to znaczy zbyt intensywna opieka prenatalna? *Ginekologia po Dyplomie*; 2008, 10: 49–52.
5. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej. *Ginekologia Polska*; 2009, 5: 390–392.
6. Bartkowiak R.: Badania dopplerowskie naczyń płodowych w diagnostyce niedotlenienia okołoporodowego. *Nowa Medycyna*; 1999, 90: 14–16.
7. Szymankiewicz M.: Powikłania noworodkowe wynikające z przebiegu porodu. (red): Bręborowicz G. H.: *Operacje położnicze*. OWN, Poznań, 2007: 421–434.
8. Benson J.E., Bishop M.R., Cohen H.L.: Ultrasonografia przeziemiączkowa noworodków – aktualny stan wiedzy. *Medycyna Praktyczna, Diagnostyka Obrazowa*; 2003, 3-4: 111–141.
9. Gadzinowski J., Szymankiewicz M.: *Podstawy neonatologii*. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2002.
10. Barczykowska E., Cierzniańska K., Szewczyk M.T.: Postępowanie pielęgniarskie wobec dziecka z martwiczym zapaleniem jelit. (red): Barczykowska E.: *cd Pielęgniarstwo w pediatrii*. Borgis, Warszawa, 2006: 103–118.
11. Szaflik K., Sodowski K., Słomko Z., Borowski D., Sieroszewski P., Kaczmarek P.: Diagnostyka objawów zagrożenia płodu w badaniu ultrasonograficznym. (red): Pietryga M., Brązert J.: *Praktyczna*

ultrasonografia dopplerowska w położnictwie. *cd Podstawy oceny serca płodu*. Exemplum, Poznań, 2008: 231–238.

12. Directives cliniques de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada: Évaluation prénatale du bien-être foetal. *Journal Société des Obstétriciens et Gynécologues*; 2000, 22: 463–470.

13. Rizzo G., Capponi A., Vendola M. et al.: Relationship between aortic isthmus and ductus venosus velocity waveforms in severe growth restricted fetuses. *Prenatal cd Diagnosis*; 2008, 28: 1042–1047.

14. Bachanek M., Sawicki W., Stelmachów J.: Dopplerowska ocena przepływu łożyskowo-płodowego w ciąży powikłanej insulinozależną cukrzycą przedciążową. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*; 2007, 43: 19–23.

15. Szymański M., Szymański W., Socha M.W.: Ocena dobrostanu płodu na podstawie dopplerowskiej analizy przepływu krwi w naczyniach pępowinowych i tętnicy środkowej mózgu płodu u ciężarnych leczonych nitrataми z powodu nadciśnienia w ciąży. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*; 2005, 41: 32–34.

16. Respondek-Liberska M.: Rodzaje prenatalnych badań ultrasonograficznych i kardiologicznych płodu oraz aspekty organizacyjne. *Ultrasonografia*; 2008, 34: 78–86.

17. Mikulska M., Kowalczyk-Musiałowicz A.: Ultradźwięki i ich zastosowanie w neonatologii. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*; 2007, 43: 7–11.

18. Kornacka M.K.: Znaczenie badań ultrasonograficznych w ocenie OUN u noworodka. *Ginekologia Praktyczna*; 2000, 7: 18–22.

19. Dymczyk-Ociepka K., Caus I., Leszczyńska K. [et al.]: Najczęstsze powikłania noworodkowe z ciąż objętych wysokim ryzykiem porodu przedwczesnego. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*; 2007, 43: 56–59.

20. Robson S.C.: Farmakoterapia płodu. *Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne*; 1996, 2: 122–130.

21. Lauterbach R.: Postępy neonatologii w 2006 roku. *Medycyna Praktyczna, Pediatria*; 2007, 3: 82–89.

22. Kornacka M.: Aktualne problemy w neonatologii. *Medycyna Praktyczna, Ginekologia i Położnictwo*; 2004, 34: 34–37.

23. Mikulska M., Simon M.: Cięcie cesarskie jako czynnik ryzyka wystąpienia okołoporodowych zmian OUN u noworodka. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*; 2008, 1: 213–216.

24. Mikulska M., Kowalczyk-Musiałowicz A.: Ultradźwięki i ich zastosowanie w neonatologii. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*; 2007, 43: 7–11.

25. Szczapa J.: *Neonatologia*; PZWL, Warszawa, 2000.

26. Plagens-Rotman K., Bączek G., Kubiak S.: Krwawienia wewnątrzczaszkowe u noworodków z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała. *Nowiny Lekarskie*; 2011, 80, 4: 250–257.

27. Pietrzycka D., Szymankiewicz M., Gadzinowski J.: Śmiertelność w grupie noworodków z bardzo małą urodzeniową masą ciała. *Postępy w neonatologii*, 2003, Supl 3, 32–35.

28. Helwich E., Rutkowska M., Adamska E., Nowicka K.: Analiza częstości występowania krwawień okołoporodowych (IVH) i leukomalacji (PVL) w populacji noworodków urodzonych przedwcześnie, leczonych w Klinice Intensywnej Terapii w okresie 5 lat. *Ultrasonografia*; 2003, 13: 7–11.

29. Polis L.: Wodogłowie u płodu i noworodka. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*; 2009, 3: 218–222.

30. Raport. Opieka neonatologiczna wcześniaków na Mazowszu. Warszawa, marzec 2014 r.

dr n. o. zdrowiu Krystyna Rochala  
Zakład Położnictwa Praktycznego  
II Katedry Ginekologii i Położnictwa  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



dr nauk o zdr. MARIA CIANCIARA

# Pacjent niedożywiony.

## Problem terapeutyczny i epidemiologiczny



„[...] Śmierć z powodu wyniszczenia towarzyszącego różnym chorobom nie powinna mieć więcej miejsca, ponieważ odkryto nowe drogi podania składników odżywczych [...]”.

J.T. Whittaker, 1876

**P**rzez wiele lat panował pogląd, że niedożywienie jest problemem jedynie krajów Azji i Afryki, problemem, który nie występuje w bogatych, gospodarczo rozwiniętych krajach Europy czy w Ameryce. Dziś wiadomo, że również w tych krajach u znacznej liczby hospitalizowanych pacjentów stan odżywienia jest niezadowolający.

Zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – „zdrowie to stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego – a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności”. W takim ujęciu stan zdrowia człowieka zależy od wielu czynników oddziałujących na organizm; jednym z tych czynników jest stan odżywienia organizmu.

W nauce o żywieniu człowieka stan odżywienia definiuje się jako: stan zdrowia wynikający ze zwyczajowego spożycia żywności, przebiegu procesów trawienia, wchłaniania i wykorzystania składników odżywczych oraz oddziaływania na te procesy czynników patologicznych.

Niedożywienie to zespół objawów niedoboru podstawowych składników odżywczych (węglowodanów, tłuszczów, białek, witamin lub pierwiastków śladowych) spowodowanych ich niedostateczną podażą (w sytuacji normalnej lub zwiększonego zapotrzebowania), zaburzeniami wchłaniania lub nadmierną utratą podczas choroby lub po urazie nasilany przez reakcję zapalną (ostrą lub przewlekłą). Powoduje zmiany składu ciała, pogorszenie sprawności fizycznej oraz wydolności narządów lub układów, zwiększa ryzyko powikłań innych chorób, a także wydłuża czas pobytu w szpitalu oraz podnosi jego koszty. Niedożywienie pojawia się także u osób starszych z powodu utraty apetytu, chorób lub braku zębów, zaburzeń trawienia i wchłaniania, ograniczonej sprawności ruchowej.

W procesie niedożywienia wyodrębnia się cztery etapy:

1. Do organizmu dostarczana jest niewystarczająca ilość składników odżywczych spowodowana ich małą podażą, nadmierną utratą lub zaburzeniami przemiany materii bądź zwiększonym na nie zapotrzebowaniem.
2. Następuje wyczerpanie zapasów ustrojowych.
3. Dochodzi do zaburzenia procesów fizjologicznych i biochemicznych, pojawiają się nieznaczne objawy niedożywienia.
4. Pojawiają się widoczne objawy niedożywienia z towarzyszącymi zmianami narządowymi.

### Następstwa niedożywienia

Pierwotne – przede wszystkim zmniejszenie masy ciała, osłabienie siły mięśniowej i sprawności psychomotorycznej, upośledzenie odporności, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, zaburzenia trawienia i wchłaniania, osłabienie kurczliwości mięśnia sercowego, spadek ośrodkowego ciśnienia żylnego, pogorszenie sprawności wentylacyjnej.

Wtórne – zwiększenie częstości zakażeń, zaburzenia gojenia ran, rozejście się zespołów przewodu pokarmowego, wzrost śmiertelności.

### Typy niedożywienia

Należy zwrócić uwagę na typy niedożywienia:

#### Niedożywienie typu marasmus

Jest następstwem przyjmowania zbyt małych ilości pokarmów i może występować u osób:

- chorych psychicznie,
  - podczas głodzenia,
  - z ciężkimi chorobami nerek, wątroby,
  - cierpiących na zespoły złego wchłaniania,
  - z biegunką oraz innymi zaburzeniami, w których dochodzi do nadmiernej utraty substancji odżywczych.
- Niedożywienie prowadzi do wielu zmian w funkcjonowaniu układów i narządów:
- zmniejszenia częstości rytmu serca, objętości wyrzutowej,
  - zmniejszenia nerkowego wydalania (m.in. jonów wodoru, sodu),
  - spowolnienia perystaltyki jelitowej,
  - obniżenia wydzielania kwasu solnego w żołądku i enzymów trzustkowych,
  - wzrostu stężenia sodu i zmniejszenia stężenia potasu,
  - osłabienia układu immunologicznego pacjenta.

U osoby z prawidłowo funkcjonującym układem odpornościowym odpowiedzią na zakażenie jest gorączka, wzrost leukocytozy, tachykardia czy tachypnoe. U pacjenta z niedożywieniem typu marasmus nawet w ciężkich, zagrażających życiu zakażeniach, odpowiedź ta bywa znikoma i infekcja bywa nierozpoznana.

#### Niedożywienie typu kwashiorkor

Występuje u osób:

- prawidłowo odżywionych,
- otyłych po dużym urazie, operacji,
- w czasie zakażenia (nasilonego katabolizmu i niedostatecznego odżywiania) oraz akumulacji wody i sodu u chorych otrzymujących wyłącznie płyny krystaliczne (bez białka i energii).

W odróżnieniu od innych rodzajów niedożywienia kwashiorkor jest chorobą o ostrym przebiegu. W ciężkich postaciach dochodzi do zaburzeń gospodarki elektrolitowej i rozwoju obrzęków, czasami pojawiają się zmiany skórne podobne do oparzeń oraz hepatomegalia. Obrzęki są objawem zwiększonej retencji sodu, czemu może towarzyszyć obniżenie ciśnienia tętniczego i hipowolemia. W postaciach ciężkich obraz kliniczny bywa zbliżony do obrazu we wstrząsie septycznym. Rozpoznanie kwashiorkor bywa przeoczone, ponieważ masa ciała pozostaje w granicach normy, dopiero w wynikach badań laboratoryjnych stwierdza się obniżone stężenie albumin w surowicy i zmniejszenie całkowitej liczby limfocytów we krwi obwodowej.

#### Niedożywienie typu mieszanego (białkowo-kaloryczne)

Ten typ niedożywienia występuje u pacjentów z hiperkatabolizmem, którzy nie otrzymują wystarczającej ilości białka i substancji energetycznych, lub u chorych wyniszczonych z niedożywienia po urazie lub operacji. W tym typie niedożywienia dochodzi u pacjenta do utraty masy ciała, obniżenia stężenia białek w surowicy i zaburzeń odporności komórkowej.

#### Niedożywienie w zakresie witamin i składników mineralnych

Może występować nie tylko u osób z niedoborowym czy też prawidłowym wskaźnikiem masy ciała, lecz także u osób z nadwagą i otyłością.

#### Niedożywienie szpitalne

Przyczyny niedożywienia szpitalnego:

- jakość diety szpitalnej (niesmaczna, niskokaloryczna),
- przyjmowanie przez pacjentów mniejszych ilości pokarmów z powodu utraty apetytu w czasie choroby,
- zaburzenia drożności przewodu pokarmowego,
- brak zainteresowania ze strony personelu medycznego tym, co i ile chory zjada.

U około 30 proc. osób z prawidłowym stanem odżywienia przy przyjęciu do szpitala dochodzi do rozwoju niedożywienia w trakcie około 14 dni pobytu w szpitalu.

Do niedożywienia dochodzi w czasie zwiększonej utraty substancji odżywczych, np. w zaburzeniach trawienia, wchłaniania, u osób z przetokami przewodu pokarmowego czy też chorych z zespołem nerczycowym.

Ryzyko rozwoju niedożywienia występuje u pacjentów z utratą masy ciała o 10 proc. lub więcej w stosunku do swojej masy wyjściowej i może być spowodowane:

- utratą apetytu,
- bolesnymi zmianami w jamie ustnej,
- trudnościami w połykaniu,
- znaczącymi ubytkami w uzębieniu,
- długotrwałymi wymiotami lub biegunką,
- zakażeniami, chorobami przebiegającymi z zapaleniem lub chorobami nowotworowymi,
- zaburzeniami świadomości i u nieprzytomnych, np. po ciężkich urazach głowy,

a także u pacjentów:

- po ciężkich operacjach przewodu pokarmowego, np. po operacyjnym usunięciu przełyku i żołądka,
- otrzymujących obciążającą chemio- czy radioterapię,
- z chorobą alkoholową,
- w wieku podeszłym.

Czynnikami sprzyjającymi niedożywieniu szpitalnemu są:

- badania diagnostyczne wymagające wielogodzinnych przerw w przyjmowaniu posiłków,
- okres pooperacyjny, a także
- nieprawidłowa organizacja opieki nad pacjentem, jak i żywienia szpitalnego.

### Stan odżywienia pacjentów hospitalizowanych

Badania stanu odżywienia pacjentów hospitalizowanych w USA, Wielkiej Brytanii i Polsce wykazały różnego stopnia niedożywienie u 25–65 proc. chorych na oddziałach chirurgicznych i u 30–60 proc. chorych na oddziałach internistycznych.

Wykazano, że w czasie przyjęcia pacjentów do szpitala niedożywienie występuje u:

- 50 proc. osób w podeszłym wieku,
- 45 proc. chorych z chorobami układu oddechowego,
- 80 proc. pacjentów z chorobami zapalnymi jelit,
- 85 proc. chorych z nowotworami.

Niedożywienie różnego stopnia stwierdza się u 35–55 proc. chorych przyjmowanych do szpitala, przy czym u około 20 proc. chorych jest to niedożywienie ciężkie, wymagające intensywnego leczenia żywieniowego, które powinno być wdrożone zaraz po przyjęciu do szpitala. W wielu badaniach zarówno światowych, jak i polskich wykazywano, że u osób niedożywionych istotnie zwiększona jest (około 2,5-krotnie) śmiertelność, średni czas hospitalizacji wydłuża się o 6–7 dni. U tych pacjentów obserwuje się zwiększoną zapadalność na zakażenia: dróg oddechowych, układu pokarmowego, dróg moczowych, ran, a także stany septyczne, niewydolność oddechową i krążenia oraz nagłe zatrzymanie krążenia.

Niedożywienie ma również konsekwencje ekonomiczne. Szacuje się, że koszt leczenia pacjentów, u których stwierdzono cechy niedożywienia przy przyjęciu do szpitala, jest o ponad 20 proc. (w niektórych publikacjach nawet o 60 proc.) wyższy od kosztu leczenia chorych bez tych cech. Dodatkowe nakłady finansowe w wypadku chorych niedożywionych wynikają

przede wszystkim ze zwiększonej częstości występowania u nich zakażeń i powikłań zatorowo-zakrzepowych w przebiegu chorób, z powodu których są hospitalizowani, a także wydłużonego czasu hospitalizacji.

Utrata > 10% masy ciała jest związana ze zwiększoną częstością występowania: zapalenia płuc, zaburzeń gojenia, zakażeń i rozejść rany, przetok, odleżyn, posocznicy oraz złamań.

U pacjentów operowanych niedożywionych zwiększone ryzyko zakażenia rany i innych zakażeń pooperacyjnych (w analizie jednoczynnikowej) zajmuje czołowe miejsce. W grupie pacjentów:

- onkologicznych niedożywionych jest: 20 proc. chorych na raka jelita grubego; 40 proc. chorych z rakiem żołądka; 60 proc. chorych z rakiem trzustki; 80 proc. chorych z rakiem przełyku;
- dializowanych niedożywienie stanowi poważne powikłanie dializoterapii, powodujące skrócenie życia chorych leczonych nerkozastępczo. Częstość niedożywienia wzrasta wraz z progresją choroby nerek. W okresie leczenia nerkozastępczego niedożywienie rozpoznaje się u: 23–76 proc. pacjentów hemodializowanych oraz 18–50 proc. pacjentów dializowanych otrzewnowo;
- z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP) niedożywienie dotyczy: 10–15 proc. pacjentów z łagodną lub umiarkowaną postacią choroby; 50 proc. chorych w zaawansowanym stadium choroby.

Bardzo istotnym elementem w zapobieganiu oraz leczeniu niedożywionych chorych jest jak najszybsze określenie stanu odżywienia pacjenta oraz włączenie leczenia żywieniowego.

Od 1 stycznia 2012 roku istnieje obowiązek przesiewowej oceny stanu odżywienia każdego pacjenta przyjętego do szpitala. Dotyczy to wszystkich oddziałów szpitalnych; wyjątkiem są tylko szpitalne oddziały ratownictwa (SOR). Dokument oceniający stan odżywienia musi się znaleźć w każdej historii choroby, a oceny tej można dokonać przy pomocy jednej ze skal: Nutritional Risk Screening 2002 (NRS) lub Subjective Global Assessment (SGA).

### Podsumowanie

Zapobieganie niedożywieniu szpitalnemu i jego skuteczne leczenie wywiera korzystny wpływ na funkcjonowanie układu immunologicznego, zmniejsza ryzyko występowania zakażeń i ich przebiegu u osób hospitalizowanych, przynosi lepsze efekty terapeutyczne.

dr nauk o zdrowiu Maria Cianciara  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1  
im. N. Barlickiego w Łodzi

## Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Dziecko krzywdzone – różne aspekty problemu”

W dniu 25 maja 2017 roku w dużej Sali Urzędu Miasta Łodzi odbyła się konferencja naukowa „Dziecko krzywdzone – różne aspekty problemu”. Organizatorem konferencji była Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi we współpracy z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego – Haliną Gmaj-Budziarek.

Spotkanie skierowane było do całego środowiska pielęgniarek i położnych. Podczas spotkania przedstawione były problemy dotyczące m.in.: danych demograficznych i statystycznych dotyczących problemu dziecka krzywdzonego; przemocy wobec dzieci w perspektywie etycznej i socjologicznej; zespołu dziecka maltretowanego; praw dziecka; Europejskiej Karty Praw dziecka; roli pielęgniarki rodzinnej w zapobieganiu przemocy u małego dziecka; postępowania pielęgniarki i położnej w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie oraz działań policji na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec dzieci.

Na konferencji gościliśmy przedstawicieli policji, Społecznej Akademii Nauk, Uniwersytetu Medycznego z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, psychologów, konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa oraz pielęgniarki i położnej.

Konferencję otworzyła Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca ORPiP w Łodzi – podkreślając wagę problemu oraz fakt, że obserwuje się wzrost liczby przypadków krzywdzenia dzieci przez osoby dorosłe, często są to osoby które powinny zapewnić dziecku bezpieczeństwo, troskę i miłość.

Spotkanie podzielone było na trzy sesje.

W sesji pierwszej podane zostały niepokojące statystyki dotyczące hospitalizacji dzieci krzywdzonych przez osoby dorosłe. Liczba hospitalizacji dzieci z powodu krzywdzenia ich przez dorosłych:

- w roku 2016 odnotowano 24 przypadki hospitalizacji (dane z jednej placówki);
- w roku 2017 (do 30 kwietnia) już 19 przypadków hospitalizacji dzieci.

Przyczyną hospitalizacji były m.in.: urazy i złamania kości czaszki, złamania kończyn; pobicie dzieci; zaniedbania społeczne; próby samobójcze dzieci; nadużywanie środków psychoaktywnych; samookaleczenia; alkoholizm rodziców; konflikty rodzinne.

Wiek dzieci, które najczęściej doznają krzywdzenia ze strony osób dorosłych:

- rok 2017 (do 30 kwietnia): 0–5 lat – 16 dzieci; 6–10 lat – 0; 11–18 lat – 3 dzieci.
  - rok 2016: 0–5 lat – 11 dzieci; 6–10 lat – 0; 11–18 lat – 13 dzieci
- Następnie przedstawiona została odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych wobec pacjenta – dziecka.

Kolejny ważny temat to rola pielęgniarki rodzinnej w zapobieganiu przemocy wobec dzieci. Pielęgniarka rodzinna mając częsty kontakt z dzieckiem i jego rodziną najszybciej może zaobserwować niepokojące sygnały krzywdzenia dziecka.

Rodzaje krzywdzenia:

- przemoc psychiczna – niszczenie godności dziecka
- przemoc fizyczna – użycie siły fizycznej wobec dziecka
- zaniedbanie i niedbałe traktowanie
- wykorzystywanie seksualne

Dlaczego rodzice krzywdzą swoje dzieci?

- wiekiem ryzyka dla przemocy fizycznej doznawanej przez dzieci jest przedział 2–6 lat
- dziewczynki są częściej ofiarami przemocy seksualnej,
- chłopcy przemocy fizycznej
- rodzice młodszy częściej źle traktują swoje dzieci niż rodzice bardziej dojrzały
- problemy osobiste rodziców – depresje,
- uzależnienia oraz zaburzenia osobowości
- własne doświadczenia przemocy u rodziców (doznawane lub obserwowane w dzieciństwie)

Sesja druga poświęcona była psychologicznym konsekwencjom krzywdzenia dzieci oraz wpływu krzywdzenia na dalsze ich życie. Przedstawiono drastyczne fakty z doświadczeń medycyny sądowej dotyczące śmierci dzieci z zespołem dziecka maltretowanego.

Sesja trzecia poświęcona była działaniom policji na rzecz przemocy wobec dzieci. Współpraca instytucjonalna może skutecznie zapobiegać występowaniu przemocy wobec dzieci. Uwrażliwienie ludzi, wnikliwe obserwacje oraz reagowanie na przemoc wobec dziecka daje szansę na szybką pomoc dziecku krzywdzonemu.

W części ostatniej trzeciej sesji przedstawiliśmy zagadnienia dotyczące praw dziecka oraz bezpieczeństwa na każdym etapie rozwoju i w każdej sytuacji życiowej dziecka w: rodzinie, szkole, grupie rówieśniczej, szpitalu.

Janusz Korczak *Kiedy znów będę mały*: „A jeszcze szarpną, pchną, uderzą. Raz uderzą albo za rękę szarpną i zdaje im się, że nie bicie, nie boli. Bo oni biciem nazywają katowanie dzieci. Kiedy tłuką pasem, trzymają i walą jak zbrodniarze, a dziecko się wyrzywa i wrzeszczy: Już nie będę, już nie będę.

Za takie bicie – może go teraz mniej, ale jeszcze jest – w przyszłości będą od razu do kryminału sadzali.

Co czuje ten, który bije, i co czuje dziecko, nie wiem. Ale my patrzmy z obrzydzeniem, oburzeniem i zgrozą...”

A ja dodam – patrzmy to reagujmy.

Podczas trwania konferencji uczestnicy mogli odwiedzać stoiska wystawców. Każdy uczestnik otrzymał certyfikat potwierdzający udział w konferencji. Uważam, że duże zainteresowanie tematyką konferencji pokazuje, że jesteśmy wrażliwi na krzywdzenie dzieci ale zaniepokojeni skalą problemu.

mgr Halina Gmaj-Budziarek  
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie  
pielęgniarstwa pediatrycznego



## X Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

## XX-lecie istnienia PTPAiO

W dniach 21–23 września 2017 roku odbył się X Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Był on dla nas wszystkich szczególny, bo połączony z Jubileuszem XX-lecia istnienia PTPAiO w Polsce. Organizatorem byli PTPAiO oraz Evereth Publishing Sp. z o.o. jako Patronat Medialny.

W X Zjeździe PTPAiO wzięło udział ponad 900 uczestników, w tym wielu specjalistów zarówno z kraju, jak i z zagranicy (ze Słowacji, Czech, Hiszpanii, Szwecji), przedstawiciele z 14 regionów Polski oraz 41 firm wystawienniczych. Była to jedna z większych konferencji w Polsce. Region łódzki reprezentowany był przez 46 pielęgniarki/pielęgniarzy anestezjologicznych z wiodących ośrodków medycznych. Głównym sponsorem była Firma Medtronic.

Inauguracja X Zjazdu odbyła się w sali konferencyjnej malowniczo położonego Hotelu Gołębiowski w Karpaczu. Patronat Honorowy nad konferencją objęła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa – prof. dr hab. Maria Kózka z UJ oraz Burmistrz Karpacza – Radosław Jęcek. Bogaty program naukowy Zjazdu dotyczył zagadnień związanych z nauką, praktyką oraz etyką w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki.

### Dzień pierwszy

Uroczystą galę inauguracyjną: Od przeszłości do teraźniejszości 1997–2017 r. rozpoczął film wspomnieniowy\* z okazji

XX-lecia PTPAiO zrealizowany przez Evereth Publishing. Prezes PTPAiO Paweł Witt oraz przedstawiciel Evereth Publishing Katarzyna Markiewicz powitali zgromadzonych: pielęgniarki i pielęgniarzy anestezjologicznych z całego kraju, Komitet Organizacyjny i Naukowy, Zarząd Główny PTPAiO, członków honorowych PTPAiO, Grupę Roboczą ds. Praktyki PTPAiO, przewodniczącą 14 oddziałów regionalnych, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, przedstawiciela Europejskiej Federacji Pielęgniarek Intensywnej Opieki – EFCCNA, zagranicznych gości, firmy medyczne. Uroczyste wręczono statuetki Oskara, składając podziękowania wyróżnionym osobom za wieloletnią pracę na rzecz PTPAiO, zaangażowanie oraz wkład w rozwój pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w Polsce. Statuetki otrzymali: Laura Wołowicka, Tadeusz Szreter, Danuta Dyk, Jacek Zajączek, Angelika Crystal Marciszewska, Zdzisław Bujas, Paweł Witt, Anna Zdun, Małgorzata Jadczyk, Dorota Ozga, Wioletta Mędrzycka-Dądrowska, Aleksandra Gutysz-Woźnicka, Dorota Pilch.

### Dzień drugi

Tematem pierwszej sesji była płynoterapia okołoperacyjna i w intensywnej terapii. Prof. Waldemar Machała z USK im. WAM w Łodzi przybliżył zagadnienie optymalnej płynoterapii śródoperacyjnej oraz współczesne zasady płynoterapii okołoperacyjnej. W marcu 2017 roku przeprowadzono

badanie płynowe, którego celem była ocena zjawiska, jakim jest śródoperacyjne przetaczanie płynów. Do płynoterapii nie przywiązuje się należytej uwagi. Należy dołożyć starań, aby przetaczać krystaloidy i koloidy zbilansowane, unikając o ile to tylko możliwe 0,9% NaCl. Nie należy zapominać również

### Znajomość zasad przetaczania płynów dobranych indywidualnie do pacjenta, może przyczynić się do jego szybszego wyzdrowienia.

o tym, że objętość przetaczaną stanowią również preparaty krwiopochodne, które należy wliczać do bilansu płynowego. Znajomość zasad przetaczania płynów dobranych indywidualnie do pacjenta, może przyczynić się do jego szybszego wyzdrowienia.

Kolejnym prelegentem była Marzena Zielińska, która omówiła terapię płynową u dzieci: Czy dzieci można traktować jak małych dorosłych? Płyny infuzyjne, które stanowią stały element terapii szpitalnej, są lekami i, jak każde inne lekarstwo, mają swoje określone wskazania do zastosowania, a niewłaściwie podawane mogą doprowadzić do rozwoju wielu groźnych powikłań. Terapia płynowa u dzieci, ze względu na ogromną różnorodność rozwojową w tej grupie pacjentów,

dotąd dodatkowo musi uwzględniać szczególne wymagania związane z poszczególnymi etapami rozwoju. W terapii płynowej istotne są zarówno objętość przetaczanych płynów, jak i ich skład. Przetaczanie płynów infuzyjnych w dużej objętości niesie ze sobą ryzyko istotnych zmian w stężeniu poszczególnych składowych osocza, wynikające głównie z rozcieńczenia. Osmolalność wybieranych płynów powinna odpowiadać osmolalności osocza. Zgodnie z wytycznymi towarzystw europejskich, a przede wszystkim – Europejskiego Towarzystwa Anestezjologów (European Society of Anaesthesiology – ESA) w terapii płynowej śródoperacyjnej u dzieci powinno się przetaczać płyny o osmolalności i zawartości sodu zbliżonej do wartości fizjologicznych (tak, by uniknąć hiponatremii), zawierające od 1–2,5% glukozy (celem uniknięcia hipoglikemii, lipolizy lub hiperglikemii) oraz wzbogacone o aniony będące prekursorami bikarbonatu.

Paweł Witt poruszył problematykę bezpiecznej linii infuzyjnej. Mając na uwadze fakt, że to pielęgniarka jest odpowiedzialna za prawidłowe odczytanie zlecenia lekarskiego, przygotowanie infuzji oraz prawidłową podaż leków pacjentowi ważne jest przestrzeganie odpowiednich procedur, znajomość obowiązujących wytycznych i rekomendacji, a także przede wszystkim instrukcji obsługi sprzętu jednorazowego do podaży leków drogą dożylną. Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, iż oświadczenie producenta oraz instrukcja obsługi sprzętu, dołączone do opakowania zbiorczego, pozostają w randze aktu prawnego. W bezpiecznej infuzji najważniejsze są przede wszystkim: edukacja i szkolenie (bezpieczna praktyka, procedury, wytyczne, instrukcje); odpowiedni dobór kaniuli i miejsca wprowadzenia; higiena rąk, techniki aseptyczne, przygotowanie skóry; kaniulacja naczyń obwodowych; stosowanie opatrunku w miejscu wkłucia. Podczas spotkań warsztatowych z pielęgniarkami wiele kontrowersji budzi temat stosowania zamkniętych i otwartych systemów infuzyjnych. Ważne jest zrozumienie, czym jest każdy z tych systemów w odniesieniu do definicji NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health), zgodnie z którą zamknięty system infuzyjny to urządzenie, które nie dokonuje wymiany niefiltrowanego powietrza lub zanieczyszczeń z otoczeniem. System zamknięty to system bezpieczny zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu medycznego. To bezpieczne opakowanie i dobry, bezpieczny sprzęt jednorazowy. Zgodnie z Dyrektywą Rady Unii Europejskiej nr 2010/32/EU z dnia 10 maja 2010 roku w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, należy stosować sprzęt i rozwiązania, które zmniejszają ryzyko zranienia i zakłucia u personelu.

W sesji drugiej poświęcono uwagę zakażeniom w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Skuteczność antybiotykoterapii jest podstawowym warunkiem zwalczania zakażenia, a tym samym zapobiegania wystąpienia sepsy lub wstrząsu septycznego z niewydolnością wielonarządową. Aby antybiotykoterapia była skuteczna, musi spełniać określone warunki. Ten temat podjęła Urszula Zielińska-Borkowska.

Poruszono również problem zakażeń *Clostridium difficile* i innych oraz przedstawiono zalecenia praktyki pielęgniarskiej w odniesieniu do bakterii NDM w OIT, jak również omówiono skuteczną profilaktykę zakażeń krwi w świetle zaleceń i badań klinicznych. Istotnym problemem klinicznym jest niezamierzona hipotermia okołoperacyjna jako czynnik zwiększający ryzyko powikłań.

W tej sesji przedstawiono długo wyczekiwane Zalecenia Grupy Roboczej ds. Praktyki ΠΡΑΙΤΟ w sprawie wytycznych dotyczących pielęgnowania jamy ustnej i nosowej u dzieci w OIT, które jest bardzo ważnym elementem zapobiegania powikłaniom związanym z zakażeniami szpitalnymi i prowadzeniem wentylacji mechanicznej. Zagadnienia te opracowały: Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska, Dorota Pilch i Aneta Kubisa. Dobór techniki oraz preparatów zależy od wieku dziecka oraz jego stanu klinicznego. Płytką nazębną obecna zarówno na zębach mlecznych, jak i stałych stanowi źródło patogenów. W efekcie dochodzi do kolonizacji jamy ustnej i gardła oraz wzrostu rozwoju ryzyka zapalenia płuc związanego z wentylacją mechaniczną (Ventilator-Associated Pneumonia – VAP). W OITP na alokację flory bakteryjnej do płuc najbardziej narażone są osoby zaintubowane, szczególnie z wykorzystaniem rurki intubacyjnej bez mankieta uszczelniającego. Ponieważ u chorych zaintubowanych, wentylowanych respiratorem, brak jest fizjologicznego oczyszczania jamy ustnej – wzrasta ryzyko wysychania śluzówek i ich uszkodzenia. Podobny problem związany z niekorzystnym działaniem tlenu na śluzówkę jamy ustnej występuje u osób poddawanych tlenoterapii biernej bądź wentylacji nieinwazyjnej.

Sesja trzecia dotyczyła zagadnienia wielokulturowości w pielęgniarstwie. Zjazd zaszczylił swoją obecnością goście zagraniczni. Obrady otworzył wykład prezentujący wyniki badań międzynarodowego projektu MICE-ICU „Kompetencje kulturowe polskich pielęgniarek w OIT”. Wyniki projektu wskazały na wysokie wyniki we wszystkich pozycjach mierzących kompetencje kulturowe personelu pielęgniarskiego oraz duże zainteresowanie rozwojem wiedzy i umiejętności w zakresie opieki nad zróżnicowanymi kulturowo pacjentami w OIT. Mimo to dalszego doskonalenia wymagają umiejętności wyszukiwania informacji i materiałów na temat różnych kultur.

Kolejne wystąpienie, zaprezentowane przez Evę Barkestad ze Szwecji, dotyczyło przeszkód organizacyjnych i znaczenia „burzenia murów” w oddziałach intensywnej terapii (obstacles of hierarchies and the importance of breaking walls in ICU). W nieustannie zmieniającym się świecie, w mnogości kultur i religii, przed zespołami oddziałów OIT stoi przede wszystkim niezwykle trudne zadanie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom. W tym celu konieczne jest kreowanie organizacji otwartej na odmienność, opartej na komunikacji, przywództwie i pracy zespołowej.

Swoje prezentacje przedstawili również Gemma Via Clavero z Hiszpanii: Różne podejście do opieki pielęgniarskiej w oddziałach intensywnej terapii w Hiszpanii i Szwecji – na podstawie doświadczeń z udziału w programie wymiany

pielęgniarskiej Europejskiej Federacji Pielęgniarek Intensywnej Opieki (European Federation of Critical Care Nursing Associations – EFCNA).

Ivana Nytra, Darja Jarosowa, Renata Zelenikowa z Czech omówiły: Kompetencje kulturowe pielęgniarek w Republice Czeskiej, a Roman Pareznik ze Słowenii scharakteryzował: Organizację intensywnej opieki w Słowenii.

W sesji czwartej poruszona została problematyka leczenia bólu w świetle nowych standardów. W wykładzie na temat: „Analgosedacja i leczenie bólu u dorosłego pacjenta w warunkach oddziały intensywnej terapii” – prof. dr hab. n.med. Jerzy Wordliczek zwrócił uwagę na zbyt częste lekceważenie bólu w oddziałach OIT. Wykazano, że 50–70 proc. pacjentów leczonych w oddziałach intensywnej terapii cierpi z powodu bólu dłużej niż 24 godziny, co w połączeniu z towarzyszącym bólowi lękiem może skutkować zwiększonym wyrzutem endo-

### Wykazano, że 50–70 proc. pacjentów leczonych w oddziałach intensywnej terapii cierpi z powodu bólu dłużej niż 24 godziny. Pacjent śpi, ale też czuje i pamięta.

gennych katecholamin, wzrostem zużycia tlenu, nadkrzepliwością, hipermetabolizmem i immunosupresją a w przyszłości wystąpieniem PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder).

Kolejne wystąpienie zapadło w pamięci słuchaczy. Dr n. med. Urszula Zielińska-Borkowska przedstawiła nagranie, w którym swoje wspomnienia i doświadczenia na temat pobytu w szpitalu i leczenia opowiedział były pacjent oddziału intensywnej terapii. Pacjent śpi, ale też czuje i pamięta.

Rolę i zadania pielęgniarki w ocenie bólu pacjenta w OIT oraz behawioralną ocenę bólu zaprezentowała Aleksandra Gutysz-Wojnicka. Ocena bólu powinna być jednym z podstawowych elementów procedury zarządzania bólem w OIT. W wypadku chorych niezdolnych do samooceny natężenia dolegliwości bólowych zaleca się ocenę bólu za pomocą skal behawioralnych: BPS (Behavioral Pain Scale) – dostępna w polskiej wersji językowej lub CCPOT (Critical-Care Pain Observation Tool). Za pomocą skali BPS dokonuje się oceny trzech obszarów u pacjentów w analgesodacji, wentylowanych mechanicznie: wyrazu twarzy, reakcji ruchowych kończyn górnych i synchronizacji z respiratorem. Niezbędnym warunkiem wdrożenia w praktyce wybranej skali jest przeprowadzenie teoretycznego i praktycznego szkolenia personelu wraz ze sposobami interpretacji otrzymanych wyników i dalszego postępowania.

Najnowsze spojrzenie na kwestię uśmierzenia bólu pooperacyjnego przedstawiła Renata Zajączkowska, zwracając uwagę na rolę efektywnej terapii przeciwbólowej w zmniejszaniu ryzyka powikłań, skracaniu okresu hospitalizacji oraz obni-

żaniu kosztów leczenia. Prelegentka zaprezentowała multimodalną strategię postępowania łączącą techniki znieczulenia przewodowego i skojarzonej analgezji systemowej, którą uważa się aktualnie za optymalny sposób terapii bólu pooperacyjnego. Innym – prostym, skutecznym i bezpiecznym – sposobem postępowania może być także znieczulenie nasiękowe rany operacyjnej, wykonane jako pojedyncza interwencja lub technika ciągła dzięki zaimplantowaniu cewnika do rany.

Ważną rolę odgrywają także koanalgetyki (lidoakina, ketamina, gabapentynoidy), które pozwalają na redukcję dawek stosowanych leków opioidowych i zmniejszają częstotliwość oraz nasilenie nieprzyjemnych powikłań tj. pooperacyjnych nudności i wymiotów (PONV).

Ostatnim wykładem czwartej sesji była prezentacja: „Rola pielęgniarki anestezjologicznej w okołoperacyjnym leczeniu bólu w chirurgii klatki piersiowej – znaczenie blokad centralnych” autorstwa Małgorzaty Knap i Danuty Cybulak. Istotną rolę w dobrej organizacji leczenia bólu odgrywają wielodyscyplinarne wyszkolone zespoły złożone z farmaceutów oraz lekarzy i pielęgniarek z oddziałów anestezjologii i chirurgii. Dzięki ich pracy, systematycznej ocenie natężenia bólu, nadzorowi i szybkiemu reagowaniu na zmiany zgodnie z przygotowanymi standardami postępowania, chorzy otrzymują wysokiej jakości świadczenie w zakresie leczenia bólu.

## Dzień trzeci

W sesji piątej (Varia/Różne) przegląd literatury, dotyczący zaburzeń snu u osób hospitalizowanych w oddziale intensywnej terapii przedstawiły: Katarzyna Lewandowska, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska i Katarzyna Kwiecień-Jaguś. Autorki dokonały przeglądu piśmiennictwa z ostatnich 10 lat. Długotrwały brak snu u pacjentów leczonych w OIT utrudnia działanie mechanizmów obronnych, prowadząc do zmniejszenia odporności organizmu oraz pogorszenia funkcji poznawczych i emocjonalnych. Zaburzenia snu mogą skutkować wystąpieniem niepokoju, który zwiększa aktywność układu współczulnego. Głośna praca monitorów jest najczęstszym czynnikiem zakłócającym sen pacjentów na OIT w godzinach nocnych, należy więc podejmować wieloaspektowe interwencje minimalizujące czynniki zakłócające sen.

Zalecenia Grupy Roboczej ds. Praktyki ΠΡΑΙΤΟ w sprawie postępowania okołoperacyjnego, mającego na celu uniknięcie niezamierzonej okołoperacyjnej hipotermii u dorosłych, zaprezentowali: Katarzyna Czyż-Szybenbejl, Hanna-Krukowska-Sitek, Małgorzata Jadcak, Anna Zdun i Paweł Witt. Zabieg operacyjny, stosowane podczas niego znieczulenie oraz warunki sali operacyjnej wpływają na zaburzenia termoregulacji i przyczyniają się do obniżenia temperatury głębokiej u pacjentów oraz narażają na liczne powikłania okołoperacyjne. Zespół anestezjologiczny powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentom komfort termiczny oraz utrzymać ich organizm w stanie normotermii. Niezwykle ważna w tym procesie jest rola anestezjologicznego personelu pielęgniarskiego.

O roli dokumentu w aspekcie roszczeń pacjentów o zakażenie szpitalne – protokole kontroli wewnętrznej w OIT – mówiła Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego – Beata Ochocka. We współczesnym szpitalnictwie nadzór nad zakażeniami szpitalnymi (Healthcare-Associated Infections – HAI) uznano za jedno z najważniejszych kryteriów jakości, a zagadnienia związane z kontrolą infekcji stały się priorytetem w zarządzaniu opieką zdrowotną. HAI są ceną, jaką człowiek płaci za postęp cywilizacyjny. Wiadomo, że około 5–10 proc. osób nabywa jedną lub więcej infekcji i to w trakcie pobytu w nowoczesnych placówkach bogatych krajów rozwiniętych. Zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, kierownicy szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi szpital, są zobowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń szpitalnych.

Bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów i personelu w OIT w myśl obowiązujących przepisów potwierdza w imieniu kierownika placówki kontrola wewnętrzna, prowadzona od 2010 roku, która obejmuje ocenę ryzyka wystąpienia zakażeń oraz procedury zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, a także ocenę profilaktyki terapii infekcji. Na koniec sesji Katarzyna Majda poruszyła temat bezpieczeństwa pacjenta objętego opieką anestezjologiczną poprzez zapobieganie przeniesieniu drobnoustrojów na dłoniach personelu.

Podczas Konferencji odbywały się wystawy sprzętu medycznego, farmaceutyków, sesja plakatowa, a także ciekawe warsztaty tematyczne prowadzone przez firmy medyczne na temat m.in. praktycznych aspektów profilaktyki zakażeń dróg oddechowych, wentylacji i monitorowania pacjentów w OIT, wentylacji nieinwazyjnej (tryby wentylacji, obsługa respiratora, dobór masek twarzowych), ochrony personelu i bezpieczeństwa pacjenta, przyrządowego udrażniania dróg oddechowych, RKO w zgodzie z wytycznymi ERC, bezpiecznych i przyjaznych dla pacjenta metod mocowania rurek tracheotomijnych, nieinwazyjnego mocowania przewodów infuzyjnych, drenów i cewników, leczenia odleżyn, bezpieczeństwa znieczulenia (nowoczesne stanowisko anestezjologiczne), antydyskryminacji (w postrzeganiu innych) oraz nowoczesnych metod aktywnej mobilizacji pacjenta w kontekście ergonomii pracy personelu oddziałów intensywnej terapii.

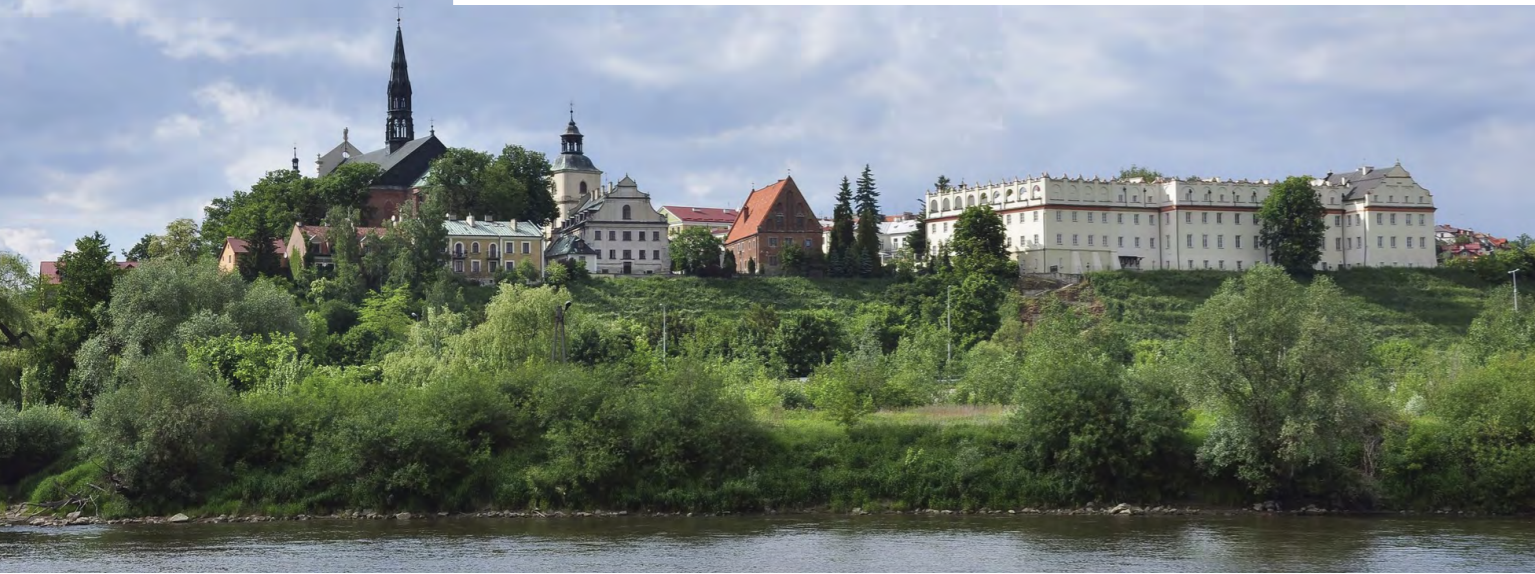
Podsumowując: bliskość malowniczych Karkonoszy wraz z widokiem na Śnieżkę i znana już gościnność Hotelu Gołębiowski w Karpaczu oraz możliwość wymiany doświadczeń z koleżankami i kolegami z całego kraju sprawiły, że X Jubileuszowy Zjazd ΠΡΑΙΤΟ został przez wszystkich uznany za bardzo udany.

Elżbieta Janiszewska, Aneta Bronka

\*film wspomnieniowy z okazji XX-lecia ΠΡΑΙΤΟ:  
[www.youtube.com/watch?v=oymFptOleo](http://www.youtube.com/watch?v=oymFptOleo)

## Wycieczka do Opatowa i Sandomierza

ZDZISŁAWA  
KULESZA



W dniu 27 maja 2017 r. wyruszamy o godz. 7.20 w kierunku Piotrkowa. Zwiedzanie rozpoczynamy w Opatowie. Kolegiata św. Marcina powstała w połowie XII w. Jest to trzynawowa bazylika z transeptem i dwuwieżową fasadą. Wnętrze robi ogromne wrażenie, a pani przewodnik zapoznaje nas z bogatą historią. W roku 1514 biskup lubuski – Teodoryk – przekazał świątynię Kanclerzowi Wielkiemu Koronnemu – Krzysztofowi Szydłowieckiemu, który zabezpieczył Opatów kamiennymi murami obronnymi z czterema bramami, z których przetrwała tylko Warszawska. Wnętrze świątyni zdobią przepiękne polichromie ze scenami batalistycznymi: Odsiecz Wiednia, Bitwa pod Grunwaldem, Św. Marcin w chwale Nieba. Imponują: barokowy prospekt organowy, a pod nim strop kasetonowy, ołtarz główny – z boku po sześć siedzeń rzeźbionych i z balustradą barokową, pozostałe ołtarze i figury, obrazy oraz XVI-wieczny zespół nagrobków rodziny Szydłowieckich z tzw. „Lamentem Opatowskim”; wszystkie tworzą piękno wnętrza świątyni.

O godz. 13.00 jesteśmy w Sandomierzu – w jednym z najstarszych i najpiękniejszych polskich miast. Był siedzibą książąt i rezydencją królów. Za najciekawsze zabytki – ze 120 – uznano: zespół architektoniczno-krajobrazowy Starego Miasta XIV w. i zespół dominikański kościoła św. Jakuba.

Przewodniczka, pani Joanna Sieroń, zapoznaje nas z bogatą historią rozwoju Sandomierza i budową murów obronnych z 4 wieżami. Prowadzi nas do Bramy Opatowskiej z XIV–XVI w. – to jedna z najlepiej zachowanych miejskich bram w Polsce – i pozostałości murów obronnych, z tzw. „Uchem Igielnym”. W XVI w. słynny medyk – Stanisław Bartolon, ufundował renesansową attykę, wieńczącą budowlę; wysoka na 30 m jest punktem widokowym.

W rynku góruje Ratusz z XIV w., rozbudowany w XVI w. (attyka) i kamienice oraz 4 dochodzące ulice. Oglądamy zmianę warty rycerzy przy pomniku Marii Panny.

Idziemy przez wąwóz wysypany żwirem i oglądamy żółtą skałę lessową oraz odkryte korzenie drzew. Zwiedzamy Kościół św. Jakuba oo. Dominikanów, Sanktuarium M. B. Różańcowej, Sanktuarium Bł. Sadoka i Braci Męczenników z 1226 r., a w nim: cudowny obraz Matki Bożej Różańcowej z XVII w.; relikwie bł. sandomierskich dominikanów; portal z XIII w. – zabytek na skałę europejską; najstarszy datowany dzwon w Polsce – „Piotr” z 1314 r.; sarkofag księżniczki Adelajdy z 1676 r. wykonany z litego dębu. Zachował się typowy układ przestrzenny budowli klasztornej z bogatą dekoracją plastyczną z formowanej i glazurowanej cegły. Dalej – widzimy Zamek, a przed nim rosnąca młoda plantacja różnych odmian winogron.

Bazylikę Katedralną – w stylu gotyckim – ufundował król Kazimierz Wielki w 1360 r. na miejscu zniszczonej najazdami pierwotnej kolegiaty romańskiej. Ma bogatą dekorację rzeźbiarską z XV–XVII w. (freski bizantyjsko-ruskie, rokokowe ołtarze, liczne obrazy: zdobycie Sandomierza przez Tatarów, Legenda św. Jakuba, Rzeź katolickich dzieci i inne).

W jednej z kamienic w rynku oglądamy „Świat Ojca Mateusza” – jedyną taką ekspozycję w Polsce z hiperrealistycznymi figurami serialowych bohaterów. Następnie udajemy się na brzeg Wisły, po której wodach odbywamy rejs statkiem „Syrenka”. Odpoczywamy przy ładnej muzyce, a pan kapitan pieczęcią „Kotwicy i Pirata” stempluje kartki, dłonie itp.

Wracając do Łodzi podziwiamy mijane miejscowości i piękno natury: lasów, sadów, plantacji winogron oraz hektarów kwitnącego rzepaku. Ubogaceni urodą Sandomierskiej Ziemi i jej zabytków czujemy w nogach pokonane wzgórza i przebyte kilometry...

Zdzisława Kulesza  
Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych  
przy OIPiP w Łodzi

Pielęgniarki Operacyjne MCM im. K. Jonschera w Łodzi składają serdeczne podziękowania oraz wyrazy wdzięczności i szacunku dla byłego Kierownika Bloku Operacyjnego

pani mgr **Elżbiety Szydłowskiej-Cholewy**

za stworzenie atmosfery zrozumienia, życzliwości, solidarności;  
za cierpliwość, pomoc, wsparcie i okazane serce,  
za przygotowanie do otwarcia i organizację pracy w nowym Bloku Operacyjnym  
za zaangażowanie i całokształt pracy pani E. Szydłowskiej-Cholewy,  
dzięki któremu mogliśmy powiedzieć za Dominikiem A. DeLaurentis:

*Naszym domem, naszym królestwem staje się sala operacyjna. Czujemy się w niej bardzo bezpiecznie, bowiem panuje w niej nie tylko dyscyplina, ale i doskonały porządek, o który trudno gdzie indziej w szpitalu.*

Mówimy „do zobaczenia” ustępującej Kierownik Bloku Operacyjnego pani Elżbiecie Szydłowskiej-Cholewie

Życzymy powodzenia i sukcesów w życiu zawodowym.

Podziękowanie dla pani **Iwony Grajewskiej**

Pielęgniarki Koordynującej Bloku Operacyjnego Chirurgii i Urologii  
Dziecięcej Ośrodka Pediatrycznego im. Janusza Korczaka w Łodzi

W związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne podziękowania i wyrazy uznania za pełną zaangażowania pracę zawodową, sumiennosc i rzetelnosc w wykonywaniu zawodowych obowiązków.  
Życzymy w następnym etapie życia dużo zdrowia, pogody ducha oraz spełnienia marzeń.

Personel Oddziału Chirurgii i Urologii Dziecięcej oraz Bloku Operacyjnego

Podziękowanie dla pani **Ewy Grębeckiej**

Pielęgniarki OPZ Chirurgii i Urologii Dziecięcej Ośrodka Pediatrycznego im. J. Korczaka w Łodzi  
w związku z przejściem na emeryturę.

Składamy serdeczne podziękowania i wyrazy uznania za pełną zaangażowania pracę zawodową, sumiennosc i rzetelnosc w wykonywaniu zawodowych obowiązków.

Ewuniu, zawsze w życiu najtrudniejsze są pożegnania, szczególnie wtedy, gdy pracowało się wspólnie tyle lat, ale emerytura to czas, gdy nie istnieją żadne ograniczenia ani nakazy, każdego dnia może wydarzyć się mały cud.  
Teraz zaczyna się Twoje nowe i lepsze życie.

Życzymy Tobie radości z życia, uśmiechu od ucha do ucha i tego żebyśmy już na zawsze zostali w Twoich wspomnieniach.

Personel Oddziału Chirurgii i Urologii Dziecięcej



Z wielkim smutkiem pożegnaliśmy naszą koleżankę

**śp. Grażynę Stępień**

wieloletnią pracownicę Onkohematologii Dzieci Młodszych, Oddział VII  
Odeszła nagle 5 lipca 2017 roku.

Będziemy ją wspominać jako dobrą koleżankę, pielęgniarkę oddaną małemu pacjentowi.  
Dziękujemy Ci, Grażynko, za wieloletnią współpracę oraz okazywaną pomoc  
i doświadczenie zawodowe przekazywane młodszym koleżankom.  
Będziesz zawsze w naszej pamięci i sercach.

Z żalem żegnają Cię koleżanki  
z Ośrodka Pediatricznego przy ul. Spornej 36/50

Z wielkim smutkiem pożegnaliśmy naszą koleżankę

**śp. Marię Duraj**

wieloletnią pracownicę Kliniki Propedeutyki Pediatrii, Oddziału III

Odeszła od nas 21 sierpnia 2017 roku.  
Będziemy ją wspominać jako dobrą koleżankę, w pełni oddaną małemu pacjentowi.  
Dziękujemy Ci Marysiu za wieloletnią współpracę oraz okazywaną pomoc  
i doświadczenie zawodowe przekazywane młodszym koleżankom.  
Będziesz zawsze w naszej pamięci i sercach.

Z żalem żegnają Cię koleżanki  
z Ośrodka Pediatricznego przy ul. Spornej 36/50

„Umarłych wieczność dotąd trwa,  
dokąd pamięcią się im płaci”

W. Szymborska

Z wielkim żalem żegnamy Naszą Koleżankę

**śp. Bronisławę Wlazło**

Całe życie zawodowe związała ze Szpitalem Wojskowej Akademii Medycznej,  
w którym pełniła funkcję pielęgniarki instrumentariuszki w Klinice Urologii,  
potem pielęgniarki oddziałowej w Klinice Chirurgii Urazowej i Ortopedii.  
Zawsze była uśmiechnięta, życzliwa i odpowiedzialna.  
Żegnamy Cię Broniu. Będziemy pamiętać.

Koleżanki z Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPiP

**Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым 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 podyplomowego, miejsca zatrudnienia



## **UPRAWNIENIA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK 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 dokształcających
- ▶ **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**