

*Wielkimi krokami zbliża się do nas wiosna. Widać ją w każdym rozwijającym się pąku, w płatkach żonkili i przebiśniegów, słysząc w śpiewie ptaków.*

*Wiosna to zapowiedź zbliżających się Świąt Wielkanocnych, z okazji których chcielibyśmy złożyć Wam, Drodzy Czytelnicy życzenia: zdrowych, pogodnych Świąt, pełnych wiary, nadziei i miłości.*

*Radosnego, wiosennego nastroju, serdecznych spotkań w gronie rodziny i przyjaciół*

*Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych  
oraz  
Redakcja Biuletynu*

**W numerze:**

**Biuletyn 4/2009** 1 kwietnia 2009 roku  
**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

- 2** Serwis informacyjny
- 5** Prawnik radzi
- 8** Spotkanie z rzecznikiem  
mgr Irena Król
- 9** Spotkanie z rzecznikiem: Umiejętności zawodowe i co więcej?  
Czyli czego, poza opieką, oczekuje się od położnych, pielęgniarek i położnych cz. II  
Marianna Król
- 12** Okiem psychologa: Poszukiwania doradcy życiowego  
mgr Jolanta Kałużna
- 15** Stanowisko Konsulatnta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego  
dr Anna Koper
- 17** Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne  
dr Małgorzata Serwach
- 20** Nikt nie zastąpi pielęgniarki...
- 23** Postępowanie przeciwepidemiologiczne w przypadku choroby zakaźnej na przykładzie odry  
Jadwiga Kalinowska, Monika Puźmierowska
- 25** WSHE: Eutanazja  
Marzena Gossa
- 28** Kącik biblioteczny

**Wydawca:** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
**Adres redakcji:** 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

**Redaktor Naczelna:** mgr Maria Kowalska  
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.

**Skład:** OIPIP – Agnieszka Krzysztofik

**Druk:** BIK – M. Bernaciak  
91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

## Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia ORPiP w dniu 10 lutego 2009 roku

- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu - 4 pielęgniarkom.
- > Przyjęto oświadczenie 1 pielęgniarki o powrocie do wykonywania zawodu pielęgniarki.
- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarse.
- > Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 1 pielęgniarkę.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 2 pielęgniarki.
- > Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 2 praktyki,
- > Rozpatrzono pozytywnie 3 wnioski o skrócenie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
- > Podjęto uchwałę w sprawie powołania składu osobowego komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego organizowanego i finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi.
- > Podjęto uchwałę w sprawie procedury kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego zarejestrowanych w OIPiP w Łodzi.
- > Na wniosek organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych - Akademii Zdrowia - dokonano wpisów do rejestru kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
  - a) kurs specjalistyczny w zakresie *Podstawy opieki paliatywnej - program dla pielęgniarek* oraz zmian dotyczących placówek na terenie których będą prowadzone zajęcia praktyczne i teoretyczne następujących kursów:
    - a) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki* - SP ZOZ w Brzezinach,
    - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa Operacyjnego* - Szpital Powiatowy w Radomsku,
    - c) kurs specjalistyczny *Resuscytacja krążeniowo - oddechowa* - SP ZOZ w Opocznie,
    - d) kurs specjalistyczny *Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG* - SP ZOZ w Rawie Mazowieckiej,
    - e) kurs specjalistyczny *Szczepienia ochronne program dla pielęgniarek* - SP ZOZ w Wieluniu.
  - > Przyjęto sprawozdanie Skarbnika Pani Haliny Łuczak - Skowrońskiej z wykonania budżetu za rok 2008 i plan budżetu na rok 2009.
  - > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.
  - > Przyznano 2 zapomogi bezzwrotne w wysokości 1 500 zł.
  - > Przyznano dofinansowania w:
    - kursach specjalistycznych - 5 osobom,
    - kursach dokształcających -1 osobie,
    - konferencji - 6 osobom.

## sprawozdanie z XXIII Zjazdu

W dniu 27 lutego 2009 r. w Urzędzie Miasta Łodzi odbył się XXIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

W obradach Zjazdu uczestniczyło 150 delegatów zśród 197 uprawnionych. Obradom Zjazdu przewodniczyły Panie: Przewodnicząca Zjazdu - Zofia Komorowska oraz Wiceprzewodnicząca Zjazdu - Ewa Skiba i Anna Manes.

Celem Zjazdu było przyjęcie:

- 1) sprawozdania z wykonania budżetu za rok 2008,
- 2) planu budżetu na rok 2009 i prowizorium na I kwartał 2010 r.,
- 3) sprawozdań z pracy organów Izby za okres styczeń - grudzień 2008 r.

Otwarcia XXIII Zjazdu dokonała Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi - Pani mgr Krystyna Walewska.

W swoim wystąpieniu Pani Przewodnicząca przedstawiła sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i komisji problemowych działających przy ORPiP w Łodzi. Podkreśliła również jak ważna jest kontynuacja działalności szkoleniowej. Na zakończenie swojego wystąpienia Pani Przewodnicząca złożyła serdeczne podziękowania za pomoc i wsparcie wszystkim członkom samorządu, a także pracownikom Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

W obradach Zjazdu uczestniczyli zaproszeni goście m.in.: z ramienia Wojewody Łódzkiego - Pani Bożena

## Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 25 lutego 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 5 pielęgniarkom.
- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu - 3 pielęgniarkom i 1 położnej.
- > Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 4 pielęgniarki i 1 położną.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 5 pielęgniarek.
- > Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 3 praktyki i 1 praktykę grupową.
- > Rozpatrzono pozytywnie 4 wnioski o skrócenie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu w charakterze dyspozytora Dyspozytorni Medycznej WSRM w Łodzi.
- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do prac w komisjach konkursowych na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej.
- > Przyznano zapomogi losowe, bezzwrotne w wysokości:
  - 1 500 zł - 2 osobom,
  - 750 zł - 2 osobom,
  - 500 zł - 1 osobie,
  - 2 osobom odmówiono przyznania zapomogi ze względów regulaminowych: wysoka średnia, brak sytuacji losowej.
- > Przyznano dofinansowania w:
  - kursach specjalistycznych - 63 osobom,
  - kursach kwalifikacyjnych - 6 osobom,
  - kursie doskonalącym - 1 osobie,
  - konferencji - 6 osobom,
  - studiach podyplomowych - 1 osobie,
  - nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich - 1 pielęgniarkę,
  - odmówiono dofinansowania 1 osobie ze względów regulaminowych: dofinansowanie dojazdu pod warunkiem udziału w zajęciach odbywających się poza miejscowością zamieszkania i zatrudnienia wnioskodawcy.
- > Przyznano honoraria dla 3 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie.

# Pielęgniarek i Położnych

Anna Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

Przybysz, Naczelnik Wydziału Ochrony Zdrowia - Pani Magdalena Wachowicz - Skóra, Dyrektor Wydziału Zdrowia Publicznego w Łodzi - Pan Maciej Prochowski, Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi - Pan Grzegorz Krzyżanowski, Wiceprezes Okręgowej Rady Aptekarskiej - Pan Leon Borowski, przedstawiciele Łódzkiego Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ - Panie: Izabela Dobrzańska i Marzena Buda - Pietrzykowska, Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi - Pani Małgorzata Wojciechowska.

W swoich wystąpieniach goście podkreślali fakt, że jesteśmy najliczniejszą i jednocześnie coraz lepiej wykształconą kadrą medyczną, co znacznie podwyższa nasz prestiż zawodowy.

W wielu wypowiedziach kładziono szczególny nacisk na stojące przed pielęgniarkami i położnymi wymagania, jakimi niewątpliwie są opieka i troska o chorego.

Goście dziękowali Nam za trud włożony w opiekę nad drugim człowiekiem i życzyli satysfakcji z pracy, realizacji podjętych zadań i satysfakcjonującego wzrostu wynagrodzeń.

Delegaci w materiałach przesłanych na dwa tygodnie przed Zjazdem otrzymali wszystkie projekty uchwał i sprawozdania.

Teksty przyjętych wniosków i apeli opublikowane zostaną na łamach Biuletynu Nr 5/2009.

## sprawozdanie z konferencji

mgr Mirosława Olejniczak

W dniach 17 - 20.02.2009 roku w Zakopanem odbyła się konferencja dla kadry kierowniczej personelu pielęgniarskiego dotycząca:

- miejsca i roli pielęgniarskiej kadry kierowniczej w przeszkoleniach ZOZ,
- czasu pracy w świetle nowych rozwiązań prawnych,
- systemów jakości w ochronie zdrowia.

W konferencji uczestniczyła pielęgniarska kadra kierownicza m. in. z Częstochowy, Poznania, Koszalina, Gdańska oraz Łodzi. Konferencję zorganizowało Centrum Edukacji Menedżerskiej Promotor z Poznania. Wieczór inauguracyjny rozpoczął się wykładem mgr Moniki Zaremby - Pełnomocnika ds. jakości Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie.

Pani mgr Zaremba poruszyła w swoim dwudniowym wystąpieniu zagadnienia dotyczące sfery jakości usług pielęgniarskich oraz potrzeb zakładów pracy w tym zakresie, jak również realizacji tychże usług zgodnie z obowiązującymi standardami i aktualną wiedzą. Omówiła zasady i etapy przygotowania placówki do uzyskania certyfikatu jakości ISO i akredytacji jednostek opieki zdrowotnej. Podkreślała znaczenie „dobrej jakości usług pielęgniarskich” i ogromny wpływ oraz znaczenie, jakie ma jakość w funkcjonowaniu współczesnych placówek opieki zdrowotnej w ujęciu całościowym. Szczególnie podkreśliła rolę pielęgniarek i położnych w procesie przygotowywania placówek do uzyskania certyfikatu jakości i jego znaczenie dla podniesienia motywacji personelu w procesie utrzymania jakości.

Zagadnienia związane z przygotowaniem placówek do przekształceń w spółki handlowe przedstawiła Pani mecenas Olga Lewicka - Gawle.

Wykłady Pani mecenas dotyczyły aspektów prawnych w przekształcaniu szpitali i funkcjonowaniu spółek handlowych na nowych zasadach i w nowej rzeczywistości prawnej. Omówiła ogromne znaczenie kadry kierowniczej w przygotowywaniu działań restrukturyzacyjnych i zarządzaniu przekształconymi szpitalami.

Pani mecenas odpowiadała również na pytania dotyczące zagadnień w zakresie prawa pracy w ochronie zdrowia. Omawiała kwestie i rozwiewała wątpliwości, dotyczące czasu pracy w zakładzie opieki zdrowotnej w świetle aktualnych przepisów i orzecznictwa w tym zakresie. Wykłady przebiegały w ożywionej atmosferze zadawania pytań przez uczestniczki konferencji i udzielania wyjaśnień.

Podobnie jak Pani mgr Zaremba, Pani mecenas kontynuowała swoje wystąpienie przez dwa dni.

Na konferencję z powodu choroby nie dojechała Pani Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska, która miała w swoim wystąpieniu poruszać zagadnienia dotyczące roli pielęgniarki i położnej w świetle zagadnień reformy systemu ochrony zdrowia i perspektyw rozwoju pielęgniarstwa w Polsce.

Ogólna ocena z Konferencji przyznana organizatorowi przez przedstawicielki Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi - uczestniczki Konferencji - dobra.

## stanowisko konsultanta

Konsultant Krajowy  
w dziedzinie Pielęgniarstwa  
dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec

## Badanie EKG

5 października 2008 r.

Sz. P. Anna Kulikowska  
Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie Pielęgniarstwa

Szanowna Pani,

Poddając analizie pisma, które otrzymałam w sprawie zaistniałego **problemu wykonywania EKG** odpowiadam ostatecznie: pielęgniarka może wykonać na zlecenie lekarza i pod nadzorem lekarza EKG, pod warunkiem wcześniejszego przygotowania teoretycznego i praktycznego, udokumentowanego na piśmie, zwłaszcza gdy nie ma przeszkolenia bardziej specjalistycznego. Warunkiem kolejnym jest czytelny zapis zlecenia wykonania EKG przez lekarza.

Po analizie ramowego programu kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego” odpowiadam: **kurs ten jest, zgodnie z jego nazwą, przeznaczony dla osób, które samodzielnie wykonują EKG i samodzielnie dokonują jego interpretacji, ze szczególnym zwróceniem uwagi na cechy elektrokardiograficzne stanów zagrożenia życia. Jeżeli pielęgniarka nie wykonuje tej czynności samodzielnie, nie musi posiadać stosownego zaświadczenia o ukończonym kursie specjalistycznym.**

Mając na uwadze fakt, że wykonywanie EKG jest świadczeniem specjalistycznym, nie wykonywanym codziennie, uważam z całą stanowczością, iż szpital powinien posiadać przygotowany program szkolenia, szkolenie powinno być przeprowadzone przez grupę specjalistów a kończyć się stosownym zakończeniem.

Z poważaniem  
Grażyna Kruk - Kupiec

## Wymóg odbycia przeszkolenia po pięcioletniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki

Wykonywanie zawodu pielęgniarki wymaga dużej wiedzy fachowej. Pielęgniarka nie może popełnić błędu, nie może pozwolić na żadne niedopatrzenie, które mogłoby skutkować wyrządzeniem szkody pacjentowi. Z tego powodu pielęgniarki są jedną z najbardziej kształcących się grup zawodowych. Swoją pracę wykonują w takich miejscach jak szpitale, szkoły, więzienia, przychodnie bądź też w domu pacjenta. Konieczność aktualizowania na bieżąco wiedzy fachowej wynika nie tylko ze stałego rozwoju techniki, stosowania nowego sprzętu, ale i wprowadzania nowych rozwiązań w dziedzinie leczenia, czynności pielęgnacyjnych i in. Ponadto zawsze aktualne pozostaje ludzkie podejście do pacjenta, troskliwość, współczucie i opieka nad chorym - wpisane w wykonywanie tego specyficznego zawodu, których żadne urządzenie nie zdoła zastąpić.

Regulacja kwestii związanych z prawem wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej zawarta została w dwóch aktach prawnych: ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych. Jeśli zaś chodzi o zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, będące jednocześnie obowiązkami, to określa je Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.01.57.602 z późn. zm.).

Zgodnie z definicją wypracowaną w ustawie oraz literaturze przedmiotu - pielęgniarka/pielęgniarski to samodzielny pracownik ochrony zdrowia sprawujący opiekę medyczną nad pacjentem (podawanie leków, wykonywanie iniekcji, wlewów dożylnych), asystujący przy zabiegach, operacjach, wypełniający zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, zajmujący się edukacją zdrowotną i promocją zdrowia. Tego rodzaju wskazania znajdziemy w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.01.57.602 z późn. zm.).

Art. 4. 1. przytoczonej ustawy mówi, iż wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych,

diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

2. Udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez:

- a) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych,
- b) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- c) sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- d) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- e) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- f) edukację zdrowotną.

3. Za wykonywanie zawodu pielęgniarki przez osobę, o której mowa w ust. 1, uważa się również:

- a) nauczanie zawodu pielęgniarki,
- b) prowadzenie prac naukowo - badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa,
- c) kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych.

Ostatnimi czasy dużo mówi się o utracie prawa wykonywania zawodu poprzez powstanie przerwy w jego wykonywaniu. Należy w tym miejscu stanowczo zaznaczyć, iż pięcioletnia przerwa w wykonywaniu zawodu nie skutkuje utratą prawa wykonywania zawodu, jednakże podjęcie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej po upływie tego okresu, zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2001 r., Nr 57, poz. 602 ze zm.), wymaga odbycia przez pielęgniarkę przeszkolenia. U podstaw wprowadzenia tego przepisu, leży chęć zagwarantowania pacjentowi prawa do rzetelnego i bezpiecznego wykonywania czynności pielęgniarstwa, w tym różnego rodzaju zabiegów czy stosowania iniekcji. Wymóg ów, wynika również z faktu, iż jednym z podstawowych obowiązków pielęgniarki jest wykonywanie zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością (art. 18 ustawy). Zatem przeszkolenie pielęgniarki, ma na celu zweryfikowanie i zaktualizowanie wiedzy w odniesieniu do zmieniającej się techniki, sprzętu medycznego bądź też czynności towarzyszących zabiegom. Przeszkolenie odbywa się pod nadzorem i opieką osób czynnie wykonujących zawód. Dopiero po odbyciu wskazanego przeszkolenia,



pielęgniarka może, zgodnie z prawem, zostać zatrudniona i wykonywać wszystkie czynności do których jest uprawniona zgodnie ze specyfiką swego zawodu.

**Z przepisów ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej wynika wprost, iż pielęgniarki zatrudnione na uczelniach, prowadzące nauczanie w zakresie wykonywania zawodu, prowadzące prace naukowo - badawcze w przedmiocie pielęgniarstwa, jak również kierujące pracą zawodową pielęgniarek i położnych zachowują prawo wykonywania zawodu. Należy jednak zaznaczyć, że pielęgniarki pracujące w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz osoby pełniące funkcje z wyboru w organach samorządu zawodowego nie „kierują pracą zawodową pielęgniarek i położnych” i mają przerwę w wykonywaniu zawodu. To samo dotyczy pielęgniarek zatrudnionych np. w bibliotekach medycznych - nie dokonują one czynności i nie pełnią funkcji kwalifikowanych jako wykonywanie zawodu.**

Rozważając budzącą wiele kontrowersji **kwesję zatrudniania pielęgniarek w Domach Opieki Społecznej należy wskazać**, że ich praca nie różni się od pracy pielęgniarek wykonujących w zasadzie te same czynności w zakładach opieki zdrowotnej. Jednakże ze względu na fakt,  **iż nie pracują one w jednostce medycznej, są zobowiązane po upływie 5 lat odbyć przeszkolenie.** Jednocześnie zakłada się, iż pielęgniarki, które będą świadczyły usługi pielęgniarstwa środowiskowego w systemie zadaniowym lub w ramach praktyki grupowej, będą zachowywały czynne prawo wykonywania zawodu. Pozytywnym rozwiązaniem jest jednak to, że jeśli nie posiadają odpowiednich kwalifikacji umożliwiających zawarcie umowy na świadczenie pielęgniarstwa środowiskowego w systemie zadaniowym, to mogą to uczynić już w momencie rozpoczęcia odpowiedniego kursu kwalifikacyjnego. Resort zdrowia zapowiedział wprowadzenie w tym przedmiocie stosowej nowelizacji do przepisów ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej w pakiecie sześciu ustaw zdrowotnych.

#### Bibliografia:

1. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych.
3. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.

## Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego - Dział Promocji Zdrowia i Nadzoru Świadczeń Medycznych w Łodzi organizuje jednodniowe, bezpłatne szkolenie na temat:

### „Teoria i technika wykonywania testów przesiewowych u dzieci”.

Szkolenie adresowane jest do pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej oraz medycynie szkolnej, realizujących świadczenia profilaktyczne (testy) u dzieci od 0 do 19 roku życia.

#### Terminy szkoleń:

- I. 10 kwietnia 2009 r.
- II. 24 kwietnia 2009 r.
- III. 15 maja 2009 r.
- IV. 19 czerwca 2009 r.

Czas trwania szkolenia: godz. 9.00 - 14.00.

Miejsce szkolenia: Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi; ul. Roosevelta 18; II piętro, pok. nr 206.

Zgłoszenia prosimy przesyłać:

drogą elektroniczną na adres:

e-mail: nadzor@wczp-lodz.pl

faxem: (042) 636 66 53 w. 48 lub

telefonicznie: (042) 636 66 54 w. 49, 48

W zgłoszeniu prosimy umieścić:

- imię i nazwisko osoby uczestniczącej;
- nazwa zakładu pracy;
- stanowisko;
- telefon kontaktowy, fax, e-mail;

Wersję elektroniczną komunikatu prześlemy na Państwa adres e-mailowy.



POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIARSTWA  
OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ  
42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 45  
tel./fax (034) 360-54-91  
email: ptpopih@op.pl

zaprasza na konferencję szkoleniową dla pielęgniarek

**ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI XXI WIEKU W OPIECE PALIATYWNO - HOSPICYJNEJ**  
**29 - 31 maj 2009 r. - Łódź**  
**Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Łodzi ul. Skrzydlata 75**  
**Dom Wycieczkowy „Arturówek”**

W programie:

**29.05.2009 r. ( piątek)**

16.00 - 18.00 - Rejestracja i zakwaterowanie uczestników  
18.00 - 18.45 - Otwarcie konferencji  
Powitanie zaproszonych gości  
Wystąpienie zaproszonych gości  
19.00 - 22.00 Koncert chóru **Laudate Deum**  
*pod dyr. Czesława Tomaszewskiego z parafii Chrystusa Króla  
w Łodzi ul. Bandurskiego*  
Kolacja

**30.05.2009 r. (sobota)**

8.00 - 8.45 Śniadanie  
9.00 - 9.10 Wprowadzenie  
9.10 - 9.30 **Komunikacja pomiędzy członkami interdyscyplinarnego zespołu domowej opieki hospicyjnej** - dr n. med. Anna Domagalska - spec. anesteziologii i intensywnej terapii  
9.30 - 9.45 Dyskusja  
9.45 - 10.10 **Terapeutyczne relacje pielęgniarka - pacjent w walce z bólem nowotworowym** - mgr Agnieszka Renn - Żurek  
10.10 - 10.25 Dyskusja  
10.25 - 10.40 **Buprenorfina – plaster matrycowy**  
*Firma Farmaceutyczna Grunenthal*  
10.40 - 11.00 **Edukacja rodzin w domowej opiece hospicyjnej - rola pielęgniarki** - lic. piel. Ewa Maciejewska

11.00 - 11.15 Dyskusja  
11.15 - 11.45 Przerwa na kawę  
11.45 - 12.10 **Współpraca Hospicjum Domowego z niespecjalistycznymi (konwencjonalnymi) jednostkami opieki zdrowotnej** - dr Iwona Sitarska  
12.10 - 12.25 Dyskusja  
12.25 - 12.45 **Wspieranie osób umierających przez najbliższe osoby** - rola pielęgniarki - lic. piel. Danuta Pryczek  
12.45 - 13.00 Dyskusja  
13.00 - 13.15 **Megace**  
*Firma Farmaceutyczna Bristol - Myers Sguibb*  
13.15 - 14.45 Obiad  
14.45 - 14.50 **Durogesic- plaster matrycowy**  
*Firma Farmaceutyczna JANSSEN - CILAG*  
14.50 - 15.10 **Wypalenie zawodowe u pielęgniarki opieki paliatywnej** - mgr Anna Kaptacz  
15.10 - 15.25 Dyskusja - zakończenie  
16.00 - 18.00 Zebranie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej  
20.00 - 22.00 Kolacja  
Spotkanie przy ognisku

**31.05.2009 r (niedziela)**

8.00 - 8.45 Śniadanie  
10.00 - 11.00 Msza Święta  
11.15 - 12.45 Spacer po Lesie Łągiewnickim  
13.00 - 14.00 Obiad  
14.15 - 15.00 Podsumowanie i zakończenie konferencji

**KOSZT UCZESTNICTWA W KONFERENCJI:**

**150zł** - (2 noclegi w pokoju 2, lub 3 - osob, wyżywienie, opłata konferencyjna).

Dojazd na miejsce konferencji we własnym zakresie.

Dojazd do Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji: komunikacja miejska - autobus linii nr 56

**ZGŁOSZENIA NA KONFERENCJĘ PRZYJMOWANE SĄ DO 15 MAJA 2009 r.**

Telefonicznie: **Elżbieta Ruta 605101951**

Drogą elektroniczną: **Ewa Maciejewska e-mail: eim2@tlen.pl**

Konto bankowe: Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej

PeKaO S.A. 62 1240 1213 1111 0010 1277 1960 z dopiskiem Konferencja w Łodzi 29 - 31 maja 2009 r.

Informacje dotyczące konferencji zostaną zamieszczone na stronie internetowej OIPiP w Łodzi [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl)

## spotkanie z rzecznikiem



mgr Irena Król  
Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności  
Zawodowej

Witam serdecznie,

Zapraszając do przeczytania artykułów, napisanych przez Gości kwietniowego wydania „Spotkania z Rzecznikiem”, jednocześnie zachęcam Wszystkich do przemyślenia kilku nierozzerwalnie związanych ze sobą kwestii, których zależności często sobie nie uświadamiamy. Wiedza na temat zgody pacjenta, to przecież nic innego jak wiedza związana ze sposobami i rodzajami komunikacji w pracy pielęgniarek, położnych i pielęgniarzy. Dodatkowo zagadnienia te warto zobaczyć w połączeniu z umiejętnym umieszczaniem informacji o istotnych działaniach w naszej pielęgniarskiej i położniczej dokumentacji. Być może pomyślicie, że to niepotrzebne, trudne. Pomimo tego, zachęcam jednak do podjęcia działań zmieniających takie myślenie.

Dlaczego mi na tym zależy?

Powód podstawowy jest taki, że kiedy nauczymy się sprawnie i kulturalnie porozumiewać, będzie nam łatwiej wyjść z zakłętego kręgu wyobrażenia o naszych zawodach. Co mam na myśli? Wiele pielęgniarek i położnych czuje się źle w swoim miejscu pracy. Powodów tego stanu jest wiele. Czują się niedocenione przez kierownictwo, lekceważone przez członków zespołu terapeutycznego, nadmierne wykorzystywane przez pacjentów, zmęczone ilością obowiązków. Mogłabym jeszcze długo wymieniać, jednak

zatrzymam tę „wylizankę” już w tym momencie. To, czego obecnie potrzebujemy, to pozytywna energia, której źródło jest w nas samych. Dopóki nie znajdziemy w sobie - wewnątrz każdego z nas - zadowolenia z wybranego zawodu, dumy z przynależności do grupy wyjątkowych zawodów, wiary, że to, co robimy jest ważne, chociaż jeszcze materialnie niedocenione, to grożą nam konflikty, wypalenie zawodowe, a osoby nadwrażliwe mogą sięgać po leki uspakajające lub używki, z alkoholem włącznie.

Drugim powodem, dla którego namawiam Wszystkich do uporządkowania swojego wnętrza oraz spojrzenia na świat, jest chęć zminimalizowania ilości skarg wpływających do biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Podłożem większości tych skarg jest brak skutecznego, satysfakcjonującego wszystkie strony konfliktu kontaktu, co potęguje jeszcze brak zapisów w dokumentacji. Wiele skarg ma podłoże w braku rozmów w miejscu zdarzenia.

Gorąco namawiam do uważnego przeczytania artykułów Gości ORZOZ, którzy w sposób profesjonalny przybliżą Państwu zagadnienia, na które chcę zwrócić uwagę.

Życzę powodzenia

# UWAGA!

W dniach 26.05.2009 - 12.06.2009

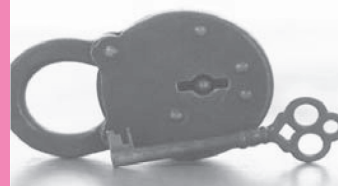
BIBLIOTEKA OIPP  
NIECZYNNA



Marianna Król

### Umiejętności zawodowe i co więcej?

#### Czyli czego, poza opieką, oczekuje się od położnych, pielęgniarek oraz pielęgniarzy cz. II



Zakończenie mojego lutowego artykułu, w zupełnie niezaplanowany sposób, okazało się idealnym przykładem zaburzenia komunikacyjnego, stając się jednocześnie inspiracją obecnego artykułu. Oto, pisząc o komunikacji i wskazówkach, dotyczących jej usprawnienia, przedstawiłam Państwu schemat, który w wyniku obróbki edytorskiej, był zupełnie nieczytelny. Spiesząc z naprawieniem powstałego błędu, poniżej ponownie prezentuję Państwu, zamieszczone w po-

przednim Biuletynie, gotowe do zastosowania sugestie, związane z przekazywaniem raportu. Podobnie jak w poprzednim artykule, tak i teraz zachęcam do zastosowania tych wskazówek. Niezwykle proste do wdrożenia, mogą być podstawą pozytywnych zmian w Państwa zespołach.

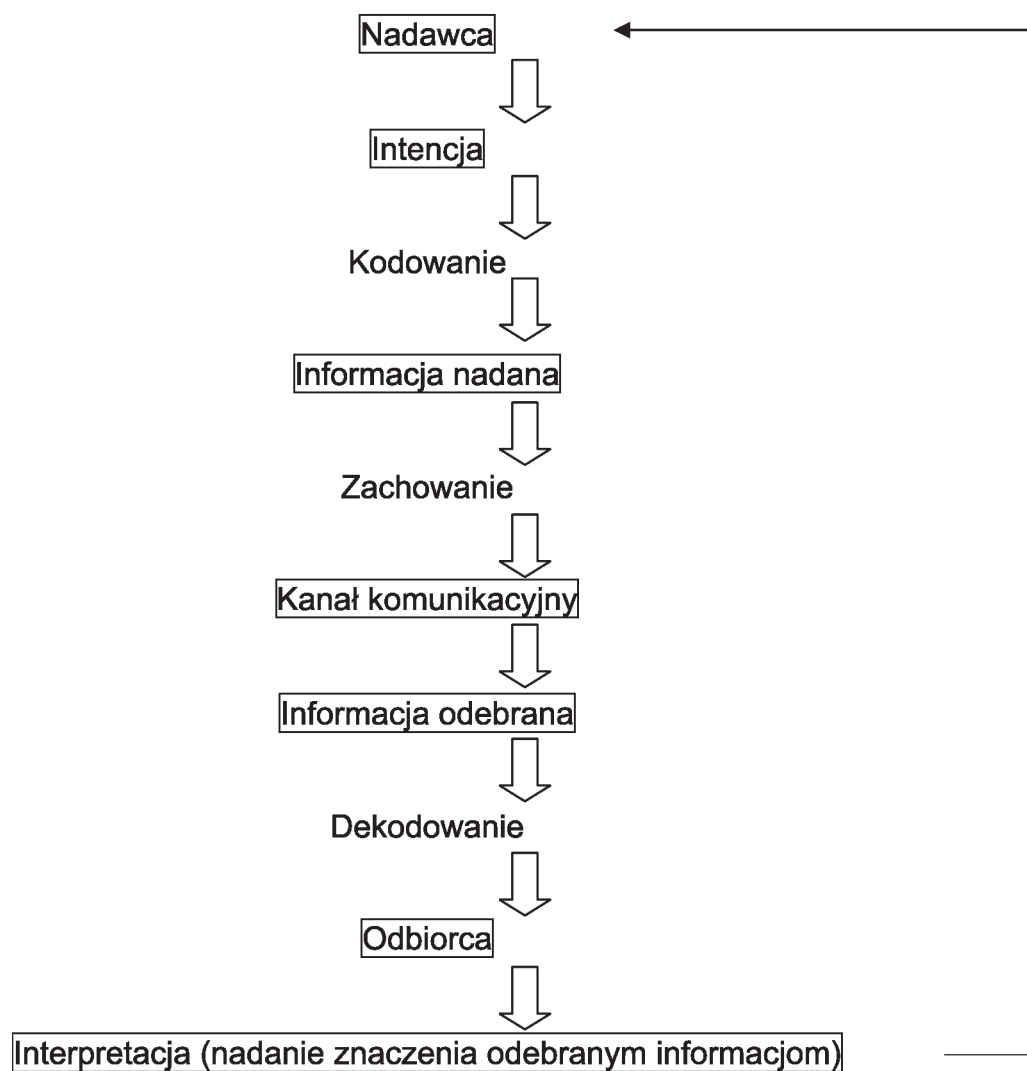
Wracając do naszej inspiracji - zaistniała, z pozoru niezwiązana z życiem zawodowym pielęgniarek, położnych oraz pielęgniarzy sytuacja problematyczna, jest Państwu bliższa

niż może się wydawać. Oto ja, jako nadawca wiadomości, chcę Państwu przekazać konkretne treści, a Państwo, pomimo zainteresowania i chęci zrozumienia mojego przekazu, nie mogą owych treści odebrać...Zanim opiszę w jaki sposób niewyraźny wykres łączy się z Państwa życiem zawodowym, pragnę przedstawić Państwu typowy schemat procesu komunikacji.

W trakcie otrzymywania lub przekazywania informacji, będę aktywnie uczestniczyć w rozmowie – w razie wątpliwości, będę zadawać pytania lub udzielać odpowiedzi, inicjując w ten sposób aktywną komunikację w zespole.

Przystępując do zdawania raportu, przypomnę sobie, iż jest to część mojej kultury, z której jestem dumna/dumny.

Ponieważ jest to istotny aspekt mojego życia zawodowego, poświęcę mu wystarczającą ilość czasu, pamiętając, że w obliczu komplikacji lub konfliktów, poprawnie stworzony i przekazany raport, może ułatwić rozwiązanie problemu.



Jak mogą Państwo zauważyć, złożoność tego procesu jest dość zaskakująca, o czym w codziennym natłoku zajęć zupełnie nie myślimy. W wolnym czasie, warto jednak poświęcić chwilę na przemyślenie tej kwestii. Aby można było mówić o komunikacji potrzebny jest nadawca, czyli osoba, która ma do przekazania informację. Samo posiadanie informacji do przekazania jednak nie wystarczy. Nadawca musi wyrażać intencję, czyli chęć podzielenia się posiadanymi informacjami. Kiedy te dwa warunki są spełnione, nadawca musi dokonać kodowania, czyli „ubrać” informacje do przekazania w słowa, gesty lub symbole. Kiedy to uczyni, informacja jest gotowa do nadania. Wtedy właśnie, poprzez zachowanie, np. mówienie, pisanie, gestykulowanie, rysowanie,

informacja biegnie odpowiednim kanałem (słuchowym, wzrokowym) do odbiorcy. Aby mógł on odebrać przekazaną informację, musi ją odkodować. Tu zaczynają się schody - co w przypadku, kiedy odbiorca nie zna lub nie rozpoznaje systemu kodowania, którego użył nadawca? Zakładając, że odbiorca jednak umie odkodować otrzymane informacje, możemy dostrzec jeszcze wyższe i bardziej kręte schody. Bo to właśnie po odkodowaniu wiadomości, następuje moment, kiedy odbiorca zaczyna interpretować odebrane informacje i nadawać im znaczenie.

Oczywiście idealnym scenariuszem byłoby pytanie odbiorcy, skierowane do nadawcy, mające na celu upewnienie się, iż komunikat został prawidłowo zinterpretowany. Najczęściej jednak

odbiorca interpretuje otrzymane informacje, w oparciu o swoje dotychczasowe doświadczenia i posiadaną wiedzę, nie myśląc o tym, że doświadczenia i wiedza nadawcy mogą być zupełnie inne, a co za tym idzie, początkowe znaczenie komunikatu mogło być częściowo lub całkowicie odmienne. W związku z tym, rzeczywistość jest niestety odległa od idealnych scenariuszy, co wydaje się być zrozumiałe, biorąc pod uwagę fakt, iż cały proces komunikacyjny często rozgrywa się na przestrzeni sekund. Warto jednak sobie zadać pytanie ile może nas kosztować ta pozorna oszczędność czasu...

W życiu zawodowym pielęgniarek, położnych oraz pielęgniarzy codziennością jest wykonywanie zleceń lekarskich. W normalnym trybie pracy

wszystkie zlecenia powinny być wydane w formie pisemnej. I tu często pojawia się problem, ponieważ, jak wiadomo, lekarze słyną z umiejętności niewyraźnego pisania. Żarty, mówiące o tym, iż pisemne egzaminy na studia medyczne są organizowane tylko i wyłącznie po to, aby odrzucić tych kandydatów, którzy czytelnie piszą, przeszły już do „kanonu dowcipów”. Jednak niewyraźnie napisane zlecenie, nie jest absolutnie powodem do śmiechu.

Odwołując się do naszego schematu - nieczytelnie zakodowana informacja, dociera w takiej formie do odbiorcy, w tym przypadku pielęgniarki, położnej lub pielęgniarza. Próbując rozszyfrować otrzymany przekaz, odbiorca ma dwa wyjścia: zwrócić się do nadawcy o rozszyfrowanie lub domyślać się, co zostało faktycznie napisane na zleceniu. Niestety w wielu przypadkach, z powodu chęci „zyskania na czasie” lub udowodnienia, że odbiorca sam wszystko dobrze wie, wybierane jest drugie rozwiązanie. Oczywiście dopóki udaje się prawidłowo odgadnąć zaszyfrowane zlecenia, sytuacja jest pod kontrolą i wydaje się, że jest całkowicie naturalna, a żadna ze stron nie robi nic złego. W związku z tym, większość członków personelu medycznego oraz pielęgniarzkiego i położniczego akceptuje ten stan rzeczy, nie zastanawiając się nad tym, jakie konsekwencje może pociągnąć za sobą pomyłka w rozszyfrowywaniu niewyraźnego zlecenia.

W przypadku błędnej interpretacji, ponownie, jeżeli błąd nie pociągnie za sobą negatywnych konsekwencji w postaci pogorszenia stanu pacjenta, za pewne większość osób zaangażowanych w tego typu sytuację przejdzie nad nią do porządku dziennego.

Nie każdy jednak będzie miał takie szczęście i należy o tym pamiętać za każdym razem, kiedy mają Państwo do czynienia z nieczytelną dokumentacją medyczną. Być może do tej pory udało się Państwu wiele razy postą-

pić zgodnie ze zleceniem, pomimo tego, iż było ono niewyraźnie zapisane. Nie będzie to jednak argument, przemawiający na Państwa korzyść i stanowiący Państwa obronę, jeżeli ten jeden jedyny raz się nie uda. Każdy Czytelnik za pewne wie, iż w niektórych przypadkach (np. niemowląt) nawet minimalna zmiana dawki konkretnego leku może mieć negatywny wpływ na stan pacjenta, podobnie jak podanie zleconych leków. To tylko niektóre przykłady błędów w sztuce, które mogą powstać w wyniku niepoprawnego odczytania niewyraźnego zlecenia. Jak wiadomo popełnienie takiego błędu może skutkować wydłużeniem procesu powrotu do zdrowia pacjenta, pogorszeniem stanu, a w najgorszych przypadkach zgon chorego. Jednocześnie dla osoby, która popełnia błąd, nie upewniając się, czy dobrze odczytała zlecenie, oznacza to konsekwencje prawne. Czy kiedy to sobie Państwo uzmysławiają, nadal tak ważna wydaje się oszczędność czasu? Jestem przekonana, że nie.

Podaję, że większość czytelników, przyznając mi rację, jednocześnie zastanawia się jak pogodzić te dwie kwestie - chęć „zyskania na czasie” przy wykonywaniu codziennych czynności, kiedy chcą Państwo jak najszybciej się „obrobić” ze zleceniami, wiedząc jak dużo jest do zrobienia oraz troskę o bezpieczeństwo zarówno swoje, jak i pacjenta.

Odpowiedzią jest pytanie... To właśnie pytania są tą częścią procesu komunikacji, która sprawia, że nasze kontakty z innymi ludźmi mogą mieć wspólną podstawę. Pozwalają one bowiem na:

- doprecyzowanie posiadanej już wiedzy,
- uzyskanie informacji,
- zainspirowanie rozmówcy,
- kierowanie rozmową,
- budowanie dialogu,
- eliminowanie strachu i stresu,
- motywowanie do włączenia się do rozmowy,

- rozwiązywanie konfliktów,
- współdziałanie.

Należy pamiętać o tym, iż pytanie jest oznaką naszej roztropności oraz uważności. Szczególnie w Państwa grupach zawodowych, zarówno w omawianym kontekście, jak i innych sytuacjach, występujących w Państwa miejscach pracy, odwaga do zadawania pytań może być „zbawienna”.

Aby móc w sobie tę odwagę wzmocnić, proszę pamiętać, iż pielęgniarki, położne oraz pielęgniarze należą do grup zawodowych, współpracujących z lekarzami, w celu zapewnienia jak najlepszej opieki pacjentom. W związku z tym w Państwa miejscach pracy nie powinno być miejsca na „rywalizację” i udowadnianie sobie i innym, że możliwe jest odczytanie nieczytelnego zlecenia. Co więcej, dbając o jakość tej współpracy oraz jej potencjalne efekty, mają Państwo prawo do prośby o zmianę sposobu wypełniania zleceń. Być może wystarczy, że dana osoba będzie pisała większymi lub drukowanymi literami. Oczywiście trudno zmienić charakter pisma, ale jestem przekonana, że perspektywa odczytywania każdego własnego zlecenia, w celu umożliwienia jego wykonania, skusi każdego lekarza do - przynajmniej minimalnego - wysiłku zmierzającego do zwiększenia czytelności zapisywanych informacji.

Czy wyobrażają sobie Państwo jaka to będzie oszczędność czasu? Otrzymywanie czytelnych zleceń...

Marzenie? Można się przekonać tylko wtedy, kiedy się sprawdzi...



# POSZUKIWANIA DORADCY ŻYCIOWEGO

Każdy z nas pragnie żyć jak najdłużej w pełni zdrowia. Zazwyczaj to marzenie dotyczy zdrowia somatycznego, ale coraz częściej ludzie zaczynają myśleć również o swoim szczęściu i zdrowiu psychicznym.

Jeszcze kilkanaście lat temu wizyta u psychologa czy psychoterapia kojarzyły się bardzo źle. Osoby korzystające z pomocy psychiatry, psychologa czy psychoterapeuty często otrzymywały etykietkę osoby psychicznej, wariata, głupka itd. Wielokrotnie z powodu obawy przed wyśmianiem ludzie, pomimo że mieli problemy psychiczne, emocjonalne nie odważyli się na skorzystanie z porad specjalisty. Na szczęście zmiany obyczajowe, jakie zachodzą w naszym kraju sprawiają, że zmierzamy w kierunku sytuacji, jaka panuje na Zachodzie. Tam korzystanie z porad psychologa jest czymś normalnym, a posiadanie własnego terapeuty jest bardzo modne. Ponadto w Polsce coraz więcej mówi się o psychologii, która przestała być wiedzą tajemną i poprzez książki, media stała się bardziej zrozumiała i przystępna. Korzystanie z pomocy psychologicznej przestaje być traktowane jako oznaka słabości czy fanaberia. Obecnie skorzystanie z usług specjalisty to nie przyznanie się do porażki, ale wyraz mądrości, by sobie pomóc i dostać fachową poradę. Warto również wspomnieć, że ludzie

zaczynają coraz częściej korzystać z usług psychologa nie tylko w sytuacjach problemowych, ale również profilaktycznie, biorąc udział w szkoleniach i treningach, budując czy doskonaląc umiejętności psychologiczne, takie jak asertywność, umiejętność komunikacji, radzenia sobie ze stresem, konfliktem itd.

**Stan psychiczny wywiera ogromny wpływ na kondycję fizyczną, dlatego tak ważne jest, aby kształtować odpowiednią postawę do życia, rozwijać różne umiejętności społeczne oraz udać się po właściwą pomoc w odpowiednim momencie. Psychika ludzka stanowi bardzo delikatną materię, wymaga fachowej opieki i odpowiedniego doradcy.**

Dostępność treningów, warsztatów rozwojowych oraz pomocy psychologicznej, psychiatrycznej czy psychoterapeutycznej obecnie jest bardzo duża. Można korzystać z oferty zarówno nieodpłatnej, jak i płatnej.

Poszukując jednak odpowiedniego miejsca i specjalisty, trzeba mieć na

uwadze przede wszystkim własne zdrowie. Kierując się rozsądkiem, należy omijać „psychologów”, którzy nie posiadają kwalifikacji, działających w oparciu o wiedzę zdobytą wyłącznie na kursach oraz proponujących leczenie magią. Wielu z takich szarlatanów „uczy czy leczy”, bo wydaje im się, że umieją to robić. Sprzyja temu istniejąca w Polsce sytuacja prawna, w której brak uregulowań odnośnie zawodu psychoterapeuty. Sprawia to, że prawie każdy może zarejestrować, a następnie prowadzić działalność psychoterapeutyczną. Efektem mogą być poważne nadużycia oraz niebezpieczne i szkodliwe społecznie działania osób przekonujących o swojej „cudownej mocy uzdrowicielskiej”.

Wybierając szkolenia psychologiczne czy doradcę życiowego najlepiej skorzystać z doświadczeń innych osób. Warto zapytać znajomych, członków rodziny, przyjaciół, którzy korzystali z podobnej pomocy. Najlepiej pytać tych, których się ceni - odpowiedni ludzie zwykle polecają odpowiednich ludzi. Nie należy korzystać z pomocy psychologa czy terapeuty, z którym bezpośrednio utrzymuje się kontakty towarzyskie.

Można oczywiście skorzystać z oficjalnych źródeł informacji - z książki telefonicznej, Internetu, ogłoszeń w mediach. Należy jednak pamiętać, że każdy może w ofercie napisać na

swój temat co chce. Warto zatem pytać o kwalifikacje i doświadczenie.

Aby dobrze wybrać szkoleniowca czy doradcę życiowego dobrze jest wiedzieć jakie kompetencje posiadają osoby takie jak: psycholog, psychiatra i psychoterapeuta.

**PSYCHOLOG** to osoba o wykształceniu akademickim (mgr psychologii), która jest teoretycznie i praktycznie przygotowana do diagnozy psychologicznej (tylko psycholog może korzystać z testów psychologicznych). Ponadto psycholog to specjalista, który zajmuje się powstawaniem i przebiegiem procesów psychicznych, świadomością, stanami emocjonalnymi i cechami psychicznymi człowieka oraz procesami poznawczymi i wyobrażeniami, a także jego stosunkami z otoczeniem oraz zasadami rządzącymi relacjami. Nauka nadaje psychologom wyłączność „diagnozy, opiniowania, orzecznictwa, psychoterapii i pomocy psychologicznej”. Każde psychologiczne diagnozowanie, opiniowanie, orzekanie, udzielanie pomocy psychologicznej, a nawet nauczanie psychologii, wymaga nie tylko ukończonych studiów ale również specjalnych kursów czy specjalizacji. Naczelną wartością dla psychologa jest dobro drugiego człowieka. Celem jego działalności profesjonalnej jest niesienie pomocy innej osobie w rozwiązywaniu trudności życiowych i osiąganiu lepszej jakości życia na drodze rozwoju indywidualnych możliwości oraz ulepszeniu kontaktów między-ludzkich.

Psycholog może się specjalizować w różnych działach psychologii, np. w psychologii wychowawczej, pracy, rozwojowej lub funkcjonalnej. W zależności od obranej zawodowej drogi może: zajmować się pracą z osobami z trudnościami natury emocjonalno-psychicznej, poradnictwem indywidualnym, rodzinnym, zawodowym, orzecznictwem, szkoleniami biznesowymi, treningami, warsztatami psychologicznymi, może pracować

w reklamie, transporcie, mediach, czy działach personalnych. Zatem psycholodzy praktycy mają dość szeroki zakres działań. Zebranie tych czynności daje następujące grupy:

**a. psychoprofilaktyka** - polega na informowaniu i wyjaśnianiu, aby ułatwić poradzenie sobie z istniejącymi zagrożeniami i zapobiec negatywnym wydarzeniom (np. alkoholizmowi, narkomanii, depresji poporodowej);

**b. psychoedukacja** - również ma na celu informowanie i wyjaśnianie, ale dotyczy raczej spraw, które już mają miejsce. Psychoedukacja polega na ukazaniu postaw czy zachowań, które wpływają na nasze zdrowie i samopoczucie oraz na uczeniu sposobów radzenia sobie w określonych sytuacjach (radzenie sobie ze stresem, z osobą chorą psychicznie itd.);

**c. poradnictwo** - pomaga w rozwiązywaniu konkretnych problemów, ale nie oznacza tego samego co popularne „radzenie”. Psycholog nie daje gotowej recepty, ale naświetla możliwe przyczyny danego problemu, skutki jakie powoduje oraz możliwości działania, które można podjąć w tej sytuacji, wraz z ich konsekwencjami;

**d. doradztwo** - najbardziej popularne jest w dziedzinach związanych z biznesem, mediami czy polityką, polega na wykorzystaniu wiedzy psychologicznej dla osiągnięcia sukcesu;

**e. mediacja** - polega na pomocy w szukaniu kompromisu pomiędzy dwoma stronami konfliktu (np. w pracy, w sytuacji rozwodu);

**f. orzecznictwo** - dotyczy przede wszystkim funkcjonowania psychicznego człowieka, ma na celu stwierdzenie czy jest on sprawny umysłowo, jaki wpływ wywarły na nim sytuacje, których doświadczył, czy może odpowiadać za popełnione czyny, czy jest w stanie wykonywać powierzone mu zadania lub takie, o które dopiero się ubiega. Psycholodzy orzecznicy pracują na zlecenie określonych instytucji np. sądu, policji, wojska, ZUS - u, przeprowadzają m.in. badania psychotechniczne kierowców i badania

związane z pozwoleniem na broń;

**g. interwencja kryzysowa** - jest formą pomocy w nagłych, dramatycznych sytuacjach. Polega na zapewnieniu bezpieczeństwa, udzieleniu wsparcia i stworzeniu warunków do odreagowania emocjonalnego i pogodzenia się z faktami (stosowana np. w sytuacjach klęsk żywiołowych, wypadkach komunikacyjnych, czy w stosunku do ofiar przemocy);

**h. rehabilitacja psycho - społeczna** - jest formą pomocy dla osób powracających do zdrowia po ciężkiej chorobie czy urazie. Rehabilitacja ma na celu pomoc w przystosowaniu się do nowej sytuacji i odbudowaniu relacji ze światem;

**i. psychoterapia** - jej celem jest dokonanie trwałej zmiany w sposobie przeżywania czy zachowania człowieka po to, aby mógł on czuć się zdrowszym i bardziej szczęśliwym. Z psychoterapii korzystają zarówno osoby chore, narzekające na konkretne objawy czy trudności, ale też osoby zdrowe, pragnące rozwinąć własne możliwości.

**PSYCHIATRA** to osoba o wykształceniu medycznym, która zdobyła stopień specjalizacji z zakresu psychiatrii. Psychiatra zajmuje się rozpoznawaniem i leczeniem zaburzeń i chorób psychicznych (np. depresji, schizofrenii, napadów lękowych). Stosuje farmakoterapię oraz elementy pomocy psychologicznej.

**PSYCHOTERAPEUTA** to wysoko wykwalifikowany specjalista, który po ukończeniu studiów magisterskich lub medycznych (np. psychologii, socjologii, teologii, pedagogice, medycynie) przeszedł co najmniej 4 - letnie szkolenie, trwające co najmniej 1200 godzin, obejmujące własną psychoterapię, praktykę pod superwizją, staż kliniczny i przedmioty specyficzne dla psychoterapii. Psychoterapeuta jest członkiem jednego z około 20 towarzystw psychoterapeutycznych działających w Polsce. Przedmiotem oddziaływań psychoterapeuty jest rozpozna-



wanie i leczenie problemów emocjonalnych, zaburzeń psychicznych, pomaganie w trudnych sytuacjach życiowych, rozwój osobowości. Psychoterapeuta może pracować w różnych orientacjach psychoterapeutycznych, w zależności od ukończonego szkolenia oraz przekonań filozoficzno-etycznych.

Główne kierunki teoretyczne, z którymi można się spotkać to:

- **podejście psychoanalityczne** - zaczęło się od Z. Freuda. Głównymi celami terapii są uświadamianie nieświadomych myśli i emocji oraz usuwanie mechanizmów obronnych poprzez ich interpretowanie;

- **podejście behawioralno - poznawcze** - terapia behawioralna objawy psychopatologiczne pacjenta traktuje jako nieprzystosowawcze - zachowania nabyte w procesie uczenia się. Podczas terapii psychoterapeuta identyfikuje sposób kształtowania się nieprzystosowawczego nawyku oraz wyjaśnia pacjentowi mechanizmy powstawania jego nieprawidłowych nawyków, proponuje określone procedury terapeutyczne i wyjaśnia mechanizm ich działania. Terapia poznawcza również zakłada, że zaburzenia powstają w rezultacie procesu uczenia się. Niewłaściwy sposób percepcji i interpretacji zdarzeń przez pacjenta doprowadza do powstania jego dezadaptacyjnych zachowań. Terapia poznawcza nastawiona jest na usuwanie zaburzeń myślenia, uczy rozpoznawania dysfunkcyjnego sposobu myślenia i jego eliminowania;

- **podejście humanistyczno - egzystencjalne** - terapie humanistyczno - egzystencjalne zakładają, że zaburzenia pacjenta powstają w dzieciństwie, gdy rodzice nie stwarzają mu dogodnych do rozwoju warunków wychowawczych. Przez to człowiek w życiu dorosłym może działać destruktywnie, nieefektywnie, przeżywać napięcia itp. Celem terapii humanistyczno - egzystencjalnej jest poprzez wytworzenie zaufania między terapeutą a pacjentem, stworzenie

pacjentowi możliwości sprzyjającego rozwoju, wyzwolenie sił leczniczych tkwiących w pacjencie, aby mógł zrozumieć własny problem i wprowadzić konstruktywne zmiany w życie.)

- **podejście systemowe** - celem terapii systemowej jest obserwowanie negatywnych wzorów komunikowania się w rodzinie oraz wprowadzenie nowych reguł komunikowania się w systemie rodzinnym, zmiana struktury rodziny, określenie granic między podsystemami rodziny.

Podsumowując należy podkreślić, że psychoterapia to planowe, intencjonalne, systematyczne oddziaływanie na pacjenta, przy pomocy słowa, w ramach specyficznego kontaktu, w celu osiągnięcia sprecyzowanego celu, przy pomocy różnych metod i technik (np. dialogu terapeutycznego, hipnozy, analizy marzeń sennych, analizy swobodnych skojarzeń, rysunku psychoterapeutycznego, odwrócenia, modelowania, zabawy, muzykoterapii, psychodramy, relaksacji. Psychoterapię zaleca się w przypadku trudnych przeżyć, nieszczęść wobec których człowiek nie jest w stanie sam sobie poradzić.

Są też różne formy terapii:

- **terapia indywidualna** (terapia indywidualna może być długo - lub krótkoterminowa);

- **terapia rodzinna;**

- **terapia grupowa.**

Psychoterapeuta pomaga pogłębiać wiedzę, docierać do tego, co w nas nieświadome, rozpoznawać i porządkować swoje emocje. Pozwala to dokonywać zmian siebie i swego postępowania zgodnie z najgłębszymi potrzebami, które dotyczą samego pacjenta jak też relacji z innymi ludźmi.

Kiedy już znajdziemy odpowiedniego szkoleniowca czy doradcę życiowego, z odpowiednim wykształceniem, doświadczeniem należy nadal pozostać czujnym ponieważ praca z psychiką opiera się na bardzo indywidu-

alnej relacji. Także takie czynniki jak wygląd psychologa, jego barwa głosu, a nawet płęć nie są bez znaczenia i trzeba się im przyjrzeć, przed podjęciem decyzji o dłuższym kontakcie. Czasami polecany przez wielu ludzi i bardzo dobry psycholog, terapeuta może nie być odpowiedni dla nas. Warto wówczas szukać dalej, w końcu chodzi o nasze zdrowie, dobre samopoczucie i szczęście.

Autorem artykułu jest mgr Jolanta Kałużna - psycholog z uprawnieniami pedagogicznymi, nauczyciel mianowany, doświadczony specjalista w zakresie pracy diagnostyczno - terapeutycznej, terapeuta integracji sensorycznej, trener programu PRIDE, posiada doświadczenie w pracy z młodzieżą uzależnioną, nieprzystosowaną społecznie, prowadzi zajęcia teoretyczne i warsztatowe dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Pracuje z dziećmi i młodzieżą trudną oraz z ich rodzicami. Prowadzi poradnictwo indywidualne.

Wszystkie zainteresowane tematami psychologicznymi osoby zapraszam na warsztaty organizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz na konsultacje psychologiczne. Z porad psychologa można skorzystać w każdy piątek do końca kwietnia, w godzinach 14.00 - 15.30 w siedzibie OIPiP, ul. Piotrkowska 17 (III piętro, pok. 314a). W ramach doradztwa psychologicznego można dostać pomoc w zakresie:

- problemów jednostkowych (np. stres, obniżenie nastroju, wypalenie zawodowe, zahamowania, nieuzasadniona agresywność, negatywizm, nadmierne pobudzenie, bierność, kompleksy niższości, uzależnienia itp.)

- problemów międzyludzkich (np. konflikty i trudności przystosowawcze w pracy, konflikty partnerskie, konflikty małżeńskie, problemy rodzinne, problemy z dziećmi, osamotnienie, mobbing itp.)

# STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

**Sporządzanie leków cytostatycznych w myśl Prawa Farmaceutycznego z dnia 6 września 2001 r. Dziennik Ustaw Nr 126 poz. 1381 jest usługą farmaceutyczną i powinna być wykonana przez farmaceutów.**

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przygotowywanie leków cytostatycznych odbywać się powinno w Pracowni Cytostatyków na podstawie recept wystawionych przez lekarza (chemioterapeutę). W Pracowni Cytostatyków farmaceuta dokonuje weryfikacji recepty pod względem formalnym oraz merytorycznym, a następnie przygotowuje etykiety oraz przepis wykonawczy, na podstawie którego lek cytostatyczny zostaje sporządzony. Cały proces przygotowywania leków cytostatycznych jest odpowiednio dokumentowany. Etykiety umieszczone na przygotowanym preparacie cytostatycznym zawierają dane: pacjenta, osoby sporządzającej lek oraz substancji i rozpuszczalników użytych do produkcji, datę produkcji oraz warunki przechowywania. Przekazanie sporządzonych preparatów cytostatycznych potwierdzone jest czytelnym podpisem osoby wydającej (farmaceuta) i przyjmującej (pielęgniarka).

Preparaty cytostatyczne sporządzane są przez wykwalifikowany personel Apteki Szpitalnej (farmaceutyci). Natomiast pielęgniarki mają uprawnienia do podawania, zgodnie z Ustawą z dnia 5 lipca 1996 roku z późniejszymi zmianami o zawodach pielęgniarki i położnej a nie sporządzania leków cytostatycznych (w tym leki z grupy A).

Odpowiednio wykwalifikowany personel, bezpieczne warunki pracy, prawidłowe prowadzenie dokumentacji są gwarancją otrzymania przez pacjenta leku bezpiecznego i zgodnie z ordynacją lekarza.

Podstawowe zasady sporządzania cytostatyków są jednoznaczne i obowiązują w krajach Unii Europejskiej. Tylko bezwzględne ich przestrzeganie daje gwarancję otrzymywania leków należytej jakości, bez narażenia zdrowia człowieka i bezpieczeństwa środowiska. Przygotowanie roztworów leków parenteralnych zawierających cytostatyki, winno odbywać się w warunkach aseptycznych (leki jałowe) oraz w warunkach gwarantujących bezpieczeństwo pracy personelu.

Uważam, za słuszne i wskazane organizowanie w szpitalach **Centralnych Pracowni Leków Cytostatyków**. Centralizacja sporządzania cytostatyków niewątpliwie zapewni **wysoką jakość produktu końcowego (jał-**

**wość)**, zmniejszy ryzyko narażenia pacjentów, personelu i środowiska na toksyczne działanie preparatu, zminimalizuje ryzyko popełnianych błędów oraz zagwarantuje oszczędne gospodarowanie bardzo drogimi lekami. Personel centralnej pracowni przygotowywania leków cytostatycznych winien posiadać wiedzę z zakresu sporządzania dożylnych postaci leków, farmakologii, toksykologii, farmakokinetyki, właściwości fizykochemicznych, interakcji leków oraz znać przepisy prawne obowiązujące podczas przygotowywania tego rodzaju leków. Nie bez znaczenia jest też kwestia odpowiedzialności za jakość przygotowywanych preparatów oraz ekonomika gospodarki lekiem.

**Nadmieniam, że znaczna część cytostatyków (np. Cladribinum, Dacarbazinum, Methotrexatum, Paclitaxelum) należy do wykazu A (leków bardzo silnie działających), których sporządzanie leży tylko w gestii farmaceutów.**

**Biorąc pod uwagę wszystkie wyżej wymienione aspekty towarzyszące stosowaniu leków przeciwnowotworowych, wydaje się słuszne i celowe, by przygotowywaniem ich zajmowali się tylko farmaceutyci.**

Takie rozwiązanie przewidziane jest w obowiązującym prawie tj:

**I. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. z późniejszymi zmianami.**

**II. Ustawa - Prawo Farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. Nr 126 poz. 1381) wprowadziła w rozdziale 7 art. 86 p. 3 zapis:**

**W odniesieniu do aptek szpitalnych usługą farmaceutyczną jest również: (...)**

**3.)przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych.**

**III. Dyrektywa 91/356/EEC.**

Przyjęta w 1991 r. Dyrektywa 91/356/EEC ustala zasady i instrukcje Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP) dla produktów farmaceutycznych. Dobra Praktyka Wytwarzania, jako część Systemu Zapewnienia Jakości, gwarantuje,

że produkty są zawsze produkowane i kontrolowane wg standardów jakości, odpowiednio do ich zamierzonego użycia i według wymagań zgodnych z dokumentacją.

Reasumując:

1. **Niezaprzeczalnym jest fakt, że przygotowywanie leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych jest usługą farmaceutyczną** (art. 86 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 6 września 2001 roku - Prawo Farmaceutyczne) **a nie usługą pielęgniarską** (Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej).

2. **Miejscem, w którym świadczone są usługi farmaceutyczne przez osoby uprawnione jest apteka**, a nie np. oddział szpitalny (art. 86 ust. 1 w/w ustawy). **To apteka świadczy usługi w stosunku do np. oddziałów.**

3. **Przy wykonywaniu w aptece czynności fachowych** (usług farmaceutycznych) mogą być zatrudnieni wyłącznie **farmaceuci i technicy farmaceutyczni** (art. 90 w/w ustawy).

4. **Leki cytostatyczne ze względu na swoje właściwości** (karcynogenność, mutagenność, teratogenność i inne) **muszą być przygotowywane przez farmaceutów w aptekach szpitalnych.** Wiele z nich należy do wykazu A (leków bardzo silnie działających) jak np.: Cyclophosphamidum, Cytarabinum, Dactinomycinum, Dacarbazinum, Doxorubicinum, Fluorouracilum, Vinblastinum, Vincristinum).

5. **Roztwory cytostatyków muszą spełniać wymogi stawiane lekom parenteralnym. Muszą być przygotowywane zgodnie z zasadami GMP.**

6. **Jedynie farmaceuci posiadają merytoryczne przygotowanie do sporządzania leków, w tym parenteralnych. Poza znajomością technik przygotowywania leków (w tym cytostatyków) pozyskiwaną w trakcie studiów farmaceutycznych, posiadają też wiedzę merytoryczną obejmującą znajomość farmakologii, farmakokinetyki, właściwości fizyczne - chemiczne cytostatyków.**

**Każda z postaci leku (roztwór, liofilizat) wymaga innego sposobu przygotowywania.**

Należy pamiętać też, że ujęte substancje pomocnicze nie mogą wywierać własnego działania farmakologicznego, wchodzić w interakcje, ani też wpływać niekorzystnie na trwałość i dostępność biologiczną leku.

**Znajomość zagadnień takich jak stężenie maksymalne, iloczyn rozpuszczalności, stabilność po rozpuszczeniu, dobór rozpuszczalnika czy dobór opakowania (PVP, PCV, szkło) jest podstawą prawidłowej pracy z cytostatykami i posiadana jest przez farmaceutów, a nie przez pielęgniarki.**

Dopiero jednoczesne spełnienie wszystkich tych wymogów może zagwarantować oczekiwaną jakość produktu końcowego - a to wszystko możliwe jest dzięki posiadaniu

w aptekach pracowni cytostatycznych. **Tylko apteka daje gwarancje, że pacjent otrzyma lek bezpieczny i pełnowartościowy**, a lek zostanie przygotowany bez narażenia zdrowia człowieka i bezpieczeństwa środowiska.

7. **W wielu ośrodkach, począwszy od 2001 roku powstało i cały czas powstają Centralne Pracownie Leków Cytostatycznych, prowadzone przez farmaceutów (np. Szpital Uniwersytecki w Krakowie, w Gdańsku, Poznaniu, Bydgoszczy, Gdyni). W ośrodkach tych studenci farmacji nabywają praktyki z technologii sporządzania leków cytostatycznych.**

W ośrodkach tych zostały wdrożone procedury (instrukcje) postępowania przy przygotowywaniu preparatów cytostatycznych.

#### **Polecam wydania:**

- „Zasady przygotowywania leków cytostatycznych oraz organizacja pracowni” autorstwa Krystyny Chmal - Jagiełło, Teresy Czekaj, Jacka Pomadowskiego,

- „Nowa aktywność farmaceutów. Przygotowywanie leków cytostatycznych w aptece szpitalnej” autorstwa Hanny Jankowiak - Gracz,

- „Standardy jakościowe w farmacji onkologicznej” autorstwa Krystyny Chmal - Jagiełło, Hanny Jankowiak-Gracz, Hanny Kuźniar - zatwierdzony przez Europejskie Stowarzyszenie Farmaceutów Onkologicznych ESOP (01.2003).

8. **Centralne przygotowywanie cytostatyków, dzięki wykorzystaniu możliwie każdego miligrama substancji czynnej, odgrywa znaczną rolę w aspekcie ekonomicznym i oszczędnościowym dla budżetu szpitala, a to jest zgodnie z art. 86 ust. 3 pkt 9 - 10 w/w ustawy usługą farmaceutyczną.**

**Uważam, że zapis Rozporządzenia Ministra Zdrowia, Ustawy Prawo Farmaceutyczne oraz przyjętej Dyrektywy należy jak najszybciej wprowadzić w życie.**

Bydgoszcz, 10.01.2008

Dr n. med. Anna Koper  
Konsultant Krajowy  
w dziedzinie  
pielęgniarstwa onkologicznego

# Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne (cz. II)

Obserwowana w ostatnim czasie bogata praktyka medyczna dowodzi, że - poza kwestią wysokości przyznawanych świadczeń - wiele uwagi poświęca się obecnie zagadnieniom winy podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych za błąd w sztuce oraz przekroczeniu granic wyrażonej przez pacjenta zgody. Poszkodowani coraz częściej kwestionują nie tyle należyte przeprowadzenie świadczenia czy zabiegu, ile raczej brak zgody na jego wykonanie. W niektórych przypadkach „nieświadomość ryzyka” takiego świadczenia traktowana jest jako kolejna okoliczność potwierdzająca zasadność roszczeń tego podmiotu.

W pierwszej części artykułu poświęconej problematyce zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne omówione zostały: podstawa prawna zgody pacjenta, osoby uprawnione do jej wyrażenia oraz cechy złożonego przez uprawnionego oświadczenia woli. Przedmiotem niniejszych rozważań będą kwestie: formy oraz czasu udzielenia zgody, skutki udzielenia określonego świadczenia bez wymaganej tzw. zgody oświeconej oraz te sytuacje, gdy pomimo braku zgody pacjenta pewne czynności medyczne mogą być wobec niego podejmowane.

## I. Forma zgody oraz czas jej udzielenia

Zgodnie z ogólną zasadą prawa cywilnego zgoda może być wyrażona ustnie lub nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym czynnościom medycznym (art. 60 k.c.). Wyjątek

stanowi w tej mierze zgoda na zabieg operacyjny lub metodę leczenia czy diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, która powinna być udzielona w formie pisemnej. Podobnie przeprowadzenie eksperymentu medycznego zawsze wymaga pisemnej zgody osoby badanej, która ma w nim uczestniczyć. Na marginesie można zauważyć, że pielęgniarka lub położna mają prawo uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu, dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym ma uczestniczyć. W przypadku uzasadnionych wątpliwości może jednak odmówić uczestniczenia w eksperymencie, podając przyczynę odmowy na piśmie (art. 22 ust. 6-7 ustawy z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).<sup>1</sup>

Uprawniony podmiot może cofnąć zgodę w każdym czasie, zarówno sama zgoda, jak i jej cofnięcie musi być jednak wyraźne (kwestie dowodowe). W szczególności pacjent lub inna osoba uprawniona do wyrażenia zgody na eksperyment medyczny może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. Lekarz ma wówczas obowiązek prowadzony eksperyment przerwać.

W ostatnim czasie powstaje zasadnicze pytanie, czy pacjent może wyrazić z góry sprzeciw na dokonanie określonego zabiegu. Niestychanie ciekawe jest w tym względzie stan faktyczny, który stanowił podstawę rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego.<sup>2</sup> Chodziło w nim o zgłoszony na przyszłość sprzeciw świadka Jehowy na przetoczenie krwi, niezależnie od konieczności ratowania życia. Zdaniem sądu

takie oświadczenie jest wiążące, jeśli było wyraźne, jednoznaczne, nie budzące żadnych wątpliwości oraz posiadało przewidzianą przez prawo formę.

## II. Warunki skutecznej (ważnej) zgody na świadczenie zdrowotne

Zgoda wyrażona przez pacjenta musi spełniać wymogi tzw. zgody oświeconej lub też inaczej zgody objaśnionej. Pacjent powinien sobie zdać sprawę, że wyraża zgodę i na nią ją wyraża. Dlatego z zagadnieniem zakresu udzielonej zgody łączy się nierozzerwalnie problematyka rodzaju informacji, jakie powinny być tej osobie przekazane. W piśmiennictwie prawniczym wskazuje się, że przed złożeniem odpowiedniego oświadczenia pacjent powinien być powiadomiony nie tylko o ryzyku, ale i skutkach zabiegu, przy czym informacja ta musi być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. W przeciwnym razie zachodzi taki stan, jak gdyby zgoda w ogóle nie została wyrażona. Nie ma w tej mierze żadnych elementów czy też ogniów pośrednich: zgoda jest udzielona w sposób świadomy i prawidłowy albo jako nieobjaśniona jest wadliwa a wtedy wystąpią takie skutki jakby w ogóle nie została udzielona. Znacznie szersze stanowisko w tej mierze prezentuje Sąd Najwyższy. Jego zdaniem pacjent winien być poinformowany nie tylko o sposobie przeprowadzenia konkretnego zabiegu, ale też o „technicznej” jego stronie i ewen-



tualnym ryzyku. Podmiot udzielający świadczenia zdrowotnego nie może zataić pewnych danych w obawie, że ze względu na możliwość powikłań pacjent nie wyrazi zgody na proponowany zabieg. Jest on związany treścią oświadczenia chorego i nie powinien zastępować woli pacjenta swoją wolą, samodzielnie decydując o tym, co jest dla niego korzystne. Przeciwnie, obowiązkiem wszystkich osób uczestniczących w procesie medycznym jest respektowanie prawa każdego człowieka do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji dotyczących jego zdrowia oraz nietykliwości cielesnej. Korzystną dla pacjenta interpretację uzupełnia fakt, że w razie powstania jakichkolwiek wątpliwości, ciężar dowodu ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, spoczywa na lekarzu.<sup>3</sup> Innymi słowy to lekarz powinien udowodnić, że udzielił pacjentowi przystępnej informacji o ryzyku i skutkach zabiegu i, że stanowiła ona podstawę wyrażenia zgody przez pacjenta lub jej odmowy.

### III. Skutki braku zgody pacjenta

Działanie bez zgody pacjenta jest działaniem bezprawnym, który prowadzi do naruszenia określonego dobra osobistego - naruszenia nietykliwości cielesnej pacjenta, a w szczególnych przypadkach: uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. W konsekwencji - prowadzi do powstania odpowiedzialności cywilnej danego podmiotu (art. 23 - 24 k.c.). Zgoda pacjenta nie tylko uchyla bezprawność działania osoby udzielającej określonych świadczeń zdrowotnych, ale dodatkowo powoduje, że pacjent „przejmuje na siebie” ryzyko i negatywne skutki prawidłowo udzielonego świadczenia zdrowotnego, w szczególności zabiegu.

## IV. Dopuszczalność działania bez zgody pacjenta

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych we wskazanych okolicznościach, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz odnotować w dokumentacji medycznej (art. 33 ust. lek.). Niezależnie od tego jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo zastosowania innej metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności dodatkowe lub brak zgody uprawnionych osób, a zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności (art. 35, art. 34 ust. 7). Wyjątek ten nazywany jest w piśmiennictwie prawniczym wyjątkiem terapeutycznym. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej.

<sup>1</sup> T. j. Dz. U. 01.57.602.

<sup>2</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z 27.10.2005r., III CK 155/05.

<sup>3</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z 17 grudnia 2004 r., Monitor Prawniczy 2005, nr 2, s. 67.

## WAŻNE!!!

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na posiedzeniu w dniu 10 marca 2009 r. **podjęła uchwałę w sprawie zmiany Uchwały Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008r. ORPIP w Łodzi w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego.**

W § 8 ww. uchwały wprowadzono zapis następującej treści:

„2) za udział w:

a) szkoleniu specjalizacyjnym - do kwoty 2 000 zł.,

b) kursie kwalifikacyjnym - do kwoty 500 zł.,

c) kursie specjalistycznym, doskonalącym i innych formach kształcenia 50% kosztów, jednak nie więcej niż 150 zł.”

Uchwała obowiązuje od 10 marca 2009 r. Pozostałe punkty uchwały pozostają bez zmian.

Członkowie samorządu, którzy rozpoczęli kształcenie podyplomowe przed dniem 10 marca będą mogli skorzystać z dofinansowania na podstawie dotychczas obowiązującej Uchwały Nr 107/V ORPIP z dnia 08 kwietnia 2008 r.

\*\*\*

**Komisja Opieki Długoterminowej** została powołana 8 stycznia 2008 r.

Zadaniem Komisji jest praca na rzecz rozwoju pielęgniarstwa opieki długoterminowej, rozwiązywanie aktualnych problemów dotyczących tej dziedziny pielęgniarstwa, podnoszenia jakości opieki pielęgniarskiej oraz rozwoju kształcenia podyplomowego w zakresie opieki długoterminowej.

Zapraszamy wszystkie chętne do współpracy pielęgniarki pracujące w opiece długoterminowej.

Kontakt: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17. tel. 42 633 69 63 wew. 316



KONKURS

NAGRODY

## Konkurs

### "Autorytet pielęgniarki i położnej - blaski i cienie", który ogłasza ORPIP w Łodzi

Dokonujące się zmiany w podejściu do organizacji ochrony zdrowia spowodowały, że pielęgniarstwo staje się zawodem "wysokokwalifikowanym" oraz zawodem szczególnego zaufania społecznego, dlatego bardzo ważny jest jego dalszy rozwój.

- Czy Twoim zdaniem w chwili obecnych zmian proces budowania roli i autorytetu zawodowego pielęgniarki i położnej jest priorytetowym wyzwaniem dla naszego środowiska?
- Czy społeczność pielęgniarek i położnych zainteresowana jest wzbogacaniem własnej godności i wzajemnego szacunku w tworzeniu tej unikatowej osobowości zawodowej?
- Co pomaga nam w tworzeniu prawdziwego profesjonalizmu?
- Jakimi działaniami i zachowaniami wzmocnimy własny prestiż w codziennej pracy z przełożonymi, członkami zespołu terapeutycznego, pacjentami i ich najbliższymi oraz innymi pracownikami zakładu?
- Co według Ciebie pomniejsza nasz autorytet? Jakie sytuacje powodują, że tracimy wiele w oczach własnych i innych osób?

Może znasz ich przyczyny i zechcesz podać przykłady z własnego doświadczenia, a może Twoja opinia jest zupełnie inna? Podziel się z nami swoimi spostrzeżeniami, przeżyciami lub też propozycjami, weź udział w konkursie i odpowiedz na powyższe pytania. Serdecznie zachęcamy. Napisz o tym w formie artykułu i prześlij do 31 maja 2009 roku do naszej Redakcji na adres Biura OIPiP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź) lub e-mail: [biuletyn@oipp.lodz.pl](mailto:biuletyn@oipp.lodz.pl)  
Kontakt: Agnieszka Krzysztofik tel. 042 633-69-63 wew. 316

### Regulamin konkursu:

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPiP w Łodzi.
2. Członkowie ORPiP nie mogą uczestniczyć w konkursie.
3. Prace należy przysyłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków na stronie, w tym spacje i znaki interpunkcyjne, w układzie: przeciętnie 60 znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
4. Swoje prace autorzy mogą podpisać pseudonimem, a dane przedstawić do wiadomości redakcji, która zobowiązana jest do zachowania tajemnicy.
5. Artykuły należy przysłać do 31 maja 2009 roku.
6. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone przez zespół jury.
7. Wyłonienie zwycięzców konkursu nastąpi do dnia 30 czerwca 2009 roku.
8. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone:
  - a) pierwsze miejsce - 750 zł
  - b) drugie miejsce - 500 zł
  - c) trzecie miejsce - 300 zł
9. Dziesięć najlepszych prac zostanie zaprezentowanych na łamach naszego Biuletynu, w tym dla jednej z nich - od 4 do 10 miejsca - losowo przyznana będzie nagroda niespodzianka.
10. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.

# Nikt nie zastąpi

Imię i nazwisko  
do wiadomości Redakcji

## pielęgniarki...

Jest późny wieczór. Przez uchylone okno sęczy się wiatr. Wielka kula księżycza próbuje wdrzeć się do pokoju, pokonując szczeliny żaluzji. Świat drzemie, przynajmniej w części, upojony ciszą. A ja siedzę przy moim biurku po babci i myślę. Biurko jest stare, dębowe, skłania do refleksji. A może tylko próbuję myśleć? Przed oczami migają kolejne scenki z mojego życia. Jak w filmie. Rozplątuję supetki pamięci i niepamięci. Pamięci o tym, co dobre i niepamięci o tym, co złe. Ale czy w ogóle można rozpatrywać każde zdarzenie w kategoriach dobra i zła? Nic nie dzieje się przecież bez przyczy-

ny i nawet to, co wydaje się okrutne w danej chwili może w przyszłości dać radość. Poza tym na zdarzenia zarówno te dobre, jak i na te złe należy patrzeć pod kątem ich nieuchronności. Każde z nich czemuś służy i z każdego trzeba wyciągnąć wnioski. To swobodnego rodzaju wystawianie nas na próbę. Dlaczego właśnie dziś chcę rozważyć sens mojego życia...?

Niepokojące objawy pojawiły się kilka miesięcy temu. Tak, z racji wykonywanego zawodu, nie powinienam była ich zbagatelizować. A ja, cóż...próbowałam ich nie dostrzegać, znajdowałam sobie tysiąc innych

zajęć byle nie myśleć. Niestety, czułam się coraz gorzej. Dolegliwości były na tyle silne, że nie mogłam dłużej ukrywać ich przed najbliższymi. Zawitałam więc w progi przychodni specjalistycznej i zostałam poddana szeregowi męczących badań. Teraz niecierpliwie oczekuję na wyniki. A właściwie to nie jest prawda, wcale mi się nie spieszy. Usłyszałam już pierwsze podejrzenia...jeśli się potwierdzą... Ech, nie chce się nawet o tym pisać.

Chyba właśnie stąd przegląd kart mojego życia. Tego kim jestem i byłam, co robiłam i robię, dlaczego to robiłam i robię nadal. Przegląd moich

reklama

centrum edukacji  
**Erudio**

Centrum Edukacji ERUDIO  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)  
tel. (0-42) 630 95 59 lub 0-784 009 277  
sekretariat pn.-pt. 10-18, sob. 10-15  
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

**ZAREZERWUJ SOBIE  
MIEJSCE PRZEZ  
TELEFON!  
042 630 95 59**

sekretariat pn.-pt. 10-18, sob. 10-15



### ZAPRASZAMY NA KURSY

#### KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne  
Pielęgniarstwo operacyjne

#### KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej  
Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie  
zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i  
wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią

#### SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych •  
Leczenie ran

#### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków

#### SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia  
ochronne • Wskazanie badania soirometrycznego

**CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE  
ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V OIPIP w Łodzi w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego można ubiegać się o zwrot 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach

**PŁATNOŚĆ  
ROZKŁADAMY NA  
DOGODNE RATY**

**GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!  
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**

**[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)**

myśli czesanych szczotką, marzeń nie ułożonych alfabetycznie, snów, które pozostaną tylko snami i tylko dla mnie i ludzi, z którymi zetknął mnie los. Ludzi cierpiących, trawionych chorobą i bólem, dzieci, pożeranych w najpiękniejszych dniach życia przez potwory - mutanty, na które nie ma rady, ale często uśmiechniętych, którzy pozwolili mi docenić życie, jakim obdarzył mnie Bóg i znaleźć jego sens.

Tak, od 20 lat jestem pielęgniarką i wolontariuszką w hospicjum. Jestem pielęgniarką z wyboru, myśli i uczuć, choć nie wysłałam powołania z mlekiem matki. Odkąd pamiętam tliło się we mnie pragnienie pomagania innym. Stąd pomysł szkoły pielęgniarskiej. Pracuję z dorosłymi i dziećmi. Staram się ich wspierać, pomagać, dodawać otuchy, nieść nadzieję, gdy jej brakuje. Wykonywany przeze mnie zawód stanowi połączenie wzniosłej próby niesienia pomocy innym z tak odpowiedzialną i pełną codziennych rozczarowań odpowiedzialnością.

Bycie „siostrzyczką” - jak często kroczyć nazywają nas pacjenci to umiejętność utożsamiania się z drugim człowiekiem i jego chorobą, tolerancji (każdy pacjent jest inny, każdy wymaga indywidualnego podejścia), oddzielenia życia zawodowego od prywatnego - to wiara, że będzie dobrze. To także umiejętność zachowania własnych sądów dla siebie. Opiekować bowiem należy się każdym: człowiekiem uczciwym i przestępcą, szczęśliwie posiadającym bliskich, jak i bezdomnym. Moja praca to źródło satysfakcji i radości z jednej strony oraz potoków łez i zamartwiania się z drugiej. Takt, często odwaga i dyplomacja, a także zachowanie szczególnej uwagi, by się nie pomylić (chodzi przecież o życie) to codzienność tysięcy pielęgniarek. To także pokora - chory człowiek jest zdolny do wszystkiego, więc możemy stać się przedmiotem agresji z jego strony zarówno tej słownej, która bardziej boli, jak i fizycznej. Pocieszenie stanowi fakt, że nikt nie zastąpi pielęgniarki, żadne nawet najbardziej

czułe urządzenie. Żadna maszyna nie okaże troski i współczucia dla pacjenta.

Supelki pamięci...Powoli, jak w kadrze przesuwają się kolejne etapy życia. Pamiętam pacjentkę. Trafiła na oddział w bardzo ciężkim stanie. Dozła jednak do siebie, polubiłam ją, rozmawialiśmy - szczególnie w czasie nocnych dyżurów - na ciekawe, intrygujące tematy. Wreszcie przyszedł ten dzień, gdy miała wyjść do domu. Cieszyłam się. Wierzyłam że będzie dobrze...Wiele się od niej nauczyłam: to ona dodawała mi odwagi, żartowała, uczyła mnie życia. Może ktoś uzna, że to nie jest profesjonalne podejście do pacjenta - tak nas uczą - nie przywiązuj się, bo będziesz cierpieć... Ale przecież to drugi człowiek nie rzecz, przedmiot. Nie tylko personel medyczny dodaje wiary. To pacjenci nas motywują do coraz lepszej pracy, dają nam siłę, aby przetrwać takie sytuacje... Dziękuję za nadzieję...

Czuła się już całkiem dobrze, spacerowała po korytarzu, nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Kilka dni później znów trafiła do oddziału. Zmarła. Dlaczego? To pytanie zadaję sobie zawsze w takiej chwili i nie potrafię na nie odpowiedzieć. Każdy dzień więc to kolejna niewiadoma, tajemnica, której nie można rozszyfrować. To było moje pierwsze „zawodowe” spotkanie ze śmiercią.

Były też momenty, gdy czułam się strasznie zmęczona, nie mogłam się doczekać magicznej 19:00, czyli końca dyżuru. Musiałam gdzieś uciec, wyjechać, nie myśleć przez chwilę, delektować się świeżym powietrzem, wsluchiwać w szum drzew i śpiew ptaków, nie martwić się, że jutro wczesnie rano znów pobudka, bo trzeba pójść do pracy. Zawsze jednak wracałam, pełna zapału i energii, bo tu, wśród mich podopiecznych, czuję się jak ryba w wodzie.

Zdaniem wielu, szpital to ostateczność, słyszałam nawet kiedyś bardzo pejoratywne określenie „umieralnia”. Ja i moje koleżanki staramy się to

zmienić. Każdego dnia podejmujemy próby wywołania uśmiechu na twarzach pacjentów. Jeśli się uda, to najlepsza nagroda.

Kolejny supełek, który rozwiązuję to dzień, kiedy po raz pierwszy widziałam poród poprzez cięcie cesarskie. Urodziła się śliczna dziewczynka. Cięża była zagrożona, ale dziecko urodziło się zdrowe. Nad wyraz krzykliwe. Jego płacz wypełnił momentalnie salę operacyjną. Cud narodzin. Warto było uczyć się tyle lat, by być jego świadkiem. I pomimo, że wiele razy uczestniczyłam w podobnych zabiegach, ten jakoś najbardziej utkwiał mi w pamięci. Może dlatego, że pierwszy...

Pisałam już, że pracowałam także jako wolontariusz w hospicjum dla dzieci? Już nie pamiętam, skąd wzięła się u mnie taka myśl. W każdym razie ja - w zasadzie odważna kobieta, którą życie doświadczyło nie raz - jak nigdy obawiałam się pierwszej wizyty w hospicjum. Chodziło bowiem o dzieci, te najmniejsze, a jakże bardzo chore istotki. Bałam się, czy wytrzymam widok ich cierpienia, łysych główek okrytych dżokejkami czy chustkami. Smutne dziecięce oczy powitały mnie w progu. Smutne...Tak mi się wydawało, bo buzie miały roześmiane, były pogodne, pogodzone z losem, choć w ich krwi krążyła kolejna dawka środka przeciwbólowego. Było ich troje: dwie dziewczynki i chłopczyk. Później dowiedziałam się, że reszta dzieci, będących pod opieką hospicjum, przebywa w domach, wśród bliskich i tam odwiedzają ich wolontariusze. Nic bowiem nie zastąpi - w ostatnich chwilach życia - atmosfery rodzinnego domu. Ja różnie - czasami odwiedzałam dzieciaki w domach, czasami w oddziałach szpitalnych. Nigdy nie wiedziałam, które z nich widzę ostatni raz. Bawiłam się z nimi, czytałam bajki, uczyłam matematyki, rozmawiałam - także o rzeczach poważnych jak śmierć - i obserwowałam jak powoli tracą siły, maleją w oczach. Moja poduszka często była mokra od łez, a w głowie kottowało



się mnóstwo zarzutów w stosunku do tej najwyższej instancji, jaką jest Bóg. A one miały marzenia, były ciekawe świata i ludzi, miały liczne zainteresowania, śmiały się, nie miały świadomości upływającego czasu, liczyło się dla nich tu i teraz. Zaskakiwało tylko, jak bardzo te dzieciaki były świadome swego umierania. A przecież w nas dorosłych - zjawisko śmierci budzi lęk, choć jesteśmy świadomi faktu, że taka jest kolej rzeczy, śmierć jest nieuchronna. Dzieciaki były odważne, bohatercko znosiły ból, nie skarżyły się, choć często tę walkę przegrywały. Wyczuwalna obecność śmierci w ich życiu sprawiała, że każdą jego chwilę chciały spędzić bardzo intensywnie.

Tak, chciałam być przy tych, którzy gasną... To były najtrudniejsze chwile, kiedy trzeba się było pożegnać. Dzieci, ich rodziny i mnie podobni wiedzieliśmy jednak, że jest czas życia i czas umierania i nic nie jest w stanie tego zmienić.

Potrzeba dawania siebie drugiemu człowiekowi - to istota pracy pielęgniarki. To radość, gdy pacjent nabiera sił, zaczyna jeść, samodzielnie się poruszać. To nagroda za trud i pracę włożoną w opiekę nad nim, nagroda

za zastrzyki, masaże zwiotczonych kończyn, zmienianie pampersów, trzymanie za rękę. To także umiejętność milczenia, gdy nic powiedzieć już nie można, trzymanie za rękę, po prostu bycia. W obliczu choroby nie mają znaczenia stopy tabletek, pozostawienie w ciszy, chodzenie na palcach. Za to bardzo ważna jest obecność drugiego człowieka, jego czas, uśmiech, rozmowa, okazana serdeczność.

Moim pacjentom, i tym szpitalnym i tym z hospicjum, starałam się dać mój czas, serdeczność, otuchę, nadzieję. Sama dostawałam w zamian niewyczerpane pokłady wiedzy o sensie życia, uczyłam się pokory, wyrozumiałości, cierpliwości, wyciszenia, tego wszystkiego, o czym zapomina się w szybkiej szarej rzeczywistości. Powoli stawałam się inną osobą, bogatszą wewnątrz. Nauczyłam się rozmawiać o tematach najtrudniejszych, przestały one być dla mnie tabu. Przemijanie, kruchość ludzkiego życia, radość i cierpienie to przecież elementy naszej egzystencji. Nic, czego należałoby się wstydzić. Stanowią tajemnicę, której nie można odkryć, ale o której można rozmawiać.

Już prawie północ, a ja wciąż nie kwapię się do spania. Te notatki to

tylko niewielki wycinek mojej pracy. To tylko strzępki myśli, które kłębią się w głowie. Można by napisać książkę. Ech, wiem jedno zawsze należy zwracać uwagę na drugiego człowieka, bo każdy spotkany na naszej drodze może nas czegoś nauczyć i on może uczyć się od nas. Człowiek bowiem realizuje się tylko wtedy, gdy kocha i daje siebie innym. Tak, jak czyni to pielęgniarka. To tyle na dziś.

Ogarnia mnie niepokój o jutro, choć ponoć ważne jest to, co jest dziś, bo wczoraj jest już przeszłością, zaś jutro jeszcze tajemnicą. A skoro nawet księżyc, który nadal pragnie wtargnąć do mojego pokoju nie jest w stanie zdradzić mi jej chyba oddam się w objęcia Morfeusza, by zatonać wreszcie w krainie snu.

P.S. Otrzymałam wyniki badań. Jestem prawie zdrowa. Z tymi niewielkimi dolegliwościami jakoś sobie poradzę. I dalej będę mogła pełnić moją misję.

---

## kącik emerytek

Zdzisława Kulesza

### Zwiedzamy Łódź...

**W** dniu 5 lutego o godz. 12.00 zebraliśmy się przed Ratuszem, by udać się do Apteki - Muzeum Historii Farmacji im. prof. Jana Muszyńskiego usytuowanej na Placu Wolności pod nr 2.

Pierwsza apteka w Łodzi powstała dopiero w 1828 r. i mieściła się w Rynku Nowego Miasta 2 (obecnie Plac Wolności 7). Karol Ketschon - jej właściciel - zmarł w 1830 r. i aptekę dzierżawili kolejni aptekarze.

W 1840 r. przeniesiono ją do nowego budynku, w którym znajduje się obecnie muzeum.

Wnętrze wyposażone jest w stylowe meble apteczne wpisane do rejestru zabytków. Na półkach wystawiono bogate zbiory oryginalnych naczyń, słoje, butelki, pudełka, wagi apteczne i różne przybory do przygotowywania leków, tabletek, maści oraz kosmetyków. Zadziwiły nas bardzo duże moździerze z pałkami do mieszania i urządzenia do ich unoszenia. Znajdują się tu również obrazy, stare druki, gazety, bogata fachowa biblioteka.

Mąż naszej koleżanki - Leszek Fabian - przekazał do zbiorów pamiątki po ojcu aptekarzu. Były to kalendarze

farmaceutyczne oraz zdjęcia z 1946 r. z apteki na rogu ulic Piotrkowskiej i Radwańskiej, gdzie pracował jego ojciec.

Pani oprowadzająca opowiedziała nam wiele ciekawych wiadomości z dawnych dziejów aptekarstwa. Wzbogaceni wiedzą i zadowoleni z wycieczki wpisaliśmy się do Księgi Pamiątkowej.

Muzeum Farmacji jest bardzo ciekawą i godną obejrzenia placówką, którą polecamy wszystkim.

# postępowanie przeciwepidemiologiczne w przypadku choroby zakaźnej na przykładzie odry

1. Czynniki etiologiczne:  
Rodzaj - Morbilli virus  
Rodzina - Paramyxoviridae  
Wirus odry odpowiedzialny za zakaźną chorobę wysypkową wieku dziecięcego.
2. Rezerwuar czynnika etiologicznego - człowiek.
3. Źródło zakażenia - człowiek chory w okresie zaraźliwości.
4. Okres wylęgania - od 7 do 18 dni, licząc od zakażenia do wystąpienia gorączki (przeciętnie 10 dni) lub około 14 dni do wystąpienia wysypki, z tendencją do wydłużania się u osób dorosłych.
5. Drogi szerzenia - droga kropelkowa lub powietrzno - kropelkowa, przez bezpośredni kontakt z osobą chorą, rzadko przez przedmioty zanieczyszczone wydzieliną z nosa i gardła osoby zakażonej.
6. Wrota zakażenia - drogi oddechowe i spojówki.
7. Wydalanie - wirus znajduje się w wydzielinie jamy nosowo - gardłowej i łożach już w okresie wylęgania, na 1 - 3 dni przed wystąpieniem gorączki i kaszlu czyli na około 5 dni przed pojawieniem się wysypki i do 3 dni po wystąpieniu wysypki. Wirus wydalanany jest również z moczem. Brak nosicielstwa.
8. Opis kliniczny - w typowym przebiegu choroby po okresie wylęgania

Przed wprowadzeniem szczepień ochronnych odra występowała na całym świecie, przeważnie endemicznie z zaostrzeniami epidemicznymi. W umiarkowanej strefie klimatycznej, w której znajduje się Polska, nasilenie zachorowań występowało zimą i wczesną wiosną. Wprowadzenie na szeroką skalę w latach 60 - tych ubiegłego wieku szczepień przeciw odrze spowodowało zmniejszenie zapadalności i umieralności wśród dzieci. W Polsce przed wprowadzeniem szczepień zapadalność na odrę w latach endemicznych wynosiła do 600/100 tys., a w między endemicznych 300 - 400/100 tys. Ostatnia epidemia wyrównawcza w 1998 roku spowodowała 2255 zachorowań, zapadalność wynosiła 5,8/100 tys.; w 2004 roku zapadalność wynosiła zaledwie 0,03/100 tys. W 2006 roku liczba zachorowań wzrosła do 120 przypadków - zapadalność 0,32/100 tys. W ostatnich latach w Polsce można spotkać się z zachorowaniem na odrę - są to tzw. zachorowania zawleczone.

rozpoczyna się okres nieżytowy (związków, prodromalny). Występują gorączka powyżej 38 st. C, nieżyt błony śluzowej gardła; silny, suchy kaszel, ostry nieżyt spojówek ze światłowstrętem i łzawienie (zwłaszcza u starszych dzieci i osób dorosłych) oraz nieżyt błony śluzowej nosa (katar, ciekący nos). Przy końcu tego okresu (na 2-3 dni przed wysypką) u 80% chorych na przekrwionej błonie śluzowej policzków, na wysokości zębów przedtrzonowych pojawiają się 1 - 2 mm białawe plamki Koplika, które bledną i wkrótce znikają. Przeważnie 14 dnia od zakażenia (3 - 4 dzień choroby), przy utrzymującej się wysokiej gorączce, pojawia się wysypka plamista - grudkowa, nieswędząca o charakterystycznej kolejności umiejscowienia - najpierw przy linii włosów i za uszami, przechodząca na twarz, następnego dnia na tułów, a później na kończyny - dopiero w tym okresie spada gorączka. Na ogół wysypka utrzymuje od 3 do 7 dni, a ustępuje w takiej kolejności, w jakiej się pojawiła. Po wysypce pozostają przebarwienia. Kaszel utrzymuje się jeszcze przez kilka dni i ustępuje jako objaw choroby. Powikłania mogące wystąpić w przebiegu odry to: zapalenie ucha środkowego, nieżyt żołądkowo - jelitowy z biegunką, zapalenie płuc, zapalenie mózgu i/lub zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych.

9. Leczenie swoiste stosowane zgodnie z zaleceniami lekarza.



Postępowanie w przypadku konsultowania lub przyjęcia do placówki lecznictwa zamkniętego osoby podejrzanej lub chorej na odrę:

- osobę podejrzaną lub z objawami odrzy należy umieścić w osobnym pomieszczeniu (w izolacie), nie dopuszczając do kontaktu z innymi pacjentami Izby Przyjęć,

- wstrzymać przyjęcia innych pacjentów,

- personel powinien zastosować odzież ochronną (fartuch, rękawiczki i maseczkę na twarz),

- przed i po kontakcie z osobą chorą należy umyć i zdezynfekować ręce,

- osobę chorą należy skierować do placówki leczącej choroby zakaźne,

- w przypadku konieczności przyjęcia osoby chorej do placówki należy zastosować izolację i przestrzegać prawidłowego postępowania obowiązującego w izolacji chorób przenoszonych drogą kropelkowo - powietrzną,

- po skończonym badaniu lub konsultacji pomieszczenia, w których przebywał pacjent należy zdezynfekować, umyć i wywietrzyć,

- należy przeprowadzić wywiad i ustalić czy osoby z kontaktu chorowały na odrę oraz czy zostały zaszczepione w dzieciństwie,

- w przypadku, gdy osoba z kontaktu nie pamięta czy chorowała na odrę lub nie została zaszczepiona należy pobrać krew na przeciwciała odrowe w klasie IgG,

- pracownik z kontaktu z osobą chorą na odrę, który nie chorował na odrę lub nie był zaszczepiony przeciwko odrze powinien zostać odsunięty od pracy na czas uzyskania wyników przeciwciał odrowych lub na czas wyłączenia choroby,

- osoby z kontaktu, które nie chorowały na odrę i nie były szczepione w dzieciństwie mogą być zaszczepione przeciw odrze w ciągu pierwszych 72 godzin od momentu kontaktu,

co chroni je przed zachorowaniem i zapobiega szerzeniu się epidemii,

- zamiast szczepienia można zastosować podanie immunoglobuliny odrowej, możliwie jak najszybciej po ekspozycji,

- zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234 poz. 1570) odra umieszczona jest w załączniku z wykazem zakażeń i chorób zakaźnych, które podlegają obowiązkowemu zgłoszeniu i rejestracji.

Literatura:


„Choroby zakaźne i pasożytnicze - epidemia i profilaktyka” pod red. W. Magdzika, D. Naruszewicz – Lesiuk, A. Zieliński, Wydanie VI, 2007

reklama

## WYDAWNICTWO




- Urbane B. (red.)  
**Zawód pielęgniarki na Ziemiach Polskich w XIX i XX wieku**  
464 s. B5, cena 78 zł
- Domżał-Drzewicka R., Ścibior A., Kaźmierak H. (red.)  
**Uzależnienia a rodzina. Wybrane zagadnienia**  
288 s. A4, cena 78 zł
- Bielecki K. (red.)  
**Narzędzia, protezy i szwy chirurgiczne**  
240 s. A4, cena 78 zł
- Budynek M., Nowacki C.  
**Opatrywanie ran. Wiedza i umiejętności**  
224 s. B5, cena 42 zł
- Kilańska D. (red.)  
**Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej t. I**  
208 s. B5, cena 38 zł
- Brosowska B., Mielczarek-Pankiewicz E.  
**Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej t. II**  
176 s. B5, cena 38 zł
- Kawczyńska-Butrym Z.  
**Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość**  
208 s. A5, cena 33 zł
- Domżał-Drzewicka R., Gałęziowska E. (red.)  
**Nowoczesne metody rozpoznawania płodności. Wybrane zagadnienia**  
172 s. A5, cena 28 zł
- Urbane B. (red.)  
**Zawód dentysty - lekarza stomatologa na ziemiach polskich w XIX i XX wieku**, 292 s. B5, cena 58 zł
- Ciurus M.  
**Pielęgniarstwo operacyjne**  
336 s. B5, cena 58 zł
- Czarnecka Z., Malińska W.  
**Instrumentarium i przebieg zabiegów w chirurgii, ginekologii i urologii**  
272 s. B5, cena 48 zł
- Kabata J., Kalinowski L., Szczepańska-Konkel M., Angielski S.  
**Badania laboratoryjne w codziennej praktyce - wartości referencyjne i interpretacyjne**, 376 s. B6, cena 38 zł





☎ 0-81 71-88-900 lub 0-502-360-110

www.lsm.pl





## Eutanazja

**K**res życia ludzkiego jest jedną z największych i jednocześnie najtrudniejszych do zrozumienia tajemnic ludzkiego istnienia. Tempo życia, jakie jest nam narzucone we współczesnym świecie sprawia, że nie myślimy o czekającej nas śmierci, bowiem sama zaduma nad nią rodzi w człowieku lęk, wywołuje smutek. Toteż uciekamy przed prawdą o egzystencji i myślą o śmierci. Świadomość śmierci jest jednym z głównych wyróżników gatunkowych człowieka w stosunku do innych naczelnych. Proces śmierci rozpoczyna się na poziomie świadomości dopiero wtedy, kiedy uświadomimy sobie o jej nieuchronności, np. w sytuacji diagnozy: „rak złośliwy”. Na tym etapie pojawia się szereg pytań i dylematów moralnych dotyczących sensu życia, cierpienia oraz prawa do życia. Zdarza się, że pacjent, który słyszy o swej nieuleczalnej chorobie wypiera z umysłu myśl o śmierci. Mobilizację sił psychicznych do ograniczenia skutków choroby istniejących w silnej i bogatej osobowości, ułatwiają lub utrudniają uczucia, emocje, nastroje, napędy. Z powodu postępu choroby pogarsza się sytuacja

społeczna chorego, pojawia się większe uzależnienie od innych, od sytuacji, warunków materialnych, sprawności systemu pomocy. Choroba terminalna wywołuje mnóstwo dylematów, rodzi się myśl o szybkiej śmierci - tzw. eutanazji. Ale czy nie jest to zamach na podstawowe prawo człowieka - prawo do życia?

### Etyczne aspekty eutanazji

Dla lekarzy oraz innych członków zespołu terapeutycznego życie ludzkie jest tak wielką wartością, że nie wolno go niszczyć ani traktować instrumentalnie. Medyczna służba życiu jest wyrażeniem głęboko ludzkiego i chrześcijańskiego zadania, które jest podejmowane i spełniane jako działalność nie tylko techniczna, ale i pełna miłości dla „bliźniego”. Nie dziwi więc etyczne odniesienie się do eutanazji, bowiem budzi ona wiele kontrowersji. Sposób pracy klinicysty stanowi najwyższy poziom wykorzystania naukowej metody badania objawów, rozpoznawania i leczenia choroby dla dobra indywidualnego chorego. Praca lekarza przy łóżku nieuleczalnie chorego

pacjenta wyróżnia się wieloma wyjątkowymi cechami i okolicznościami. Rodzaj i jakość decyzji powziętych przez lekarza wpływa wyraźnie na szanse utrzymania życia, na jakość cierpienia i wielkość stresu u osoby oddanej jego opiece. Praca odbywa się w okolicznościach związanych z największymi napięciami intelektualnymi i emocjonalnymi, przeżywanymi przez samego pacjenta, jego rodzinę oraz otoczenie, a także przez zespół leczący. Z punktu widzenia etyki zawodowej oczywiście jest niedopuszczenie do eutanazji. Można śmiało stwierdzić, że zadania zawodowe lekarzy nakładają szczególne rygory, a z pojęciem eutanazji wiąże się, tzw. samobójstwo wspomagane. Zawód lekarza wiąże się z obroną życia, więc nie można wykonywać, ani usprawiedliwiać aktów eutanazji. To przede wszystkim lekarz powinien być świadomy, co niesie ze sobą eutanazja, że życie ludzkie musi być szczególnie dla niego święte, a proces „dobrej śmierci” niegodziwy. Z etycznego punktu widzenia eutanazja jest niesprawiedliwością, bo uderza w najbardziej podstawowe prawo każdego człowieka, jakim jest

prawo do życia. Problemy etyczne, powiązane z końcem życia, dotyczą zachowania dwóch wartości: szacunku dla ludzkiego życia, jak i godnej śmierci. Tak naprawdę argumenty, które przemawiają za eutanazją są powiązane głównie z konsekwencjami, a mniej z zasadami. Mocnym argumentem jest skrócenie cierpienia chorego w stanie terminalnym, ulżenie rodzinie pacjenta, i ta myśl dosięga zarówno lekarzy jak i członków zespołu terapeutycznego. Lecz prawo człowieka do życia powoduje, że wybór z etycznego punktu widzenia jest oczywisty.

### Uregulowania prawne w Polsce

By móc mówić o legalizacji eutanazji, należy rozważyć ją w aspekcie prawnym. Znacząco wzrosła autonomia pacjenta oraz jego oczekiwania związane z jakością życia. Wraz z rozwojem technologicznym zmianom uległ również kontekst medyczny. Związane jest to z coraz lepszą opieką nad pacjentem w stanie terminalnym i uwalnianie go od cierpienia. Poza tym godność każdego człowieka jest wartością, która nie może być nigdy odebrana, pomniejszona czy unicestwiona. Prawnie nie można zabrać człowiekowi jego osobowej godności, ale można w różny sposób kształtować środki ochrony tej godności poprzez ich poszerzenie lub ograniczenie. Poza tym ochrona prawna obejmuje wszystkie osoby, bez względu na cechy czy „jakość życia” danej osoby. Współcześnie polskie prawo zabrania eutanazji na żądanie pacjenta i pod wpływem współczucia dla niego, zarówno w formie czynnej, biernej, jak i pośredniej. Zgodnie z Kodeksem Karnym, osoba, która dokona eutanazji jest zagrożona karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. W wyjątkowych przypadkach sąd może nadzwyczajnie złagodzić karę, a nawet odstąpić od jej wymierzenia. Następuje to w sytuacji, gdy chory zażądał przyspieszenia

śmierci, a osoba dokonująca eutanazji działała pod wpływem współczucia i przzerwania cierpienia. Za przestępstwo uznaje się również pomocnictwo w zabójstwie. Kodeks Etyki Lekarskiej stanowczo zakazuje eutanazji, zezwala natomiast lekarzowi na podawanie silnych środków przeciwbólowych, które mogą skrócić życie chorego oraz na odstąpienie lub niepodejmowanie reanimacji czy uporczywej terapii oraz na niestosowanie środków nadzwyczajnych u osób umierających.

### Uregulowania prawne na świecie

Współcześnie eutanazja czynna jest niedozwolona i karana jak zwykle zabójstwo. Są kraje, w których ustawodawstwo karne przewiduje uprzywilejowane przestępstwo (np. Portugalia, Włochy, Niemcy). Takie jak np. Francja, Szwecja, Hiszpania nie wypowiadają się na jej temat, co oznacza, że traktowana jest wtedy jak zabójstwo z premedytacją. Prawo szwajcarskie posiada szczególną formę eutanazji, gdzie istnieje możliwość przepisania choremu leku nasennego o śmiertelnej dawce z tym, że chory musi go przyjąć samodzielnie. Do niedawna eutanazja była legalna w północnym terytorium Australii, jednak zniesiono ją na mocy ustawy o prawach osób terminalnie chorych. Jest natomiast zalegalizowana w Holandii, a brak formalnego zakazu posiada Japonia, Belgia, Luksemburg (obejmuje również chore dzieci), Albania, Japonia, zaś amerykańskie stany Texas i Oregon dopuszczają ją jako wspomaganie samobójstwo.

### Etyka chrześcijańska

Współcześnie etyka katolicka krytykuje próbę legalizacji eutanazji. Nastawienie to wynika z przekonania, opartego na Biblii, które mówi, że tylko Bóg, który dał życie, ma nad nim wyłączną władzę. Nie ma się więc co dziwić, że chrześcijaństwo jest nastawione do eutanazji negatywnie.

Kościół nie wyraża zgody na skrócenie życia, bowiem najważniejsza jest naturalna śmierć, a zastosowanie eutanazji jest nieuniknionym skutkiem skrócenia życia ludzkiego.

W świetle Biblii istnieją trzy ważne argumenty, które przemawiają przeciwko eutanazji:

1. eutanazja to działanie sprzeciwiające się Bogu;
2. eutanazja jest wymierzona w życie ludzkie, które jest najważniejszą wartością człowieka;
3. eutanazja godzi w dobro ogólne.

To życie stanowi najwyższą wartość człowieka. W hierarchii wartości, to te religijne nadają istotny, a zarazem ostateczny sens naszemu życiu. Kościół na temat eutanazji wypowiedział się np. w: Deklaracji Kongregacji Doktryny Wiary „Iura et bona”, „Evangelium vitae” oraz Katechizmie Kościoła Katolickiego. Według katolicyzmu eutanazja narusza władzę absolutną Boga, a tylko on jest Panem życia. Życie ludzkie ma pozostać święte i nietykalne. Uznaje, że możliwość odebrania życia jest nadaniem sobie prawa, a takie posiada tylko Stwórca. Nie jest zaś eutanazją rezygnacja z tak zwanej uporczywej terapii, w momencie, gdy śmierć jest już bliska i nie można już jej przeszkodzić. Uznaje, że dopuszczalne i zgodne z sumieniem jest podawanie choremu środków przeciwbólowych i uspakajających, które są stosowane w celu ulżenia choremu w cierpieniach i które wiążą się ze skróceniem mu życia, kiedy śmierć jest nieuchronna. Oczywiście mowa o uśmierzaniu bólu za pomocą opioidów, które w konsekwencji u pacjenta w stanie terminalnym prowadzą do skrócenia życia. Kościół katolicki wyraźnie potępia eutanazję na życzenie chorego i mówi, że ten kto popiera samobójczy zamiar drugiego człowieka, a także współdziała w jego realizacji (tzw. samobójstwo wspomaganie) staje się nie tyle współnikiem, co bezpośrednim sprawcą,

cechującym się brakiem jakichkolwiek moralnych zasad. Wynaturzeniem określa dokonanie eutanazji przez krewnych chorego, którzy powinni sprawować nad nim opiekę, obdarzyć miłością. Jednak na największe potępienie zasługuje eutanazja, która przebiera formę zabójstwa, czyli kiedy jest dokonana na osobie, która jej nie żądała lub nie wyraziła na nią zgody.

### Podsumowanie

Prawo do życia jest podstawowym prawem człowieka, na którym opierają się wszystkie inne prawa. Akt eutanazji doprowadza do dewaluacji godności życia ludzkiego, troski o obronę życia chorych. Dobrowolna eutanazja otwiera prostą drogę do legalizacji wszelkiej eutanazji w sytuacjach, gdy pacjent sam nie może podjąć decyzji (np. chorzy w stanie nieodwracalnej śpiączki). Praktyka eutanazji stanowi poważne zagrożenie dla medycyny, gdyż lekarz miałby nieograniczone prawo do decydowania o życiu i śmierci pacjenta. Ważne jest również, by w dyskusji na temat życia i zakazu uśmiercania wyraźnie wskazać różnicę między uśmiercaniem a dopuszczeniem śmierci, między eutanazją a rezygnacją z tzw. uporczywej terapii i przedstawić negatywne skutki, głównie społeczne, tolerowania i prawnego regulowania zjawiska eutanazji. Zniesienie bądź zamazanie tej różnicy jest, jak widać na przykładzie Holandii bramą prowadzącą do rozprzestrzenienia się fali eutanazji. Eutanazja motywowana nawet współczuciem nie może być społecznie zaakceptowaną substytucją wdrażania czy upowszechniania.

*Praca napisana przez Marzenę Gossa, studentkę II roku studiów stacjonarnych pod kierunkiem mgr Agnieszki Renn-Żurek*

## KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH POLSKICH

### ***Nie masz go tutaj, zmartwychwstał !***

*Po raz kolejny będziemy uczestnikami tajemnic zbawienia. Tajemnic, które dokonały się przed wiekami na ziemi palestyńskiej. Kościół prowadzi nas do pustego grobu Chrystusa, abyśmy wzorem pierwszych świadków usłyszeli niewiarygodne, a jednak prawdziwe: „nie masz Go tutaj, zmartwychwstał”. (ŁK 24,6).*

*A więc Jezus zmartwychwstał! Jezus żyje!*

*Wszędzie tam, gdzie serce, które przewyciężając egoizmy, przemoc, nienawiść, pochyla się z miłością ku temu, kto jest w potrzebie, tam i dziś zmartwychwstaje Chrystus.*

*Wszędzie tam gdzie umiera człowiek, który przeszedł przez życie wierząc, kochając i cierpiąc, zmartwychwstaje Chrystus.*

*Niech zmartwychwstała miłość będzie obecna w naszych sercach, rodzinach, w zakładach pracy. Niech zmartwychwstały Jezus obejmie nasze troski i smutki swoją ojcowską miłością i niech nas uczy tej miłości wobec innych.*



***Wiosennego oddechu i rodzinnych relacji życzy dla wszystkich koleżanek i kolegów Katolickie Stowarzyszenie Piełęgniarek i Położnych Polskich, Oddział Wojewódzki w Łodzi z ks. Asystentem Pawłem Sudowskim.***

### Informacje:

**Rekolekcje dla Pracowników Służby Zdrowia odbędą się w dniach 2,3,4 kwietnia 2009 w Kościele oo. Jezuitów, ul. Sienkiewicza 60 godz. 19:00.**

**Na rekolekcje zaprasza Duszpasterstwo Służby Zdrowia Archidiecezji Łódzkiej.**



# kącik biblioteczny



## Opieka pielęgniarska nad noworodkiem



**Autor: Włodzimierz M. Borkowski,  
Wydawnictwo Medycyna Praktyczna,  
Kraków 2007,  
ISBN 83-7430-077-3**

Dobry odbiór poprzedniego wydania i przydatność podręcznika w codziennej pracy pielęgniarek na oddziałach noworodkowych, upoważnił autorów do podjęcia się korekty i opracowania nowej wersji niektórych rozdziałów. W pierwszej części książki przedstawiono zarys opieki położniczej oraz ważniejsze, zdaniem autorów, powikłania ciąży. Rozdziały te zostały na nowo zredagowane, a podane wiadomości zostały oparte, gdzie tylko to było możliwe, na aktualnych i wiarygodnych danych naukowych (evidence-based obstetrics).

Opiekując się kobietą w ciąży, należy pamiętać, że podmiotem naszego zainteresowania jest również drugi człowiek, rozwijający się w łonie matki, i nasze działanie powinno uwzględniać jego dobro, tzn. przynosić mu wymierne korzyści. Liczba rekomendowanych badań dla kobiet w prawidłowej ciąży stale się zwiększa, ale argumenty za stosowaniem niektórych z nich nie do końca są przekonujące, a wiele z nich, nieobojętnych dla płodu, nie poprawia wyników położniczych i noworodkowych. Sytuacja ta wymaga od nas uważnej i niekiedy krytycznej oceny stosowanych testów w okresie prenatalnym.

W części noworodkowej dodano rozdział „Opieka nad noworodkiem matki z problemami medycznymi w czasie ciąży”, gdzie obok takich zagadnień jak cukrzyca, miastenia czy padaczka u matki, szczególną uwagę zwrócono na leczenie noworodków matek uzależnionych od narkotyków. W nowej wersji uwzględniono najnowsze poglądy na temat leczenia bólu u noworodka i podano zasady jego zwalczania. Omówiono też stosowanie nowoczesnych leków, jak surfaktant, czy tlenek azotu. Po każdym rozdziale podano lektury dodatkowe, uzupełnione najnowszymi i dostępnymi pozycjami piśmiennictwa.

W treści książki zawarto min.: opieka nad ciężarną w ciąży prawidłowej, poród prawidłowy, ciąża dużego ryzyka, rola pielęgniarki w przygotowaniu do rodzicielstwa, postępowanie z noworodkiem i ocena stanu noworodka na sali porodowej, opieka nad noworodkiem z wadami wrodzonymi, opieka nad noworodkiem z urazem okołoporodowym, opieka nad noworodkiem matki z problemami medycznymi w czasie ciąży, pielęgnacja noworodka zdrowego i chorego, regulacja temperatury ciała u noworodka, opieka pielęgniarska nad noworodkiem z zaburzeniami oddechowymi, technika wykonywania zabiegów u noworodków i inne.

Książka zachęca do opracowywania algorytmów oddziałowych, które ciągle uaktualniane pozwolą na świadczenie usług medycznych na najwyższym poziomie.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska  
gł. specjalista ds. merytorycznych