

Biuletyn

OIPiP w Łodzi

Wrzesień 2007

Kalendarium września 2007

11 – 13 września – posiedzenie NRPiP (uczestniczy A. Tasak)

18 września – spotkanie pełnomocników lecznictwa otwartego i zamkniętego

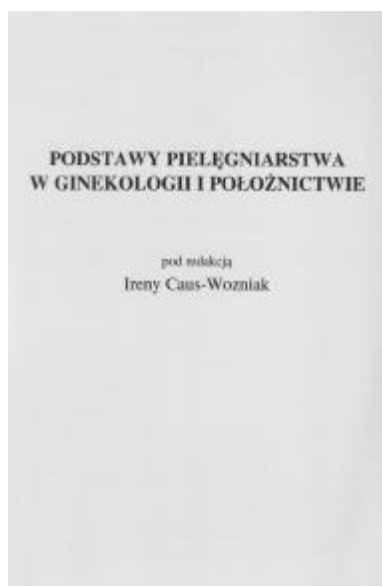
19 września – spotkanie kadry kierowniczej lecznictwa otwartego i zamkniętego

20 września – sympozjum nt. zagrożeń zawodowych na stanowisku pracy w Instytucie CZMP (uczestniczy A. Tasak)

26 września – Rada Konsultacyjna Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (uczestniczy A. Tasak),
posiedzenie Prezydium ORPiP

Aleksandra Tomczak
specjalista ds. kancelaryjnych w Biurze OIPiP w Łodzi

Kącik biblioteczny



Podstawy pielęgniarstwa w ginekologii i położnictwie

Irena Caus

Śląska Akademia Medyczna

Katowice 2007, wyd. II

Książka ta jest przewodnikiem po tematach związanych z pracownią pielęgniarско-położniczą. Poruszane zagadnienia omawiane są w kolejności, którą zaleca program nauczania położnych na poziomie szkoły wyższej. Oddawany do rąk czytelnika podręcznik skierowany jest nie tylko do studentów kierunku położniczego, lecz także pielęgniarского i innych kierunków związanych z opieką nad dzieckiem i człowiekiem dorosłym, zdrowym oraz chorym. Dzięki swej zawartości merytorycznej podręcznik pomoże w opanowaniu tematów objętych programem studiów, a literatura umieszczona na końcu każdego rozdziału pozwoli zdobyć dodatkowa wiedzę i sięgnąć do źródła informacji. W spisie treści znajdują się min.: aseptyka i antyseptyka desmurgia, ocena stanu ogólnego pacjentki, zapewnienie higieny i komfortu w łóżku, zabiegi higieniczne, profilaktyka i leczenie odleżyn, zabiegi higieniczno-pielęgnacyjne związane z wydalaniem, odżywianie i karmienie chorych, stosowanie farmakoterapii, iniekcje (wstrzyknięcia) badania diagnostyczne stosowane na sali porodowej, diagnostyka schorzeń oraz badanie gruczołu piersiowego, rola i zadania położnej w procesie pielęgnowania ran, pielęgnacja noworodka i niemowlęcia, zabiegi przeciwzapalne, rola położnej w czasie wizyty lekarskiej.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
st. specjalista ds. merytorycznych

Kącik społeczników: Krystyna Ejsmont (z domu Jurkowska)



Mam przyjemność przybliżyć dziś koleżankom osobę Krystyny Ejsmont, która od wielu lat działa społecznie zarówno na terenie Łodzi jak i na szczeblu centralnym w Warszawie. Nie wątpię, że jest ona znana licznej grupie osób, zarówno z wieloletniej pracy zawodowej jak i społecznej, ale niewiele zna bliżej drogę, jaką przeszła, dlatego dziś w pewnym skrócie postaram się ją pokazać.

Urodziła się w Grodnie, pięć lat przed wybuchem II wojny światowej. Jak większość Polaków na tamtym terenie przeszła gehenną wojenną poczynając od odejścia ojca na wiosnę w 1939 roku, wywózkę części rodziny na Syberię, łapanek, rozstrzeliwań i zmieniających się okupantów – raz sowieckich, raz niemieckich. Choć sama miała lat kilka, musiała

zaopiekować się młodszym rodzeństwem po aresztowaniu i wywiezieniu ojca oraz ukrywaniu się matki. Te wszystkie okoliczności i ciężkie przeżycia pozostawiły trwały ślad w jej psychice i przyczyniły się do ukształtowania czy rozwinięcia cech opiekuńczych, a także do przyjęcia postawy przeciwstawiania się wszelkiej agresji i tym poczynaniom, jakie prowadziłyby do wojny.

W marcu 1945 roku wobec groźby wywiezienia ocalałej jeszcze części rodziny na Sybir, udało się im dostać do transportu jadącego do Polski. Opuszczenie Grodna łączyło się, oczywiście, z utratą mieszkania, ale i całego dorobku życia rodziców. Początkowo zatrzymali się w Łodzi u rodziny, następnie pani Krystyna została zabrana przez stryjka do Klucz koło Olkusza, gdzie okresowo zamieszkała i uczęszczała do IV klasy szkoły podstawowej. Piątą klasę ukończyła w Bytomiu, dokąd przeniosła się rodzina. W czasie nauki szkolnej była aktywnym członkiem ZHP uzyskując różne stopnie w hierarchii aż do drużynowej. W 1950 roku zrezygnowała z członkostwa wobec żądania ze strony władz zapisania się do ZMP. Gimnazjum ukończyła w Łodzi i zapisała się do Szkoły Pielęgniarskiej nr 1, którą ukończyła w 1952 roku. Zgodnie z obowiązującym w owym czasie nakazem pracy została skierowana do przychodni przy Zakładach Włókien Sztucznych „Anilana”. W tym czasie wyszła za mąż i rozpoczęła starania w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej o uzyskanie zezwolenia na przeniesienie do Giżycka, gdzie mieszkał mąż. Prośbę Jej rozpatrzono pozytywnie i od 1 marca 1953 roku rozpoczęła pracę w szpitalu powiatowym na oddziale dziecięcym, a potem w pomocy doraźnej i na sali operacyjnej jako instrumentariuszka.

W 1956 roku urodziła syna i przez krótki czas pracowała w ambulatorium w punkcie repatriacyjnym dla ludzi wracających z ZSRR do kraju. Po zakończeniu urlopu macierzyńskiego na krótko podjęła pracę w żłobku, a następnie przeniosła się do szpitala na oddział laryngologiczno-okulistyczny. W październiku 1960 roku powróciła do Łodzi i rozpoczęła pracę pielęgniarki środowiskowej w poradni przeciwgruźliczej. W okresie od 1.09.1964 roku do 30.08.1965 roku pracowała jako nauczycielka w Zasadniczej Szkole Medycznej Asystentek usytuowanej na bazie Szpitala im. Jonschera przy ul. Milionowej 14. W tym czasie uzupełniła średnie wykształcenie uzyskując świadectwo dojrzałości. Starła się o przyjęcie na Wydział Pedagogiki UŁ, ale nie dostała się. Z pracy w szkole asystentek zwolniła się na własną prośbę wobec uzyskania propozycji objęcia stanowiska przełożonej w tym szpitalu. W maju 1971 roku objęła to stanowisko a od marca 1972 roku została naczelną pielęgniarką w dzielnicy Łódź-Górna. Działając na tym stanowisku starała się umożliwić pielęgniarkom uzyskanie świadectwa dojrzałości oraz kończenie różnych kursów

specjalistycznych. Kierowała też asystentki pielęgniarские mające maturę do Rocznej Szkoły dla Asystentek, aby zdobyły pełne kwalifikacje pielęgniarские. Sama też ukończyła 10-miesięczny kurs dla kierowniczej kadry pielęgniarskiej. Wraz z zespołem oddziałowych zaczęły opracowywać projekt dokumentacji pielęgniarskiej. Dzięki zaangażowaniu całego zespołu ZOZ Łódź-Górna uzyskał pierwsze miejsce w konkursie na najlepszy ZOZ w Polsce, a w następnym roku pierwsze miejsce w województwie.

Aktywnie działało w tym czasie Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w dzielnicy Łódź-Górna. Organizowało ono wiele szkoleń kursowych oraz wycieczek do najlepszych placówek służby zdrowia m.in. Szpitala Dziecięcego w Prokocimiu, Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, ZOZ w Olsztynie i Zielonej Górze, Centrum Medycznego we Wrocławiu i innych.

W latach 1968 – 1972 pracowała dodatkowo jako wychowawczyni internatu w Liceum Medycznym Pielęgniarstwa nr 1 przy ul. Narutowicza 122.

W 1978 roku została skierowana przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej na dwutygodniowy pobyt do Budapesztu w celu zapoznania się z węgierską służbą zdrowia.

W 1982 roku przeszła na rentę ze względu na stan zdrowia. W okresie 1983 – 1986 będąc już na emeryturze prowadziła własną działalność gospodarczą. W 1987 roku zawiesiła emeryturę i skorzystała z propozycji objęcia stanowiska zastępczyni naczelnej pielęgniarki w Szpitalu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, gdzie pracowała do lipca 1990 roku. W tym czasie szpital był jeszcze w budowie, a następnie w stadium organizowania się, uczestniczyła więc we wszystkich fazach organizacji placówki, jej wyposażania, opracowywania statutów i regulaminów oddziałów i przyjmowania personelu. Z zespołem pielęgniarek oddziałowych zostały opracowane karty indywidualnej opieki pielęgniarско-położniczej prawie dla wszystkich oddziałów. Mimo akceptacji tych projektów przez dyrektora szpitala – prof. dra Szpakowskiego – nie wszystkie zostały wprowadzone w życie.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w Łodzi, którego pani Krystyna była członkiem od 1961 roku, doceniając jej ogromne doświadczenie zawodowe na różnych szczeblach hierarchii zawodowej i doskonałą znajomość problematyki pielęgniarskiej w 1989 roku rekomendowało ją i zgłosiło jako kandydata na posła. Przy znacznej pomocy środowiska pielęgniarского wyboru do Parlamentu wygrała. Mandat posła piastowała w okresie od 18.06.1989 do 1991 roku. W lutym 1990 roku złożyła do łaski marszałkowskiej projekt ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, który przeszedł szeroką konsultację w środowisku pielęgniarским i uzyskał akceptację delegatów X Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. 5 maja był prezentowany na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Ponieważ wpłynął jeszcze jeden projekt przygotowany przez Naczelną Pielęgniarkę Kraju, obydwa projekty skierowano do ponownej analizy w podkomisji do spraw ustawy o samorządzie, której przewodnictwem powierzono pani Ejsmont. Po dokonanych pracach tekst przedstawiono na posiedzeniu plenarnym Senatu oraz Sejmie. W dniu 19.04.1991 roku ustawa została uchwalona, a w dwa dni później podpisana przez Prezydenta RP.

W okresie pełnienia funkcji posła pani Krystyna pracowała w Komisji Zdrowia, była jedną z współzałożycielek Parlamentarnego Koła Kobiet. Była też autorką kilku parlamentarnych interpelacji poselskich, opracowań i dezyderatów. Uczestniczyła w pracach organizacyjnych przygotowujących I Krajowy Zjazd Samorządu. Na tym zjeździe została wybrana na członka Naczelnej Rady a następnie przez Naczelną Radę na skarbnika, którą to funkcję pełniła do 1994 roku.

Pracowała także w Komisji Prawa i Legislacji Naczelnej Rady i uczestniczyła w opracowaniu projektu o zawodach pielęgniarek i położnych. Była również członkiem Komisji Skarg i Wniosków przy Naczelnej Radzie oraz przewodniczyła zespołowi do spraw poradni ekologicznej. Równoległe z działalnością w Naczelnej Radzie uczestniczyła w tworzeniu

samorządu w Łodzi. Na I Zjeździe Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (OIPiP) wybrana została na członka Okręgowej Rady.

Pani Ejsmont od 1953 roku należała do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia a od 1961 roku do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP). Przez jedną kadencję była wiceprzewodniczącą oddziału, a przez dwie kadencje – przewodniczącą oddziału łódzkiego PTP.

Za swój ogromny wkład pracy dla pielęgniarstwa pani Ejsmont otrzymała wiele odznaczeń: Srebrna Odznaka Związkowa (1971), Srebrny Krzyż Zasługi (1983), Medal XXX-lecia (1974), Złoty Krzyż Zasługi (1980), Odznaka za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia (1982), Honorowa Odznaka PTP (1983), Honorowa Odznaka m. Łodzi (1984), Medal XL-lecia (1984), Krzyż Kawalerski Odrodzenia Polski (1989), Medal z okazji X-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych (2001).

dr Barbara Dobrowolska
przewodnicząca Komisji Historycznej
przy Zarządzie Oddziału PTP w Łodzi

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniach 9 października i Prezydium ORPiP w dniu 26 września 2007 roku

- ⇒ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 27 pielęgniarkom i 2 położnym.
- ⇒ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu – 18 pielęgniarkom.
- ⇒ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ⇒ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 7 pielęgniarek.
- ⇒ Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony – 12 pielęgniarek.
- ⇒ Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 6 praktyk pielęgniarek, w ramach umowy z innym podmiotem.
- ⇒ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat – 3 pielęgniarkom skrócono okres przeszkolenia.
- ⇒ Podjęto decyzje o wpisaniu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:
 - pod Nr 36 kurs dokształcający w zakresie „Rehabilitacja fizyczna i psychospołeczna pacjentów z wyłonią stomią – Rola edukacyjna pielęgniarki” realizowany w Inowłodzu i Spale przez INPLUS CKKM z Warszawy.
 - pod Nr 37 szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa epidemiologicznego” realizowany przez WCZP w Łodzi.
- ⇒ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - konferencji – 10 osobom,
 - kursie dokształcającym – 3 osobom,
 - studiach podyplomowych – 1 osobie.
- ⇒ Przyznano 4 nagrody finansowe po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry.
- ⇒ Przyznano zapomogi bezzwrotne po: 1000 zł – 2 osobom. 5 osobom odmówiono przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – brak potwierdzenia zaistniałego nagłego zdarzenia losowego.
- ⇒ Zatwierdzono:
 - koszty udziału przedstawicieli OIPiP w:
 - III Międzynarodowej Konferencji naukowo-szkoleniowej „Życiodajna śmierć” w Białymstoku, w dniach 6-9.12.2007 roku – 4 osobom: 2 pielęgniarkom z opieki długoterminowej i 2 położnym.
 - XII Konferencji szkoleniowej Fundacji Rodzic po Ludzku „Trauma narodzin – jak dalece przebieg porodu wpływa na zdrowie matki i dziecka?” w Warszawie, w dniach 12 – 13.11.2007 roku – 2 położnym.
 - Konferencji „Doświadczenia Śląskich Jednostek Opieki Zdrowotnej w Zakresie Systemów Zarządzania Jakością” w Katowicach, w dniu 15.10.2007 roku – 11 osobom.
 - honoraria dla 4 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynach Nr 10/2007,
 - zmiany w składzie osobowym 2 komisji problemowych: Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego i Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej – wpisano 4 osoby,
 - kontynuację ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej członków OIPiP w Łodzi na rok 2008 – warunki ubezpieczenia opublikowane będą w Biuletynie Nr 12/2007,
 - koszty wydania publikacji „Proces pielęgnowania jako metoda jakości w dokumentacji pielęgniarki i położnej”.
 - finansowanie z budżetu OIPiP w roku 2008 szkoleń – warsztatów nt. „Superwizji klinicznej w pielęgniarstwie”, „Grup wsparcia dla pielęgniarek” i „Mowy ciała w pielęgnowaniu człowieka” – harmonogram zostanie opublikowany w Biuletynie OIPiP, po ich uzgodnieniu,
 - sfinansowano zakup 6 nagród rzeczowych dla pielęgniarek otrzymujących dyplomy licencjata w WSHE w Łodzi z oceną celującą.
- ⇒ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego 1 komisji egzaminacyjnej (Akademia Zdrowia) i 1 komisji kwalifikacyjnej (WCZP).
- ⇒ Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 3 ordynatorów i 8 pielęgniarek oddziałowych.

mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP

Plan szkoleń WODKM w Łodzi na 2008 rok

SPECJALIZACJA

1. W dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

(12 tygodniowych sesji):

Styczeń: 14 – 18

Luty: 11 – 15

Marzec: 10 – 14

Kwiecień: 14 – 18

Maj: 12 – 16

Czerwiec: 9 – 13

Lipiec: 7 – 11

Sierpień: 18 – 22

Wrzesień: 15 – 19

Październik: 13 – 17

Listopad: 17 – 21

Grudzień: 15 – 19

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne

02.01. – 31.01.2008: blok ogólnozawodowy – 22 dni roboczych

01.02. – 03.03.2008: blok specjalistyczny – 22 dni roboczych

04.03. – 22.04.2008: staż – 7 tygodni

23.04.2008: egzamin końcowy

2. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i IOM

(finansowane z funduszy OIPiP)

04.02. – 04.03.2008: blok ogólnozawodowy – 22 dni roboczych

05.03. – 04.04.2008: blok specjalistyczny – 22 dni roboczych

07.04 – 28.05. 2008: staż – 7 tygodni

29.05.2008: egzamin końcowy

3. Pielęgniarstwo operacyjne

04.03. – 03.04.2008: blok ogólnozawodowy – 22 dni roboczych

04.04. – 21.04.2008: blok specjalistyczny – 12 dni roboczych

22.04. – 26.06.2008: staż – 9 tygodni

27.06.2008: egzamin końcowy

4. Pielęgniarstwo operacyjne

(finansowane z funduszy OIPiP)

01.09. – 30.09.2008: blok ogólnozawodowy – 22 dni roboczych

01.10. – 16.10.2008: blok specjalistyczny – 12 dni robocze

17.10. – 18.12.2008: staż – 9 tygodni

19.12.2008: egzamin końcowy

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG

(4 edycje)

07.04. – 28.04.2008

02.06. – 23.06.2008

11.09. – 02.10.2008

10.11. – 01.12.2008

2. Szczepienia ochronne dla pielęgniarek

(3 edycje)

12.05. – 27.05.2008

02.06. – 16.06.2008

08.12. – 22.12.2008

3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

(4 edycje)

07.01. – 24.01.2008

14.04. – 05.05.2008

01.09. – 18.09.2008

17.11. – 04.12.2008

4. Zdrowie publiczne

(kurs specjalizacyjny dla lekarzy – 4 edycje)

17.01. – 30.01.2008

06.05. – 19.05.2008

06.10. – 17.10.2008

08.12. – 19.12.2008

Karta zgłoszenia (dla pielęgniarek i położnych) do udziału w szkoleniach dostępna na stronie internetowej Centrum: www.wczp-lodz.pl. Prosimy o składanie kart wraz z ksero prawa wykonywania zawodu na dwa miesiące przed planowanym terminem szkolenia.

dr n. med. Krystyna Bogus
kierownik Wojewódzkiego Ośrodka
Doskonalenia Kadr Medycznych w Łodzi

Planowane szkolenia i konferencje

1. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego informuje

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi organizuje jednodniowe, bezpłatne szkolenie na temat:

„Teoria i praktyka zastosowania fluoru w profilaktyce próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”.

Szkolenie adresowane jest do pielęgniarek, które nie brały udziału w poprzednich edycjach.

Termin szkolenia: 22 listopada 2007

Czas trwania szkolenia: od godziny 10.45 do 13.15.

Miejsce szkolenia: SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 6 Instytut Stomatologii, ul. Pomorska 251, Łódź poziom 0, I piętro, sala 353.

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. 47, 45, 46, 49

W zgłoszeniu prosimy umieścić: imię i nazwisko osoby uczestniczącej, nazwa zakładu pracy, telefon kontaktowy, fax, e-mail.

* * *

Szanowne Panie! Rak szyjki macicy to choroba, na którą zapada co roku 4000 Polek. Niestety połowa z nich umiera ponieważ choroba jest wykrywana w zbyt późnym stadium. A tak łatwo temu zapobiec... Wystarczy tylko regularnie poddać się badaniu ginekologicznemu i wykonać bezbolesną cytologię.

Naszym zadaniem w codziennej pracy jest zwiększanie świadomości zdrowotnej kobiet.

Powtarzanie ciągle i do znudzenia, że warto się przebadać, że lepiej zapobiegać niż leczyć i że jeśli choroba zostanie wykryta we wczesnym stadium to szanse na wyleczenie są bardzo duże.

W Polsce ruszyła Kampania społeczna „Wybierz Życie” a w ramach niej Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

Każda kobieta w wieku 25 – 59 lat, która w ciągu ostatnich 3 lat nie miała wykonanego wymazu cytologicznego ma prawo do bezpłatnego badania.

Wejdź na stronę www.rakszykimacicy-profilaktyka.pl i sprawdź adresy gabinetów w województwie łódzkim, w których można wykonać bezpłatne badanie cytologiczne.

Jeśli jesteś położną weź udział w kursie uprawniającym do pobierania wymazów cytologicznych w skryningu. Sprawdź szczegóły na podanej wyżej stronie.

2. Jesienne warsztaty edukacyjne

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne na jesienne warsztaty edukacyjne. W programie warsztatów m.in:

– Profilaktyka chorób alergicznych,

– Choroby uszu, nosa, zatok przynosowych,

– Pielęgnacja skóry nadmiernie suchej przy przebiegu AZS.

Warsztaty odbędą się w dniu 20 listopada 2007 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 11.00-13.30 (II piętro-duża sala).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę poprzedzonych informacją telefoniczną) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy Biura. Decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne oraz materiały promocyjne.

Podziękowania

Wyraz podziękowania za fachową i serdeczną opiekę, jaką zostałam otoczona przez personel medyczny pod przewodnictwem profesora Arkadiusza Jeziorskiego w Szpitalu im. Kopernika w Łodzi – Klinika Onkologii

Z wyrazami szacunku
Joanna Domasiewicz

Drogiej koleżance Ani Chojnackiej – pielęgnowarce Przychodni Przychodni Przychodni Szpitala im. dra M. Pirogowa w Łodzi – w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za długoletnią pracę zawodową, fachowość i poświęcenie, za dobro, które uczyniła na rzecz pacjentów wraz z gorącymi życzeniami zdrowia, pogody ducha i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym

życzą koleżanki, koledzy
oraz wdzięczni pacjenci

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ W POZ SZCZEGÓLNIIE GABINETY ZABIEGOWE ORAZ PUNKTY SZCZEPIEŃ

Plan

1. Sprzęt i ubranie ochronne
2. Higieniczne mycie rąk
3. Dezynfekcja Ekg
4. Sprawdzanie leków i sprzętu przed użyciem

Sprzęt i ubranie ochronne

Istotnym dla poradni medycznych winno być wykonywanie procedur medycznych zgodnie z przyjętymi normami dostosowanymi do uwarunkowań konkretnej placówki medycznej.

Podstawowe błędy przy wykonywaniu procedur to:

1. Wykonywanie zabiegów przy chorym bez rękawiczek.
2. Po zdezynfekowaniu miejsca ponowne wyszukiwanie żyły.
3. Nieprawidłowe stosowanie środków dezynfekujących do odkażeń powierzchni skóry (brak odczekania, aż skóra wyschnie, odparuje od 30 do 60 sekund).
4. Wielokrotne używanie jednego koreczka do zamknięcia welfronu.
5. Nieprawidłowe otwieranie opakowań ze sprzętem jednorazowym.
6. Spożywanie posiłków w salach zabiegowych.
7. Przechowywanie żywności w lodówkach przeznaczonych do innych celów.
8. Zła organizacja pracy:
 - używanie jednej stazy,
 - brak odpowiednich warunków i pojemników na odpady,

- brak dezynfekcji stolika zabiegowego w czasie dyżuru.

Używanie sprzętu i ubrania ochronnego jest bardzo istotne w pracy pielęgniarki w POZ, w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień.

Ubranie ochronne to mundurek lub fartuch ochronny codziennie zmieniany na czysty.

Sprzęt to maseczki, okulary oraz rękawiczki ochronne.

Temat rękawiczek wzbudza bardzo wiele kontrowersji w POZ.

Czy musimy stosować rękawice ochronne?

Ależ, oczywiście **tak, tak, tak!!!** Jest to zabezpieczenie dla nas i dla chorego.

Na świeżo umyte dłonie, zakładamy przy pacjencie czyste rękawice, aby widział, że pielęgniarka zakłada czyste rękawiczki na czyste dłonie.

Najważniejszym i oczywistym sposobem zapobiegania zakażeń jest unikanie kontaktu z materiałem zakaźnym przez przestrzeganie zasad i standardów pracy, a także szczepienia ochronne i profilaktykę poekspozycyjną.

1. 55 % chorób zawodowych pracowników służby zdrowia to choroby zakaźne i inwazyjne.
2. Największą zakaźnością jest **HBV** – 30 % przypadków z zainfekowanych krwią kończy się zakażeniem.
3. **HCV** – około 10 % zakażeń po ekspozycji.
4. **HIV** – około 0,5% - 1%.

W Polsce według monitoringu służb epidemiologicznych, co miesiąc dochodzi do zakłucia 1-go pracownika na 10-ciu pracowników. Podaje się, że około 10% personelu medycznego rani się narzędziami pracy:

- 6% ma kontakt z płynami ustrojowymi chorego przez uszkodzoną skórę,
- 4 % przez błonę śluzową, często z powodu braku prawidłowego zabezpieczenia przed zakażeniem.

Do zakłucia, zranienia dochodzi w czasie:

- pobierania krwi około 23%,

- w trakcie lub bezpośrednio po podaniu leku igłą lub przez wenflon około 21%,
- w trakcie szycia powłok, zakładania i zdejmowania szwów.

W przypadku ekspozycji należy:

- przemyć skórę roztworem mydła,
- nie tamować upływu krwi,
- spojówki przepłukać wodą lub solą fizjologiczną 0,9% NaCl,
- wykonywać testy na obecność wirusów,
- przeprowadzać badania, immunologiczne i wywiad z osobą zakłutą,
- zgłosić fakt ekspozycji wyznaczonemu lekarzowi i zadbać o wpis do karty pracownika.

W celu minimalizowania zakażeń i ekspozycji należy przestrzegać zaleceń i obowiązujących procedur. Personel medyczny powinien zwracać uwagę na narzędzia pracy, domagając się odpowiedniej ich jakości. Z narzędzi należy umiejętnie korzystać, dbać o siebie i pacjentów, myć ręce i zmieniać rękawiczki po każdym kontakcie z pacjentem.

Profilaktyka jest tańsza niż leczenie.

Ryzyko zakażenia:

I. WZW B

- Zakłucie zabrudzoną igłą (+HBeAg):
 - a) ryzyko zapalenia wątroby wynosi 22%- 31%,
 - b) wystąpienie zakażenia 37%-62%,
 - c) w przypadku HbeAg odpowiednio od 1% -6%.
- w 60% następstwo zakażeń,
- HBV jest prawnie uznanym czynnikiem rakotwórczym.

II. WZW C

- w Polsce jest około 730 tys.osób zakażonych HCV przy rocznej wykrywalności 2500 nowych zakażeń,
- ryzyko zakażenia jednorazową igłą skażoną wynosi 1,2%-10%,

- u 80% zakażonych rozwinię się przewlekłe zapalenie wątroby,
- zakażenie możliwe u kosmetyczki, fryzjera, w gabinecie zabiegowym,
- brak akcji społecznych, informacji na temat badań szeroko dostępnych.

III. HIV

- liczba zakażeń w Polsce wynosi około 9 tys. osób, czyli 81 razy mniej niż HCV,
- ryzyko zakażenia poprzez jednorazową igłę skażoną 0,2%-0,3% przy pełno objawowym AIDS 2,2%-18,9%,
- brak szczepień.

Rodzaje rękawic chirurgicznych:

1. Lateksowe bezpudrowe
 - pokryte warstwą polimerową.
2. Lateksowe bezpudrowe
 - o długim mankiecie.
3. Lateksowe bezpudrowe
 - o grubej ściance
4. Lateksowe bezpudrowe
 - pokryte warstwą poliuretanu i silikonu.
5. Lateksowe bezpudrowe
 - wyjątkowo cienkie
6. Neoprenowe – bezpudrowe
 - nie powodują alergii I i IV typu.

Higieniczne mycie rąk

Saammelweis już w 1847 r. wprowadził w szpitalu, odkażanie rąk wodą chlorowaną, co zmniejszyło śmiertelność wśród położnic z 10% do 1%. Dziś po 150 latach ręce jeszcze są głównym „wektorem” przenoszenia krzyżowych infekcji szpitalnych.

Flora skóry rąk

Do mechanizmów chroniących skórę przed inwazją szczepów patogennych należą:

- substancje antybakteryjne wytwarzane przez florę naturalną,
- lipidy skóry organizujące wzrost *Streptococcus* sp.,
- suchość skóry ograniczają kolonizację Gram ujemnymi pałeczkami i grzybami *Candida*.

Flora skóry to drobnoustroje namnażające się w skórze, są to:

1. Gram – dodatnie bakterie (*Staphylococcus* sp., *Corynebacterium* sp.)
2. Bakterie beztlenowe (w gruczołach łojowych – *Propionibacterium acnes*)
3. Gram – ujemne pałeczki (w miejscach wilgotnych – *Acinetobacter* sp.)
4. *Staphylococcus aureus* nie jest częstym rezydentem zdrowej, suchej skóry; u około 50% populacji może występować w przedsionku nosa, pachach, pachwinach i wokół odbytu stąd, podobnie jak z zakażonych tkanek może być przeniesiony na ręce. Jest to jeden z najważniejszych czynników etiologicznych zakażeń szpitalnych.

Flora naturalna nie jest eliminowana, a jedynie ulega redukcji w czasie mycia i dezynfekcji rąk, co ma istotne znaczenie w przypadku kontaktu z jałowymi tkankami (zabiegi chirurgiczne i inne techniki inwazyjne).

Flora przejściowa to drobnoustroje kolonizujące powierzchnię skóry bez namnażania się; ich rodzaj i ilość jest zależna od zanieczyszczenia środowiska z którym kontaktują się ręce. Każde uszkodzenie skóry, zwiększona potliwość rąk i obecność pierścionków zwiększa kolonizację skóry.

Przeżywalność mikroorganizmów na skórze rąk może prowadzić do przenoszenia ich na innych pacjentów i rozwoju infekcji.

Flora przejściowa jest stosunkowo łatwa usuwana w czasie mycia i dezynfekcji rąk.

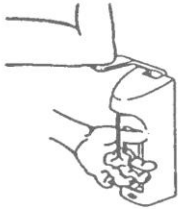






Kiedy myć ręce?

- Po wyjściu z toalety.
- Po widocznym zabrudzeniu.
- Przed i po wykonaniu procedur medycznych.
- Przed zmianą miejsca pielęgnacji u pacjenta.
- Przed i po kontakcie z kolejnym pacjentem.

Najczęściej popełniane błędy w zakresie higieny rąk:

1. Praca w biżuterii.
2. Zbyt rzadkie mycie rąk w odniesieniu do potrzeb.
3. Zbyt krótki czas mycia rąk.
4. Niedokładne mycie rąk.
5. Brak mycia i dezynfekcji pojemnika na mydło w płynie.
6. Używanie wspólnego mydła w kostce.
7. Osuszanie rąk „wspólnym” ręcznikiem wielorazowego użytku.
8. Praca przy pacjencie mimo obecności zmian chorobowych skóry rąk.
9. Nie stosowanie kremów nawilżających i chroniących skórę przed pękaniem.

Technika mycia i dezynfekcji rąk

1		Nanieś odpowiednią porcję mydła lub środka dezynfekcyjnego
2		Dezynfekować ręce wg schematu – każdy etap to pięć ruchów „tam i z powrotem
3		Pocieranie części dłoniowej prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni, zmiana rąk
4		Pocieranie dłoni o dłonie
5		Pocieranie grzbietowej powierzchni zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej dłoni
6		Kciuk prawej dłoni ujęty w lewą dłoń, wykonywać ruchy obrotowe wokół kciuka, zmiana rąk
7		Obrotowe pocieranie opuszków palców prawej dłoni w zagłębieniu dłoniowym lewej dłoni, zmiana dłoni

Podręczny przewodnik mycia rąk

1. Używaj mydła w płynie

Mydło w kostce może być skażone, myj ręce wg obowiązujących zasad pamiętaj: bez dobrej techniki mycia rąk żadne mydło nie będzie efektywne



2. Myj ręce dokładnie

Używaj bieżącej ciepłej wody, wcieraj mydło w skórę wszystkich części dłoni nie zapominając o czubkach palców, kciuku i przestrzeniach międzypalcowych



3. Splucz ręce pod bieżącą wodą

Trzymaj dłonie tak, aby woda spływała do zlewu a nie w kierunku łokci. Zamknij dopływ wody przy użyciu łokcia.



4. Dokładnie osusz ręce czystym papierowym ręcznikiem

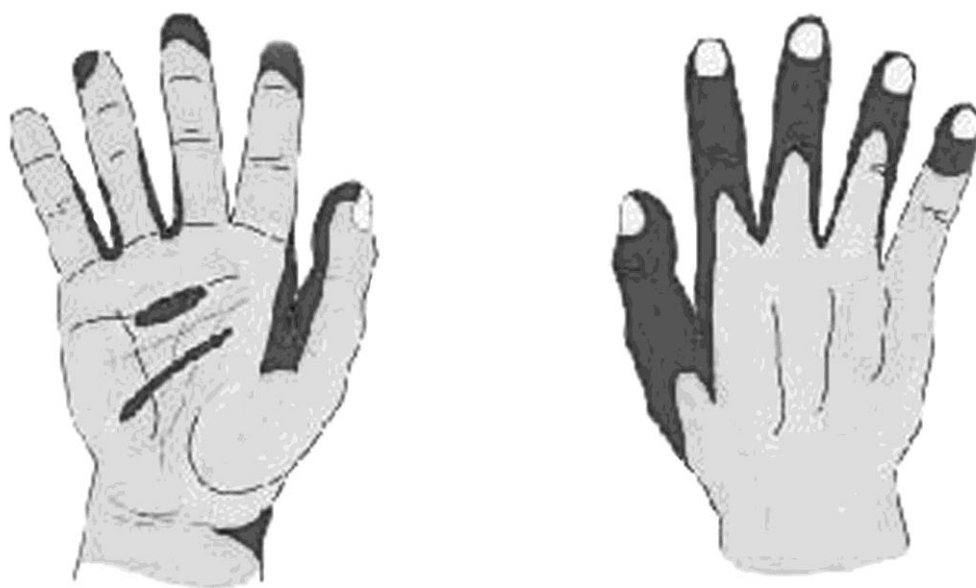
Pamiętaj, suche ręce są bakteriologicznie czystsze



5. Dokładnie zdezynfekuj ręce używając 3 – 5 ml preparatu antyseptycznego przez 20 – 30 sekund.

Mycie rąk jest najbardziej efektywną metodą zapobiegania rozprzestrzenianiu się MRSA

Obszary dłoni najczęściej pomijane przy myciu rąk



■ najczęściej pomijane

■ stosunkowo często pomijane

wg L. Taylor

Czy umyłeś swoje ręce?

W przypadku występowania jakichkolwiek zmian dermatologicznych skóry, bądź naskórka, nie powinno się wykonywać żadnych zabiegów do czasu zagojenia zmian.

KAŻDA RANA STANOWI WROTA ZAKAŻENIA!!!

Wszelkie zabiegi medyczne należy wykonywać ostrożnie, bez pośpiechu, bezpiecznie dla obu stron z użyciem jednej pary rękawiczek do jednego pacjenta!!!

NIEDOPUSZCZALNE jest zastąpienie rękawic myciem lub dezynfekcją tych aktualnie założonych.

Rękawiczki zakłada się i zdejmuje przy pacjencie.

Mycie rąk przy użyciu detergentów prowadzi do 100 razy zmniejszenia liczby bakterii flory przejściowej.

MYJMY RĘCE !!!

Dezynfekcja Ekg

Dezynfekcja to eliminacja form wegetatywnych mikroorganizmów form patogennych do wielkości **BEZPIECZNEJ DLA CZŁOWIEKA!!!**

Wymagania dla środków do dezynfekcji:

1. Stosować środki pozytywnie zaopiniowane przez PZH.
2. Roztwory środków dezynfekcyjnych należy używać zgodnie z ich przeznaczeniem, uwzględniając spektrum działania.
3. Ściśle przestrzegać stężenia roboczego.
4. Przestrzegać czasu działania.
 - powierzchnie: czas działania wynosi 15 min.

Zasady bezpiecznego stosowania preparatów dezynfekcyjnych:

1. Preparaty należy przechowywać w oryginalnym opakowaniu, w miejscach niedostępnych dla osób nieupoważnionych.
2. Roztwory użytkowe należy przygotowywać w wyznaczonych do tego celu pomieszczeniach.
3. Osoby przygotowujące roztwory powinny stosować sprzęt ochrony osobistej:
 - rękawice,
 - fartuchy,
 - okulary,
 - maski.

Najczęściej popełniane błędy:

1. Brak dezynfekcji.
2. Nieodpowiednia procentowość roztworu dezynfekcyjnego.
3. Używanie środka dezynfekcyjnego o spektrum działania nieodpowiednim do zagrożenia.
4. Zostawienie otwartych opakowań ze stężonym środkiem dezynfekcyjnym.
5. Nieodpowiednia technika mycia i dezynfekcji powierzchni.
6. Używanie brudnego sprzętu do dezynfekcji.
7. Brak przestrzegania planu dezynfekcji.

CZYM KIEROWAĆ SIĘ PRZY WYBORZE ŚRODKA DEZYNFEKCYJNEGO?

Nazwa zastosowanych skrótów:

B – bakterie

V – wirusy

F- grzyby

Tbc – gruźlica

S – spory

Określenia zakresu działania środka dezynfekcyjnego:

1. Pełne spektrum działania – B, V, Tbc, F.
2. Spektrum działania w zależności od zagrożenia B/B,F/B,V,F.
3. Dezynfekcja wysokiego stopnia – B, V, F, Tbc, S.

Rodzaje zanieczyszczeń powierzchni:

- I. Rodzaj obciążenia biologicznego:
 - krew, mocz, kał – B, V/B, V, F/wskazane B, V, F, Tbc,S,
 - plwocina – B, Tbc/B, V, Tbc/wskazane B, V, Tbc, F.
- II. Powierzchnia bez obciążeń biologicznych:
 - preparat o spektrum działania – B.

POSTĘPOWANIE PRZY DEZYNFEKCJI EKG

Przy dezynfekcji Ekg zakładamy powierzchnię bez obciążeń biologicznych preparatem dezynfekcyjnym typu B, dezynfekcja po każdym pacjencie tzn. dezynfekcja końcówek odsercowych i obwodowych.

PRZERWA PRZY WYKONYWANIU EKG 15 MINUT DLA KAŻDEGO PACJENTA (dezynfekcja powierzchni 15 minut)

Sprawdzanie leków i sprzętu przed użyciem

Każda pielęgniarka lub inny pracownik medyczny jest zobowiązana dokładnie trzy razy sprawdzić lek i sprzęt przed użyciem i podaniem pacjentowi.

Należy bardzo dokładnie przestrzegać tej zasady, jest to niezbędne, aby działać prawidłowo i bezbłędnie w opiece medycznej.

Literatura u autora.

Rehabilitacja i rekreacja w stwardnieniu rozsianym (cz. 2)

Powszechnie wiadomo, że stan ostry choroby to rzut. Pacjent znajduje się w szpitalnym łóżku i to tutaj rozpoczyna się pierwszy etap rehabilitacji. Przewodnikiem tego okresu jest rehabilitant, który rozpoczyna usprawnianie od ćwiczeń biernych i masażu. Ćwiczeń nie należy wykonywać w żadnym obciążeniu. Polegają one głównie na zginaniu i prostowaniu kończyn dolnych i górnych. Elementami wspomagającymi chorego leżącego jest gimnastyka oddechowa, która poprawia wentylację płuc. Są to proste ćwiczenia polegające na wykonywaniu głębokich wdechów i wydechów przynajmniej osiem razy dziennie. Do tych ćwiczeń może włączyć się pielęgniarka, która jak wiemy przebywa najczęściej z chorym. Staramy się, aby ćwiczenia wykonywane były w pozycji siedzącej lub półsiedzącej. Głównym zadaniem gimnastyki oddechowej jest obrona przed powikłaniami typu zapalenie płuc. Konieczna jest również profilaktyka przeciwoleżynowa. W tym celu należy zmieniać pacjentowi pozycję ułożenia co 2 – 3 godziny, stosować oklepywanie i smarowanie spirytusem, podkładać kółka pod pięty i wałek pod kolana, doskonałe są również materace przeciwoleżynowe.

W momencie kiedy chory zaczyna wstawać z łóżka rozpoczyna się etap ćwiczeń czynnych, o których decyduje lekarz. Jednym z podstawowych celów rehabilitacji jest osiągnięcie maksymalnej sprawności i samodzielności w codziennym życiu. Dlatego ćwiczenia muszą być dostosowane do potrzeb chorego, jego warunków i możliwości.

Chory powinien być pewny, że rehabilitacja to w dużej mierze „słuchanie własnego ciała”, tj. wsłuchanie się w jego rytm, potrzeby, reakcje i możliwości.

Standardowe ćwiczenia czynne to wyciągi, chodzenie po schodach, bieżni czy jazda na rowerze. W miarę uzyskiwania sprawności u chorego można włączyć do ćwiczeń niewielkie obciążenie.

Innym elementem rehabilitacji chorych na SM jest wprowadzenie zajęć plastycznych. Za pomocą malowania czy rzeźbienia chory może ćwiczyć każdy rodzaj ruchu precyzyjnego. Sprawność rąk jest dla każdego człowieka bardzo ważna. Jest bardzo wiele ćwiczeń sprawności manualnej np. ściskanie gumowych kółek bądź ugniatanie mas silikonowych. Można połączyć ćwiczenia z czymś przyjemnym np.:

- wzmacnianie siły dłoni: można wykorzystać do tego wszelkie masy plastyczne (plastelina, modelina), ponieważ przy lepieniu różnych form pracują prostowniki i zginacze palców,
- precyzja: najczęściej wykorzystywana metoda, która polega na nawlekaniu koralików,
- ruch odkręcania: są to bardzo proste ćwiczenia, polegające na zakręcaniu i odkręcaniu tubek z farbami, słoików czy butelek,
- ruch nawijania, najprostsze ćwiczenia mające na celu zawijanie nici na szpulki lub kłębki,
- ruchy pisarskie, najlepiej utrwalać te ruchy za pomocą rysunków pastelami, kredkami świecowymi, kredą, flamastrami i ołówkami.

Bardzo wielu chorych szuka różnych form rehabilitacji i rekreacji. Modnym słowem stała się relaksacja tj. osiągnięcie relaksu, czyli stanu rozluźnienia i odprężenia poprzez:

- różne formy rekreacji: spacer, pływanie, jazda na rowerze, wędkarstwa itp.
- naturalne metody antystresowe zmniejszające napięcie mięśni i uspakajające umysł.

Chorzy na SM poddają różnym naturalnym metodom relaksacyjnym:

- masaż shiatsu, polegający na uciskaniu punktów akupresurowych i rozciąganiu mięśni poszczególnych części ciała w celu uzyskania rozluźnienia i poprawy zdrowia,
- masaż do-in, łączy elementy automasażu z prostymi ćwiczeniami oddechowymi i gimnastycznymi,
- masaż punktowy (akupresura), która polega na uciskaniu punktów rozmieszczonych wzdłuż kanałów energetycznych, zwanych meridianami,

– gimnastyka tai-chi, chińska gimnastyka relaksacyjna, polegająca na wykonywaniu wolnych, harmonijnych ruchów, zsynchronizowanych z oddechami i napięciem mięśni oraz odpowiednim przenoszeniu ciężaru ciała, jako tzw. medytacja w ruchu,

– joga jest systemem filozoficznym i profilaktyczno-zdrowotnym, mającym na celu uzyskanie harmonii między ciałem, psychiką i duszą.

Ważnym etapem rehabilitacji jest pobyt w sanatorium lub na turnusie rehabilitacyjnym. Jest to przyjemne i pożyteczne. Chory odpoczywa psychicznie i jednocześnie poprawia sprawność ruchową. Oprócz rutynowych ćwiczeń dochodzi pływanie i jazda konna. Chory ma czas na spacer, wycieczki i spotkania towarzyskie wśród kuracjuszy. Ma też czas na ciekawą lekturę i gry zespołowe, które chwilowo odwrócą jego uwagę od choroby a na jego twarzy pojawi się szczery, szczęśliwy uśmiech.

Literatura u autorki

Anna Nastarowicz
pielęgniarka, pedagog zdrowia

Śmierć jako nieuchronny koniec życia

Śmierć dotyczy wszystkich ludzi. Każda śmierć jest inna, jedyna w swoim rodzaju. Śmierć może przyjść znenacka, nagle i niespodziewanie, ale to zdecydowanie częściej – z reguły nadchodzi powoli, dając określone znaki swego zbliżania.

W tym ostatnim przypadku śmierć następuje często w wyniku długoletnich (niekiedy bardzo licznych) chorób i ogólnego procesu starzenia się, zaś śmierć nagła i niespodziewana (np. w wyniku wypadku, nagłego zachorowania) zawsze jest zaskoczeniem dla rodziny i innych bliskich zmarłej osoby oraz dla (opiekujących się daną osobą) członków zespołów medycznych. Śmierć najczęściej dotyczy osób w wieku podeszłym, rzadziej zaś osób w wieku średnim, osób młodych czy dzieci. Każdy profesjonalista medyczny powinien posiadać określone wiadomości związane ze śmiercią tak, aby móc w pełni rozumieć ją samemu, ale i również niejednokrotnie podjąć rozmowę na jej temat z samym umierającym, czy też jego rodziną. Niewłaściwym bowiem jest, co niestety się zdarza, że umierający starszy człowiek nie jest uświadomiony faktu zbliżającej się śmierci, a jego niedoinformowana rodzina przerażona ogólnie złym, czy wręcz tragicznym stanem jego zdrowia. Często szczerą rozmowa z chorym i jego rodziną (jeśli tego życzy sobie pacjent) wystarczy do wyjaśnienia nieporozumień narosłych wobec „złego stanu” danej osoby. Rozmawiać na temat śmierci i problemów z nią związanych powinni potrafić wszyscy specjaliści medyczni, którzy bezpośrednio pracują przy pacjentach, a więc lekarze i pielęgniarki. Śmierć nie powinna być tematem tabu. Są jednak lekarze i pielęgniarki, którzy twierdzą, że nie potrafią rozmawiać na temat śmierci albo/i że człowiek, który niebawem umrze nie musi o tym wiedzieć (nie musi być o tym poinformowany). Niektórzy lekarze nie chcą rozmawiać na temat śmierci i mówić o jej nadchodzeniu u konkretnego pacjenta, gdyż musieliby wtedy mówić o porażce własnej terapii, czy sposobu leczenia. Pielęgniarki natomiast nie chcą o niej mówić twierdząc, że skoro nie robią tego lekarze, to one też nie muszą albo, że nie potrafią, bo nie posiadają określonych wiadomości na ten temat. Trzeba to zmienić. Zatem, porozmawiajmy o śmierci. Temat śmierci najczęściej jest pomijany lub – co zdecydowanie gorsze – trywializowany w życiu społecznym. Jak zauważył socjolog i filozof Z. Bauman obecnie mamy do czynienia z dwoma, z pozoru przeciwstawnymi, ale w gruncie rzeczy dopełniającymi się nawzajem, sposobami dewaulowania zjawiska śmierci w naszym społeczeństwie. Pierwszy sposób, jak pisze Z. Bauman, polega na usuwaniu z pola widzenia, na ile się da, śmierci najbliższych. Umiera się nie w domu, w otoczeniu rodziny, lecz w szpitalach czy innych domach opieki medycznej, w otoczeniu innych umierających i pod pieczęą profesjonalistów medycznych. „Izoluje się ludzi zgrzybiałych w geriatrycznych gettach na długo przedtem – pisze Z. Bauman – zanim usunie się ich na cmentarz (...)” Słowa „geriatryczne getto” Z. Baumana pozostawiam bez komentarza, choć mają wyraźnie pejoratywną konotację. Uważam, że każdy co spostrzeża, może interpretować na swój sposób, zatem czytający te słowa sam może wydać na to określenie swój osąd – zgodzić się z nimi lub zanegować). Pogrzeby przestały już być widowiskiem publicznym, jak niegdyś bywało, stało się prywatną sprawą ceremonią, odbywaną najlepiej w najdalszym zakątku, na uboczu, z dala od terenów uczęszczanych. Powszechnie tłumione są publiczne objawy smutku i żałoby, zaś urazy związane (wywołane) odejściem najbliższych „psychiatryzuje się”, określa się jako zaburzenia psychiczne, „problemy osobowościowe” i podaje terapii. Z drugiej zaś strony często banalizuje się znaczenie śmierci – jest ona zuchwale wystawiona na pokaz w środkach masowego przekazu i przekształcona w niekończące się widowisko rozrywkowe. „Śmierć tak zbanalizowana – pisze Z. Bauman – rzadko kiedy wprawia w zamyślenie i traci moc wywoływania głębokich wzruszeń”. Staje się zdarzeniem normalnym i nazbyt codziennym, by przybrać wymiar. „Jej groza rozwadnia się i wątleje we wszechobecności zjawiska – śmierć jest myślowo nieobecna przez nadmiar swej natrętnej zmysłowej widoczności, pozbawiona wagi przez swa

wszędobylskość, niedosłyszalna wśród ogłuszającego hałasu” – zauważa Z. Bauman. Wielką i niepowtarzalną „lekcję śmierci” dał nam Papież Jan Paweł II, którego ostatnie dni życia i chwile przed śmiercią dowiodły, że można otwarcie mówić o śmierci, że można się do niej w określonym czasie przygotować (choć to bardzo trudne i bolesne) oraz, że można też spoglądać na śmierć i ją obserwować w wielkiej powadze i smutku, wspierając tym jednocześnie osobę, która umiera.

Jak pisze D. Kessler śmierć „często bywa głośna i nieestetyczna, ale zawsze pełna głębokiego autentyzmu”. Śmierci nie da się udawać, jej zbliżanie się jest niekłamane i naturalne (naturalne jako konsekwencja zmian zachodzących w wyniku starości oraz zmian w wyniku danej choroby; nienaturalne, w rozumieniu każdej istoty chcącej żyć wiecznie). Śmierci towarzyszą określone objawy, których pojawienie się może sygnalizować, że zbliża się śmierć. Przed śmiercią człowiek traci stopniowo siły, więcej czasu spędza w łóżku, dużo śpi. W końcowym etapie życia ilość przyjmowanego pokarmu i napojów ulega na ogół zmniejszeniu. U niektórych ludzi występuje niemożność utrzymania moczu i/lub stolca, następuje bezwiedne ich oddawanie. Oddech staje się wolniejszy, bardziej płytki i charczący, niekiedy wręcz występuje duszność. Wraz ze zmniejszonym poborem tlenu występuje niedotlenienie i mające z nim bezpośredni związek zasinienie powłok skórnych i błon śluzowych, a sama skóra staje się zimniejsza i lepka w dotyku. Ciśnienie krwi stopniowo ulega obniżeniu, tętno zwalnia (nie należy ich ciągle mierzyć, bo nie zmienia to strategii postępowania), niekiedy występują drgawki, jako wyraz niedotlenienia i niedokrwienia mózgu (zmniejszone utlenowanie i perfundowanie tkanki mózgowej). Może wystąpić gorączka, wzmożona potliwość, pojawić się nieprzyjemny zapach związany z rozkładem ciała. Umierający człowiek może być bardzo rozemocjonowany i podekscytowany – może często zmieniać pozycje ułożenia w łóżku, może chcieć na przemian siadać, leżeć itp. Wzrok i słuch ulega pogorszeniu, mogą wystąpić halucynacje. Ostatecznie dochodzi do zatrzymania układu krążenia i oddychania, a źrenice w momencie śmierci zostają trwale rozszerzone. Większość objawów rozwija się stopniowo, niekiedy przez kilka tygodni. Gdy ich pojawienie się jednak ma charakter nagły, zawsze należy rozważać przyczyny potencjalnie odwracalne, tj. np. krwawienie z przewodu pokarmowego, zakażenie itd.

W okresie śmierci mogą się nasilać lub pojawić nowe dolegliwości bólowe. M. Krajnik wymienia kilka z nich:

1. Bóle powstające jedynie w czasie ruchu, wynikające ze sztywności w stawach i kurczu mięśni. Powinno się im przede wszystkim zapobiegać planując wcześniej odpowiednią pielęgnację, zmianę pozycji ciała, ruchy w stawach. Jeśli to zaniedbano, korzystne może być zastosowanie niewielkiej dawki benzodiazepin i następową, po ich podaniu, próbę uruchomienia pacjenta.
2. Ból kostny w przypadku zaprzestania podawania NLPZ wtedy, gdy chory przestał połykać, a preparaty te odstawiono. Można wówczas rozważyć podawanie NLZP inną drogą (np. doodbytniczo) lub zwiększyć dawkę podawanych opioidów.
3. Ból związany z odleżynami (jeśli wcześniej nie prowadzono właściwej profilaktyki w tym zakresie). W tym przypadku z wyboru pozostaje zwiększenie dawki opioidów (samo leczenie odleżyn i ich pielęgnacja w ostatnim okresie umierania nie ma większego znaczenia i nie powoduje ulgi w cierpieniach u tego chorego).
4. Ból z powodu złamania patologicznego, np. podczas przenoszenia pacjenta.
5. Ból przy przelękaniu w przypadku grzybicy jamy ustnej.
6. Ból z powodu zatrzymania moczu albo zaparć.

Ważne jest, podkreśla M. Krajnik, aby bolesne zabiegi pielęgnacyjne przeprowadzać w okresie maksymalnego działania leków przeciwbólowych lub po prewencyjnym podaniu dawki analgetyku (specjalnie, tj. dodatkowo podany lek przeciwbólowy bezpośrednio przed wykonaniem danej czynności przy pacjencie, a która to czynność mogłaby mu przysporzyć

nieprzyjemnych doznań – np. zmiana ułożenia chorego w łóżku, u którego występują przykurcze i odleżyny). Pielęgniarka musi też pamiętać, że pojękiwania, niepokój czy grymasy na twarzy chorego w okresie umierania, który nie jest już w stanie werbalnie zgłaszać swoich dolegliwości, należy najczęściej interpretować jako wyraz bólu. Zanim się wtedy jednak poda lek przeciwbólowy należy się upewnić, czy prezentowane przez chorego objawy nie są wyrazem dyskomfortu wynikającego z przepelnionego pęcherza moczowego lub zalegania mas kałowych w odbytnicy. Chory może też pojękiwać, czy próbować wyjść z łóżka szukając po prostu ręki bliskiej mu osoby. Czasem też obserwuje się tzw. reakcję na przeszkadzanie, zaskoczenie, która objawia się jęczeniem przy przewracaniu chorego, co sugeruje ból wywołany ruchem. Jeśli jednak chorego, nawet ze znacznymi zaburzeniami świadomości, uprzedzi się o podejmowanych wobec niego czynnościach, to w czasie ich wykonywania zachowuje się on zupełnie spokojnie.

W bezpośrednim okresie umierania obserwuje się także rżenia umierającego, które są efektem zarówno aspirowania śliny, jak i trudności z wykrztuszaniem, najczęściej z powodu wyniszczenia pacjenta. W przypadku rżeń pielęgniarka może zmienić pozycję chorego w łóżku (na np. pozycję „na boku”), wytłumaczyć rodzinie chorego, że to co słyszą, to wydzielina w krtaniowej części gardła, której chory nie ma siły odkrztusić i – o ile jest przytomny – że rżenia mu nie przeszkadzają, i że on się „nie dusi”. Można też podać według zlecenia lekarza określone środki farmakologiczne, które nie zawsze są jednak skuteczne w wyciszeniu rżeń. Jeśli chory jest głęboko nieprzytomny, a odgłosy pochodzą z tylnej części gardła, można odessać wydzielinę. Niekiedy też można podnieść zagłówek łóżka, co spowoduje, że zalegająca wydzielina spłynie z gardła lub tchawicy do płuc. Należy przy tym wszystkim wytłumaczyć rodzinie chorego, że nasze postępowanie jest skuteczne tylko u połowy chorych. Jeśli chory sprawia wrażenie cierpiącego, należy rozważyć podanie małych dawek leków uspokajająco-nasennych. Jak podaje M. Krajnik, gromadzenie się wydzieliny w drogach oddechowych, doprowadzając do rżeń, występuje u około 40% pacjentów z chorobą nowotworową. Odsetek ten jest jeszcze większy, gdy chory umierający cierpi na nowotwór płuca (67%), zapalenie płuc (68%) czy dysfagię (75%). Warto także wspomnieć, że obok rżeń umierającego można także wyróżnić pseudorżenia, które są objawem niemożności wykrztuszenia nadmiaru wydzieliny wytworzonej w większej objętości przez guz lub powstałej w wyniku zakażenia, obrzęku lub krwawienia.

Obok omówionych wyżej zmian w sferze biologicznej człowieka, które następują w okresie jego umierania, zmiany następują także w zakresie jego sfery psychicznej. „Umieranie i śmierć wyzwala wiele uczuć i emocji, takich jak przerażenie, smutek, rozpacz, bezradność, a najsilniejszymi są niepokój i lęk” – przypomina A. Nasilkowska-Barud. Lęk przed śmiercią towarzyszy każdemu człowiekowi, jest on obecny w ciągu całego jego życia (wówczas jest ledwo uświadamiany, lecz w minimalnym stopniu jednak tkwi) i przybiera na sile w momencie poważnej choroby, czy licznych i zagrażających życiu urazowych obrażeń.

W literaturze przedmiotu, piszą B. Jugowar i W. Piasecka, wymienia się szereg przeżyć, które składają się na lęk przed śmiercią i umieraniem, a mogą one dotyczyć takich zjawisk jak:

- lęk przed umieraniem, czyli sytuacją zbliżania się do śmierci,
- lęk przed zniszczeniem ciała po śmierci,
- lęk o pozostających przy życiu np. współmałżonka, dzieci,
- lęk przed nieznanym, w tym także o moralną ocenę życia człowieka przez Boga,
- lęk przed pozorną śmiercią.
- lęk przed przedwczesną śmiercią, czyli w czasie, kiedy jest się w pełni możliwości twórczych,
- lęk o wygląd ciała po śmierci,
- lęk przed określonym typem śmierci, np. śmiercią z powodu choroby nowotworowej itd.,

– lek przed śmiercią społeczną, gdy żywego człowieka traktuje się jakby nie istniał, wyklucza z kontaktów społecznych tworząc wokół niego znowę milczenia.

U każdego człowieka układ elementów, które mogą złożyć się na lęk przed śmiercią jest inny. Odmienne jest też natężenie przeżyć towarzyszących zetknięciu ze śmiercią. Emocje te zdeterminowane są różnymi czynnikami zarówno sytuacyjnymi, jak wewnętrznymi, osobowościowymi (w tym posiadany obraz siebie, samoocena, poczucie własnej wartości, samorealizacja, poczucie kontroli, poczucie sensu życia, podstawy religijne). Człowiek, który umiera uruchamia różne mechanizmy obronne. Jego zachowanie może przebiegać, piszą B. Jugowar i W. Piasecka oraz B. Jankowiak, w określonym scenariuszu:

- stadium zaprzeczenia i izolacji związane ze stosowaniem negacji, jako głównego mechanizmu obronnego przed lękiem w zetknięciu z informacją o złej (o niepomyślnym rokowaniu) diagnozie,
- stadium gniewu, buntu związane ze stawianiem sobie pytania: „Dlaczego właśnie ja?”
- stadium targowania się z Bogiem, z otoczeniem o odroczenie „wyroku”,
- stadium depresji związanej z poczuciem straty i żalem wynikającym z rozstaniem się z życiem,
- stadium pogodzenia się i akceptacji nadchodzącej śmierci.

Cytowana już A. Nasiłkowska- Barud, także porusza temat mechanizmów obronnych, które umierający uruchamia w obliczu zbliżania się śmierci. Mechanizmy obronne stosowane przez umierających można podzielić na trzy grupy:

1. Mechanizmy obronne odsuwające groźbę śmierci (np. przykłady własne: „wiem, że umrę ale jeszcze nie teraz”).
2. Mechanizmy obronne wypierające groźbę śmierci poza świadomość. Polegają one na wypieraniu poza świadomość niepokojów związanych z nadchodzącą śmiercią, czy też na aktywnym zapominaniu o śmierci (np. przykłady własne: mówienie: „nic nie wiem o śmierci”, „ja jestem ciężko chory?”, „mój obecny stan zdrowia to przemijające pogorszenie, wkrótce poczuje się lepiej”).
3. Mechanizmy obronne podejmujące próbę kontrolowania obecnej sytuacji, jaką jest proces umierania – chory stara się świadomie kontrolować istniejące zagrożenie przyjmując postawę intelektualną i poznawczą (np. – przykłady własne: mówienie: „proszę mi wytłumaczyć, dlaczego teraz boli mnie bardziej niż tydzień temu”, „czy to, że obecnie bardziej odczuwam duszność świadczy o tym, że wkrótce umrę?”, „uważam, że powinienem przyjmować więcej leków przeciwbólowych, gdyż z uwagi na odczuwany obecnie ból nie mogę przestać o nim myśleć i zająć się czymś innym”).

Mechanizmy kontrolne pozwalają na rozładowanie, bądź zmniejszenie napięcia wywołanego stresem. W większości mechanizmy obronne stosowane przez umierających mają walor terapeutyczny i adaptacyjny. Najbliższe otoczenie chorego powinno zdawać sobie sprawę z ich funkcjonowania i ich pozytywnej bądź negatywnej roli. Często wśród umierających obserwujemy bunt przeciwko śmierci. Człowiek, pisze A. Nasiłkowska-Barud, broni się ze wszystkich sił przeciw umieraniu, nie przebiera w środkach walcząc z najgorszym wrogiem, jakim jest śmierć. Stopniowo jednak dokonuje wielkiego wysiłku zaakceptowania śmierci.

W przypadku niedoinformowania chorego w ogóle lub niedoinformowania go w określonym zakresie o zbliżającej się śmierci, proces umierania (z psychologicznego punktu widzenia) przebiega nieco inaczej. W pierwszej kolejności występują u chorego dwie fazy: etap nieświadomości i etap niepewności. W etapie nieświadomości pacjent nie przeżywa żadnych problemów, gdyż nie wie jeszcze o dokonującym się w nim śmiertelnym procesie chorobowym. Prawdę o jego chorobie zna jedynie lekarz i pozostały personel medyczny, który pozorując leczenie usuwa jedynie obawy i dolegliwości pacjenta. Niekiedy do „tajemnicy” zostaje dopuszczona (poinformowana) rodzina chorego. Stwarza to szczególnie trudną sytuację w kontakcie tej rodziny z chorym i pozbawia człowieka umierającego oparcia

w członkach swojej rodziny – chory nie może bowiem porozmawiać z nimi szczerze i otwarcie o swoich dolegliwościach, przeżyciach i obawach, zaś rodzina boryka się z trudnościami, jakie stwarza jej przemilczanie prawdy. W kolejnym stadium, stadium niepewności, pacjent ma szereg wątpliwości dotyczących przebiegu choroby i pragnie je w rozmowie wyjaśnić. Nastrój chorego jest bardzo zmienny, gdyż niepewność jest sytuacją trudną do zniesienia. Pacjent w tym etapie pragnie upewnić się, czy nie grozi mu śmiertelne niebezpieczeństwo. W następującej po tym fazie zaprzeczenia (pierwsza faza z pięciu uruchamianych mechanizmów obronnych – co zostało omówione powyżej) chory mniej lub bardziej nieświadomie, wyczuwa swoją sytuację, lecz bezpośrednio temu zaprzecza, ponieważ nie chce, by była to prawda. Po tym stadium, kiedy chory już wie, zna prawdę, jego reakcja przebiega zgodnie z kolejnością opisaną już wcześniej (kolejno po sobie następujących pięć faz mechanizmów obronnych). Dramat polega na tym, że niekiedy, ze względu na długie nieraz trwanie chorego w fazie nieświadomości (nie został on poinformowany ani przez specjalistów medycznych, ani przez rodzinę o zbliżającej się śmierci) nie zdąży on „przejsć” kolejnych etapów i przygotować się do godnej śmierci. Doprowadza to wówczas do sytuacji, w której umiera on nie pogodzony z samym sobą i całym światem (włączając w to przed wszystkim środowisko medyczne i najbliższą rodzinę), pogrążony w lęku i samotności.

Każdego, kto zna specyfikę opieki nad chorymi umierającymi może w tym momencie najść następująca refleksja: Dlaczego tak wiele osób obawia się rozmowy na temat śmierci i to zarówno po stronie lekarzy i pielęgniarek? Odpowiedzi na to pytanie dostarcza nam T.E. Quill. Autor ten pisze, że pacjenci w obliczu śmierci obawiają się, że nikt ich nie słucha (i dlatego boją się poruszać „ten” temat) oraz, że boją się śmierci przepełnionej niepotrzebnym bólem i cierpieniem. Lekarze z kolei nie chcą, lub nie potrafią powiedzieć chorym o prawdopodobnym zbliżaniu się końca życia. Rozmawiając o rokowaniu często wykazują zbyt duży optymizm. Ta niemożność przekazania złych wiadomości dotyczących prognozowania stanu chorego wynika – pisze T.E. Quill – z właściwej dla medycyny niepewności rokowania oraz lęku klinicystów, że gdy zaczną rozmawiać o śmierci, będą postrzegani jako „poddający się” i w ten sposób odbiorą nadzieję i wywołają u chorych depresję.

Rozmowę na temat śmierci należy podjąć we właściwym czasie, tj. w momencie, kiedy są określone symptomy (przypuszczenie), że chory niebawem umrze. Jak zauważa się jednak w literaturze oferta pomocy chorym w końcowym okresie choroby jest zwykle przedstawiana przez profesjonalistów medycznych zbyt późno. T.E. Quill podaje w swoim artykule kilka ważnych „momentów”, w których należy podjąć otwartą rozmowę o śmierci z chorym lub jego rodziną. Według tego autora rozmowę o śmierci należy podjąć w momencie, gdy: 1) chory znajduje się w obliczu bliskiej śmierci, 2. chory sam twierdzi, że chce umrzeć, 3. chory lub jego rodzina pyta o hospicjum, 4. chory jest przyjęty do szpitala z powodu ciężkiej, postępującej choroby, 5. chory cierpi nieproporcjonalnie w stosunku do rokowania. Rozmowę o śmierci można także podjąć podczas rozmowy na temat rokowania, podczas dyskusji na temat metod leczenia, które mają małą szansę powodzenia oraz podczas rozmowy na temat nadziei i obaw. Rozmowę na temat śmierci powinien z chorym podjąć lekarz, który zna chorego od dłuższego czasu i który w oczach chorego jest dobrym specjalistą i wzbudza zaufanie. Chorzy powinni zostać poinformowani o swoim stanie klinicznym i rokowaniu, ponieważ od tych informacji zależy wiele decyzji, które muszą jeszcze w swoim życiu podjąć: należy pamiętać, że unikanie rozmów o śmierci może pozbawić pacjenta możliwości uporządkowania niektórych jego spraw (rozwiązanie problemów rodzinnych, testament, spadek).

Rozmowa o śmierci pomiędzy lekarzem a pacjentem powinna dotyczyć przede wszystkim rozstrzygnięcia kwestii przedłużania życia za wszelką, czy poprawy jego jakości.

Rozmowę o śmierci podejmuje lekarz, on przedstawia choremu najbardziej prawdopodobny scenariusz rozwoju jego choroby, określa spodziewany czas przeżycia. Pielęgniarka w tych rozmowach najczęściej nie uczestniczy, gdyż odbywają się one z reguły w zaciszu lekarskich gabinetów lub w ciszy przy łóżku chorego. Niekiedy jednak jest ona świadkiem takich rozmów i najczęściej tylko biernie uczestniczy – wiadomości medyczne przekazywane przez lekarza są tu bowiem najważniejsze. Po takich rozmowach jednak, zarówno bez udziału pielęgniarki, jak i w jej towarzystwie, pacjenci obok rozmów ze swoimi rodzinami także niekiedy chcą porozmawiać na ten temat właśnie z pielęgniarką. Niektórzy chorzy otworzą się wówczas i będą mówić o swoich pragnieniach i wartościach, obawach i cierpieniu, podczas gdy inni nie będą chcieli rozmawiać otwarcie, niekiedy jedynie zdawkowo. Pielęgniarka z uwagi na swój niejednokrotnie duży kontakt z chorym może stanowić dla niego bliską osobę, z którą będzie chciał się podzielić własnymi myślami i kłopotami. Ta rola pielęgniarki jest bardzo trudna. Musi ona bowiem wysłuchać chorego, jego żalów, obaw i konkretnych prośb. Tylko szczery w tym momencie kontakt da pielęgniarce w rozmowie z chorym możliwość wsparcia go emocjonalnie i psychicznie. Pielęgniarka w rozmowie z chorym, któremu postawiono złe rokowanie i z chorym umierającym, może go zapewnić, że będzie otrzymywał odpowiednie leczenie przeciwbólowe i eliminujące wszelkie niepożądane objawy. Należy pamiętać, że nic lub niewiele można stracić prowadząc rozmowy o opiece paliatywnej, o umieraniu, a tak wiele jest do stracenia, gdy unika się ich w ogóle. Oprócz rozmawiania z chorym można także z nim „przebywać” – już samo siadanie przy chorym, obecność przy nim bardzo dużo dla niego znaczą. W obcowaniu z chorym terminalnie należy pozbyć się „maski profesjonalizmu” – pisze B. Jankowiak. Postępowanie pielęgniarki wobec chorego umierającego powinno się opierać na szczerym porozumiewaniu się, skromności, cierpliwości, empatii oraz akceptacji chorego, jego stanu oraz jego najbliższych. Chorzy starsi wiekiem umierają niekiedy z powodu chorób nowotworowych. Jedną z ról, jakie pielęgniarka może pełnić wobec umierającego jest właśnie, sygnalizowane już wcześniej wsparcie, jednak, jak pokazują wyniki badań przeprowadzonych przez B. Jugowar i B. Stelcera, pielęgniarki różnie mogą postrzegać swoją rolę w procesie wsparcia pacjenta w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Najwyższą rangę procesom wsparcia, jak wynika z badań B. Jugowar i B. Stelcera, przywiązują pielęgniarki, które pracują na Oddziale Opieki Paliatywnej, a więc te osoby, które mają najczęstszy bezpośredni kontakt z chorymi umierającymi – może to świadczyć, że własne doświadczenie uwrażliwia na pewne problemy i koryguje określone zachowania. Nie oznacza to tym samym, że pielęgniarki pracujące na innego typach oddziałach szpitalnych, czy opiece środowiskowej, nie udzielają wsparcia chorym tego potrzebującym, jednakże w związku z faktem, że w mniejszym zakresie niż w opiece paliatywnej towarzyszą one (pielęgniarki) w akcie umierania, inaczej ten proces odbierają, a zatem ich rozumienie wsparcia oraz praktycznie jest stosowanie jest inne, można by powiedzieć, mniej intensywne.

Kończąc podjęty tu temat autor publikacji chce dodać, że nawet jakbyśmy bardzo dużo teoretycznie przygotowywali się do śmierci naszych pacjentów, czytali różne książki i publikacje na ten temat, to i tak w momencie jej (śmierci) nadejścia, zawsze będzie ona dla nas czymś smutnym i nieakceptowanym. Nikt nie lubi bowiem ponosić porażek, a umieranie i śmierć jest przecież egzemplifikacją doskonałą tego słowa. Wszak śmierć, mimo naszych nie wiadomo jak licznych i kosztochłonnych wysiłków nadejdzie. Jak pisze Z. Bauman: „Zajęci na co dzień pilnym przestrzeganiem niezliczonych nakazów i zakazów sztuki medycznej, zastanawiamy się mniej, a może i wcale się nie zastanawiamy, nad daremnością naszych wysiłków, nad nieuchronnością ostatecznej klęski, której wygrane bitwy, jakkolwiek liczne by były, nie odwrócą”. Jedną z zasad opieki paliatywnej tłumaczy nam „po co to wszystko”, po co nasze starania, skoro i tak powierzony naszej opiece śmiertelnie chory pacjent umrze. Otóż, jak mówi ta zasada: „Nie można umrzeć wyleczonym, ale można

umrzeć uzdrowionym”. Każda pielęgniarka, która ma się opiekować umierającym człowiekiem powinna zapamiętać te słowa. Musi być ona przeświadczona, że wszystko co robi dla umierającego człowieka ma głęboki sens i... – tu posłużę się słowami M. Krajnik – wpisać dobre umieranie swoich pacjentów na listę własnych sukcesów.

Literatura u autora

mgr Wojciech Kapała

Wydział Zamiejscowy Nauk o Zdrowiu w Kołobrzegu Wyższej Szkoły Gospodarki Krajowej w Kutnie

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego
nr 52/53 2006 OIPiP w Koszalinie

UBEZPIECZENIE PIELEGNACYJNE

Propozycje

Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym

Przewodnicząca Zespołu: prof. Anna Wilmowska - Pietruszyńska

- organ pomocniczy Ministra Zdrowia powołany w drodze zarządzenia
(Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 3, poz. 7, z późn. zm.)

Warszawa, 2007

WPROWADZENIE

Zdarzenia losowe zagrażające zdrowiu, życiu, zdolności do pracy, zdolności do samodzielnej egzystencji powodują często nieodwracalne straty, których człowiek nie jest w stanie wyrównać we własnym zakresie.

Wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego zapewni w stopniu podstawowym zabezpieczenie potrzeb osób niesamodzielnych, czyli osób, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej w następstwie chorób lub urazów wymagają niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych.

Wszyscy jesteśmy zagrożeni ryzykiem niesamodzielności, niezależnie od wieku, wykształcenia czy pozycji zawodowej, w tym prestiżu społecznego i pozycji ekonomicznej; trzeba mieć świadomość wystąpienia tego ryzyka. Podstawą ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest solidaryzm społeczny, podobnie jak w ubezpieczeniu zdrowotnym, rentowym, wypadkowym, gdyż jako obywatele mamy obowiązek solidarności z innymi.

Należy pamiętać, iż ideą przewodnią wszelkich ubezpieczeń jest fakt, że wspólne ponoszenie ciężaru negatywnych zdarzeń jest dla osoby znacznie korzystniejsze niż indywidualne zabezpieczanie się.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne przyczyni się w znacznym stopniu do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa osób ubezpieczonych i godnego życia osób niesamodzielnych.

Ponadto należy podkreślić przewidywany korzystny wpływ na rynek pracy (podobnie jak w Niemczech).

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I EPIDEMIOLOGICZNA

Aktualna sytuacja budzi zaniepokojenie. Obserwowany od wielu lat proces starzenia się polskiego społeczeństwa spowodowany jest między innymi postępem w dziedzinie nauk medycznych umożliwiającym przedłużenie długości trwania życia wielu członkom naszego społeczeństwa; ludzie w podeszłym wieku są szczególnie zagrożeni ryzykiem niesamodzielności.

Postęp nauk medycznych spowodował możliwości leczenia wielu przewlekłych chorób. Nie we wszystkich jednak przypadkach przedłużenie choremu życia jest jednoznaczne z przywróceniem mu pełnej sprawności i samodzielności, zarówno fizycznej jak i psychicznej. Następstwa urazów mogą także powodować niesamodzielność. Wiele osób, zarówno młodych jak i starszych cierpiących z powodu schorzeń przewlekłych czy w następstwie urazów może stać się niezdolnymi do samodzielnej egzystencji i wymagać opieki innych osób.

Rosnące oczekiwania lepszej jakości życia, a także zmieniająca się struktura rodziny powoduje, że powstała w następstwie chorób, urazów czy starości niesamodzielność staje się problemem społecznym. Aktualnie, wiele osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji nie ma zapewnionej odpowiedniej opieki i pielęgnacji. Wypłacany obecnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, dodatek pielęgnacyjny w jednakowej, niezależnej od stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji wysokości (153 zł) nie wystarcza na pokrycie nawet znikomej części wydatków związanych z koniecznością opieki i pielęgnacji osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

W sąsiadujących z Polską krajach (np. Niemcy) problem ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie chorób lub urazów rozwiązano poprzez wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych, będących jednym z filarów ubezpieczeń społecznych. Jest ono oparte na trzech podstawowych zasadach takich jak: solidaryzm społeczny, obowiązkowy charakter

i repartycyjny sposób finansowania. Świadczenia z tego ubezpieczenia otrzymują osoby ubezpieczone, które w następstwie chorób lub urazów stały się niezdolne do samodzielnej egzystencji. Wysokość świadczeń pieniężnych, rodzaj i zakres świadczeń rzeczowych są uzależnione od stwierdzonego stopnia niesamodzielności.

Ubezpieczenie to jest szczególnie istotne dla osób, których świadczenia emerytalne lub rentowe są niskie. Celem tych ubezpieczeń jest zabezpieczenie potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji z powodu następstw chorób, urazów czy starości, a także zapewnienie tym osobom godnego życia.

Potrzeba wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego wynika wprost z dużej liczby osób niesamodzielnych, które w następstwie chorób lub urazów stają się niesamodzielne w stopniu wymagającym pomocy osób drugih. Szacuje się, że w Polsce jest ponad milion osób niesamodzielnych.

NAJSTARSZE DEMOGRAFICZNIE WOJEWÓDZTWA

Zgodnie z analizami demograficznymi najstarsze demograficznie (czyli takie województwa w których udział ludności w wieku 60+ lat jest najwyższy) według stanu na dzień 31.12.2005r. są województwa:

- łódzkie (19,1%),
- świętokrzyskie (18,8%),
- mazowieckie (18,6%),
- podlaskie (18,4%),
- lubelskie (18,3%).

Największy odsetek tzw. „starszych starszych” osób, czyli osób w wieku 75+lat mieszka w województwach: mazowieckim (15,5%) i śląskim (11,1%), natomiast najmniejszy – w województwie lubuskim (2,3%).

NAJMŁODSZE DEMOGRAFICZNIE WOJEWÓDZTWO

Najmłodsze demograficznie jest województwo warmińsko-mazurskie (14,9%).

PROGNOZA DEMOGRAFICZNA

Zgodnie z prognozą demograficzną GUS do roku 2030 nastąpi dalsze „przyspieszenie” procesu demograficznego starzenia się populacji ludności Polski.

ZWIĘKSZONE ZAPOTRZEBOWANIE NA ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE

Przewidywane zmiany demograficzne w Polsce, w kolejnych pięcioleciach, będą czynnikiem bardzo silnie zwiększającym zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne, istotnie zróżnicowane przestrzennie.

Natomiast brak jest informacji, zwłaszcza informacji ciągłych odnośnie częstości występowania tego zjawiska z uwzględnieniem odpowiednich danych epidemiologicznych. Struktury ludności Polski według wieku ulegają w ostatnich latach i będą nadal podlegały w nadchodzących dekadach bardzo poważnym zmianom, w konsekwencji spadku urodzeń i równocześnie ciągle wydłużającego się trwania życia mężczyzn i kobiet. Demografowie przewidują też, że w przyszłości w dalszym ciągu będzie zmniejszała się w Polsce umieralność i zwiększała przeciętna długość trwania życia.

Zmiany te oznaczają istotne zwiększenie tempa demograficznego starzenia się populacji ludności Polski, a tym samym wymagają konieczności podjęcia systemowych rozwiązań, w drodze ustawowej, na rzecz wsparcia osób niesamodzielnych.

Zwrócić należy uwagę, iż obowiązujący stan prawny nie tworzy spójnego systemu opieki pielęgnacyjnej nad osobami, które w następstwie chorób lub urazów stają się niezdolne do samodzielnej egzystencji i wymagają pomocy innych osób. Osoby te wymagają zróżnicowanej pomocy w zakresie zaspakajania ich podstawowych potrzeb dotyczących odżywiania, poruszania się i higieny ciała, pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego albo pobytu w zakładach półstacjonarnych i stacjonarnych.

PONAD MILION OSÓB NIESAMODZIELNYCH

W obowiązujących przepisach prawnych brak jest wyodrębnienia ponad milionowej populacji osób, które z powodu choroby lub urazu wymagają długotrwałej opieki i pomocy dla zaspokojenia swych podstawowych potrzeb życiowych (osób niesamodzielnych), a osoby te

mieszczą się w większej grupie osób niepełnosprawnych, których status prawny w sposób różnorodny określa kilkanaście ustaw i kilkadziesiąt aktów wykonawczych z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczeń społecznych oraz pomocy społecznej.

Jak wynika z przeprowadzonych analiz taki stan prawny nie zabezpiecza w sposób dostateczny zabezpieczenia podstawowych potrzeb osób niesamodzielnych i zapewnienia im egzystencji w godziwych warunkach. Poprawa tej sytuacji wymaga uchwalenia ustawy, która będzie regulowała w sposób kompleksowy zagadnienia związane z opieką nad tą grupą osób.

Podczas prac Zespołu rozważano kilka koncepcji dotyczących funkcjonowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych m.in. koncepcję polegającą na zorganizowaniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego na bazie istniejących już instytucji tj. Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jednak ostatecznie zaproponowano utworzenie nowego ubezpieczenia wraz z odrębnymi instytucjami, które realizować będą świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego (Fundusz Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego).

UBEZPIECZENIE PIELEGNACYJNE

Ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno być oparte na następujących zasadach:

- 1) solidarności społecznej,
- 2) samorządności,
- 3) samofinansowania,
- 4) prawa wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego,
- 5) prymatu opieki i pielęgnacji domowej nad innymi formami udzielania świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego,
- 6) zapewnienia równego traktowania,
- 7) gospodarności i celowości działania.

OSOBA UBEZPIECZONA

Obowiązkowi ubezpieczenia pielęgnacyjnego podlegają osoby objęte obowiązkiem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także osoby objęte dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

OSOBA NIESAMODZIELNA

Osoba niesamodzielna - ubezpieczony, który w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej wymaga niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych przez okres co najmniej 6 miesięcy.

ŚWIADCZENIODAWCY

Świadczeń udzielają świadczeniodawcy profesjonalni oraz nieprofesjonalni.

Świadczeniodawcami profesjonalnymi są osoby prawne, jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej a także osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, do których zadań należy prowadzenie działalności na rzecz osób niesamodzielnych, przygotowane do udzielania świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Świadczeniodawcami nieprofesjonalnymi są członkowie rodziny osoby niesamodzielnej sprawujący funkcję opiekuna w stosunku do tej osoby.

WYMAGANIA DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

Świadczeniodawca nieprofesjonalny jest zobowiązany ukończyć szkolenie obejmujące m.in. szkolenie w zakresie pielęgnowania osób niesamodzielnych, szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pierwszej pomocy osobom niesamodzielnym, metod aktywizacji osób niesamodzielnych oraz doradztwo w zakresie praw osób niesamodzielnych.

Świadczeniodawca profesjonalny, udzielający świadczeń rzeczowych poza miejscem zamieszkania osoby niesamodzielnej powinien posiadać:

- 1) odpowiedni budynek i jego otoczenie - bez barier architektonicznych dla osób niesamodzielnych,
- 2) w budynkach wielokondygnacyjnych bez wind - pokoje mieszkalne usytuowane na parterze,
- 3) pokoje mieszkalne - nie więcej niż trzyosobowe,
- 4) kadre zapewniającą prawidłowe udzielanie świadczeń dla osób niesamodzielnych,
- 5) pokój dziennego pobytu służący jako jadalnia,
- 6) pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia,
- 7) jedną łazienkę i jedną toaletę dla nie więcej niż pięciu osób, wyposażone w uchwyty ułatwiające osobom niesamodzielnym korzystanie z tych pomieszczeń.

Proponowane przepisy projektu ustawy zawierają także upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia wymogów kwalifikacyjnych i sposobów uzyskiwania (kształcenie) kwalifikacji niezbędnych dla udzielania świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZEŃ

Świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego będą przysługiwać osobom ubezpieczonym pełnoletnim z orzeczeniem niesamodzielności, które przez określony czas – od 1 roku do 5 lat od daty wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego opłacały składkę na ubezpieczenie pielęgnacyjne.

SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE PIELEGNACYJNE

Do ustalania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne (proponowane 2% podstawy wymiaru), jej obliczania i pobierania stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rolnicy płaciliby składki za pośrednictwem KRUS w wysokości nie niższej niż równowartość 1/9 ceny kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego.

Środki finansowe pochodzące ze składek na społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne są środkami publicznymi i są przychodami Funduszu Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego.

ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA PIELEGNACYJNEGO

Projekt ustawy określa katalog świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, które przysługują osobie niesamodzielnej. Są to świadczenia rzeczowe, w tym świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz finansowe.

Świadczeniem pielęgnacyjnym jest pomoc w niezbędnych regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego w zakresie: pielęgnacji ciała, odżywiania oraz mobilności.

Świadczeniem opiekuńczym jest zaś towarzyszenie i pomoc w niezbędnych i regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, funkcjonowania w społeczeństwie. Świadczenia opiekuńcze przysługują wyłącznie w przypadku, gdy przysługują osobie niesamodzielnej świadczenia pielęgnacyjne. Propozycje zawarte w projekcie ustawy zawierają upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia, do określenia w drodze rozporządzenia szczegółowego wykazu czynności wchodzących w zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Świadczenia finansowe to:

- świadczenie pieniężne zróżnicowane w zależności od stopnia niesamodzielności,
- pokrycie kosztów składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe i chorobowe członka rodziny osoby niesamodzielnej sprawującego funkcję opiekuna w stosunku do tej osoby, który nie podlega temu ubezpieczeniu z innego tytułu.

Ustawa przewiduje **wybór świadczeniodawcy przez osobę niesamodzielną.**

STOPNIE NIESAMODZIELNOŚCI

Projekt ustawy określa trzy stopnie niesamodzielności:

- I. **niesamodzielność pierwszego stopnia** orzeka się w stosunku do osób ubezpieczonych, które wymagają pomocy przy pielęgnacji ciała, odżywianiu lub mobilności codziennie przez całą dobę, w tym w nocy, a ponadto kilka razy w tygodniu potrzebują pomocy w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego;
- II. **niesamodzielność drugiego stopnia** orzeka się w stosunku do osób ubezpieczonych, które potrzebują pomocy przy pielęgnacji ciała, odżywianiu lub mobilności przynajmniej trzy razy dziennie o różnych porach, a ponadto kilka razy w tygodniu potrzebują pomocy w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego;

III. niesamodzielność trzeciego stopnia orzeka się w stosunku do osób ubezpieczonych, które potrzebują pomocy przy pielęgnacji ciała, odżywianiu lub mobilności przynajmniej raz dziennie i w przynajmniej dwóch rodzajach czynności, a ponadto kilka razy w tygodniu potrzebują pomocy w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego.

*POSTĘPOWANIE W SPRAWIE PRYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ
Z UBEZPIECZENIA PIELEGNACYJNEGO*

Postępowanie o przyznanie świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego wszczyna się na wniosek: ubezpieczonego, jego przedstawiciela ustawowego albo innego podmiotu – za zgodą ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego. Następnie lekarz orzecznik wydaje orzeczenie określające stopień niesamodzielności ubezpieczonego ubiegającego się o przyznanie świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania zaświadczenia o stanie zdrowia i wywiadu środowiskowego.

Lekarzem orzecznikiem może być lekarz posiadający świadectwo potwierdzające posiadanie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych w zakresie orzecznictwa lekarskiego.

Na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika, określającego stopień niesamodzielności ubezpieczonego zespół do spraw przyznawania świadczeń (w skład zespołu, wchodzi m.in. pielęgniarka i pracownik socjalny) ustala rodzaj, a w przypadku świadczeń rzeczowych - zakres i liczbę świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, na podstawie orzeczenia określającego stopień niesamodzielności i ustaleń zespołu, w drodze decyzji, przyznaje lub odmawia przyznania świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

**POSTĘPOWANIE W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW
ZE ŚWIADCZENIODAWCAMI NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ
Z UBEZPIECZENIA PIELEGNACYJNEGO**

Świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego udzielane są przez świadczeniodawców, z którymi dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawarł umowę.

Umowa o udzielanie świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego może być zawarta ze:

- 1) świadczeniodawcą nieprofesjonalnym,
- 2) świadczeniodawcą profesjonalnym.

Oddział wojewódzki Funduszu dokonuje weryfikacji złożonych ofert pod względem spełniania przez świadczeniodawców profesjonalnych wymagań określonych obowiązującymi przepisami oraz ich zgodności ze stanem faktycznym, a także możliwości zapewnienia udzielania świadczeń, w sposób ciągły i kompleksowy.

Ze świadczeniodawcami, których oferty zostały zweryfikowane pozytywnie, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowy ramowe na udzielanie świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza listę świadczeniodawców, z którymi zawarł umowy podaje ją do publicznej wiadomości przez ogłoszenie na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu i w Biuletynie Funduszu.

ORGANIZACJA FUNDUSZU UBEZPIECZENIA PIEŁĘGNACYJNEGO

Zgodnie z projektem ustawy, ubezpieczenie pielęgnacyjne realizowane jest przez Fundusz Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego (państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną). W skład Funduszu wchodzi: centrala, oddziały wojewódzkie Funduszu. Oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa.

W oddziałach wojewódzkich Funduszu mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu.

Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu. W oddziałach wojewódzkich Funduszu tworzy się rady oddziałów.

GOSPODARKA FINANSOWA

Środki finansowe pochodzące ze składek na ubezpieczenie pielęgnacyjne są środkami publicznymi i stanowią przychody Funduszu Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego.

Przychodami Funduszu Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego, oprócz składek, są m.in.:

- odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie pielęgnacyjne,
- darowizny i zapisy,
- dotacje.

Z tych przychodów pokrywane są koszty świadczeń pielęgnacyjnych i koszty administracyjne Funduszu.

Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na podstawie rocznego planu finansowego zrównoważonego w zakresie przychodów i kosztów.

Zgodnie z założeniami, osobom korzystającym ze świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego nie przysługiwałby zasiłek lub dodatek pielęgnacyjny. Należne z tego tytułu kwoty zasiliby Fundusz Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego.

KRAJOWA RADA DO SPRAW OSÓB NIESAMODZIELNYCH

Proponuje się utworzyć Krajową Radę do spraw Osób Niesamodzielnych, jako organ doradczy i opiniodawczy Ministra Zdrowia.

NADZÓR

Proponuje się, aby nadzór nad działalnością Funduszu oraz podmiotów, w tym świadczeniodawców, w zakresie realizacji umów z Funduszem, sprawował minister właściwy do spraw zdrowia oraz w zakresie gospodarki finansowej - minister właściwy do spraw finansów publicznych stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

WDROŻENIE USTAWY

Proponuje się, aby Prezes Rady Ministrów ustanowił Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia ustawy. Pełnomocnik podejmuje działania konieczne dla realizacji przepisów ustawy. Celem działania

Pełnomocnika jest zorganizowanie Funduszu, w tym oddziałów wojewódzkich Funduszu, zatrudnienie pracowników oraz podjęcie innych czynności niezbędnych do rozpoczęcia ich pracy. Działalność Pełnomocnika ustaje w terminie 6 miesięcy od dnia powołania organów Funduszu Pielęgnacyjnego. Pełnomocnik Rządu przekazuje sprawozdanie ze swej działalności Radzie Ministrów.

Założenia prezentowane na Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu
w dniach 25 – 27 września 2007 roku

Wspomnienia studentki

Jestem studentką studiów pielęgniarstwa drugiego stopnia w jednej z najlepszych uczelni medycznych w kraju. Ukończyłam studia licencjackie na niepublicznej uczelni wyższej w Łodzi, więc mam aktualny obraz jak studiuje się w prywatnej i państwowej szkole.

Wybierając szkołę niepubliczną kierowałam się stereotypem życia studenckiego i powszechnie panującą opinią o poziomie kształcenia na tych uczelniach.

W pierwszy dzień studiów zostałam sprowadzona na ziemię i to w dodatku przez Panią Dziekan. Miała ona wiele racji mówiąc, że są to studia trudne i wymagające wiele poświęceń, min. naszego wolnego czasu.

Nie zapomnę pierwszych zajęć z anatomii i fizjologii. Wydawało mi się, że jest to niemożliwe opanowanie takiego ogromu trudnego materiału.

Najbardziej kontrowersyjne wydawały mi się zajęcia takie jak działania twórcze i warsztaty psychologiczne. Z perspektywy czasu wiem jak dużą rolę odegrały one w moim życiu. To dzięki nim wiem jak twórczo rozwiązywać problemy, jak radzić sobie w trudnych, stresowych sytuacjach, jak kierować konfliktem, jakie są moje słabe i silne strony.

Jak większość ludzi sądzi sesja w szkole prywatnej jest błahostką, nic bardziej mylnego.

Niestety nie wszystkim udało się przebrnąć pierwszą sesję egzaminacyjną i po pierwszym roku nasze szeregi uległy pomniejszeniu.

Kolejne dwa lata również niosły za sobą trudności. Szczególny dla nas był koniec drugiego roku, gdy trzeba było znaleźć promotora i wybrać temat pracy licencjackiej.

Muszę przyznać, że student na tej uczelni był traktowany podmiotowo. Zawsze w pierwszych dniach roku akademickiego znaleźmy swojego opiekuna roku. Z opiekunem mieliśmy częsty kontakt, minimum kilka razy w tygodniu, a w razie potrzeby mogliśmy się z nim skontaktować telefonicznie o każdej porze.

Wielkim zaskoczeniem było dla mnie to, że wszystkie zajęcia są obowiązkowe. Nie istniało pojęcie kwadransu akademickiego. Wykładowcy byli zawsze punktualni i wymagali tego samego od nas. O wszelkich zmianach w planie zajęć byliśmy informowani z kilkudniowym wyprzedzeniem.

Wykładowcy zawsze służyli pomocą i radą często poza godzinami konsultacji. Wykazywali w stosunku do nas ciągłą dyspozycyjność.

Podczas studiów nie wszystkich belfrów dażyłam sympatią, a to dlatego, że za wszelką cenę chcieli nas jak najwięcej nauczyć, czasami nawet pod przymusem.

Uczelnia prywatna miała wiele do zaoferowania studentowi, m.in. zajęcia sportowe różnego rodzaju, ciekawe wykłady monograficzne, konferencje, dyskusje panelowe. Dzięki takim przedsięwzięciom nauczyłam się języka migowego.

Z dziekanatem nie miałam zbyt wiele kontaktu. Nie miałam ku temu powodów, gdyż wszelkie sprawy załatwiane były za naszą prośbą przez opiekuna roku. Najczęściej zaglądałam w jego progi po zakończonej sesji egzaminacyjnej składając indeks.

Najmniej przyjemną stroną studiowania było jednak czesne, które trzeba było termionowo opłacać, gdyż naliczane były odsetki. Kwotę zobowiązania można było jednak pomniejszyć pracując na rzecz uczelni. Pociuszającym faktem była możliwość otrzymania stypendium naukowego już po pierwszym roku.

Poziom kształcenia na poziomie licencjata oceniam bardzo dobrze. Bez trudu dostałam się na studia drugiego stopnia jednej z najlepszych uczelni publicznych w kraju. O poziomie mojej poprzedniej uczelni świadczy ponadto fakt, iż po pierwszym roku studiów magisterskich średnia moich ocen wskazuje na to, że po raz kolejny otrzymam stypendium naukowe.

Studiuje w systemie zaocznym i mimo, iż są to studia na publicznej uczelni wnoszę opłatę za każdy semestr nauki.

Dziekana znam tylko ze zdjęcia wiszącego w sekretariacie, podczas wizyt w dziekanacie czuje się jak intruz, za każdym razem pokazując dowody wpłaty, które są stemplowane, aby kolejnym razem nie przedstawić tego samego kwitka.

O wszelkich zmianach w planie nie jesteśmy na bieżąco informowani. Często zdarza się sytuacja, że w jednej grupie są trzy wersje planu zajęć. Wykładowcy są niepunktualni i czasami zdarza się, że zajęcia nie odbywają się wcale.

Z rozrzewnieniem wspominam czasy mojego licencjatu, kiedy to wszystko było poukładane i chodziło jak w szwajcarskim zegarku.

To licencjat ukształtował moją pielęgniarską duszę. Dzięki niemu wiem czym dla mnie jest pielęgniarstwo i do czego zmierzam w pielęgniarstwie.

Ewelina Spałka

Z kącika emerytek

Wycieczka krajoznawcza „Śladami polskiego prawosławia”

Białystok (300 tys. ludności) rezydencja Branickich – perła baroku i renesansu. Hetman Jan Klemens Branicki, ostatni z rodu, żył 82 lata. Mając 59 lat poślubił 18-letnią wówczas Konstancję Izabelę z Czartoryskich. Matka Konstancji doradziła swojej młodziutkiej córce, aby rozejrzała się za „walorami duchowymi”. I tak też się stało. Znalazła pana Mokronowskiego, zwanego polskim Casanovą, a na dworze pełniącego funkcję podczaszego. Branicy nie mieli dzieci, tylko Jan Klemens miał dzieci z nieprawego łoża. Branicki kochał sztukę. Poza wspaniałą rezydencją ze słynną bramą białostocką gromadził dzieła sztuki oraz stworzył okazały park z licznymi rzeźbami, otaczający rezydencję. Warto wiedzieć, że Białystok liczący wtedy zaledwie 3500 ludności skupiał wiele znakomitości. W Białymstoku mecenasem sztuki był Klemens Branicki, a w Dreźnie Sass. I ciekawostka – i w Paryżu i w Białymstoku był hotel Ritz (w czasie II wojny hotel w Białymstoku został kompletnie zniszczony i już nie odbudowany). W 1945 roku pałac Branickich został doszczętnie spalony, pozostała tylko klatka schodowa, a w niej herculesy podtrzymujące schody. W tym pałacu podpisano układ Ribbentrop-Mołotow. Obecnie mieści się tutaj Białostocka Akademia Medyczna. Zwiedzamy też kaplicę pałacową. 5 czerwca 1995 roku był tutaj papież Jan Paweł II. Pozostał fotel papieski, w kaplicy jest również urna z prochami z Miednoje i Katynia oraz maleńka figurka Matki Boskiej. W katedrze pod wezwaniem NMP (1900 – 1905) znajduje się piękny obraz Matki Boskiej Ostrobramskiej koronowany przez papieża w 1995 roku, taki sam jak w Wilnie. Wewnątrz katedry jest przejście do małego starego kościoła, który w 1750 roku ufundował i wyposażył Klemens Branicki. Są tam nagrobki hetmana i jego matki (pochowani są w Krakowie), a tutaj pochowana jest Izabela Branicka. Jest też tablica pamiątkowa poświęcona kompozytorowi Karpińskiemu – mieszkańca Białegostoku – twórcy pieśni:
Kiedy ranne wstają zorze
Wszystkie nasze dzienne sprawy
Bóg się rodzi noc truchleje.
Przewodnik przeczytał nam wiersz Izy chorej na SM:
Bo wszystko w życiu to nic.
Tylko miłość się liczy.
Wyjdź jej naprzeciw
A los ci miłości użyczy.
I znowu dowiadujemy się o wielu ciekawych i barwnych postaciach oraz „zaliczamy” kawał polskiej historii.
Na drugi dzień naszej wycieczki mamy zaplanowany bardzo bogaty program, toteż po wczesnym śniadaniu w Supraślu dojeżdżamy do miejsca szczególnie ciekawego. Supraśl – zespół klasztorno-cerkiewny z 1492 roku. Fundatorem był najbogatszy ród w tej części kraju – ród Chodkiewiczów. Świątynia ma wystrój grecki. O historii i zakonie opowiada nam młody kapłan prawosławny, który zastrzega, że nie wolno go fotografować. Poza świątynią jest również klasztor, dom pielgrzyma, zielarnia, która istnieje od 1794 roku. Ale najważniejsze to Muzeum Ikon. Kolekcja liczy około 1,2 tysiąca, najstarsze pochodzą z 1635 i 1655 roku. Wystrój muzeum wykonany w Atenach, freski z XVI wieku (1532 – 1557). Freski robią największe wrażenie, są sprowadzone ze świętej góry Atos. W południe dojeżdżamy do Hajnówki – Cerkwi Świętej Trójcy, która akurat gości biskupa z Białegostoku. Arcybiskup generalny Sawa mieszka w Warszawie.

Przypadkowo uczestniczymy w części powitalnej biskupa, gdzie są pokłony, ceremonia zakładania szat liturgicznych, obnoszenia świec wokół całej świątyni. Sobór Świętej Trójcy w Hajnówce zachwyca wystrojem wnętrza oraz architekturą ukazując tradycje dwóch tysięcy lat prawosławia i tysiąca lat jego obecności na tej ziemi. Sobór jest po prostu piękny!

I jeszcze Rezerwat Żubrów Białowieskiego Parku Narodowego. Polana białowieska leży w centrum puszczy, jest to w większości naturalny kompleks leśny. W rezerwacie najbardziej charakterystyczne zwierzęta to żubry i koniki typu tarpana, ale jest również jeleń europejski, łoś, dzik i sarna. Muzeum przyrodniczo-leśne ukazuje bogactwo świata roślin i zwierząt, a zwiedzając je odnosi się wrażenie bycia w puszczy. Ambicją pilota wycieczki – pana Jerzego Pisarkiewicza – jest aby pokazać nam jak najwięcej ciekawych miejsc w kraju, za co jesteśmy bardzo wdzięczni. Ale nieubłagany czas goni. Toteż w pośpiechu jesteśmy jeszcze w najbardziej znanym w Polsce prawosławnym sanktuarium w Świętej Górze Grabarce znanej z licznych cudów. Najgłośniejszy zbiorowy miał miejsce w 1710 roku, gdzie podczas epidemii cholery ocalenie znaleźli ci, którzy przybyli na Górę. Najwięcej pielgrzymów przybywa na święto Przemienienia Pańskiego w sierpniu, przynosząc krzyże pokutne i dziękczynne. Do Łodzi dojeżdżamy późno wieczorem, zadowoleni z bardzo udanej wycieczki.

Urszula Gajek

Z żałobnej karty

Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że dnia 30 sierpnia 2007 roku zmarła nagle nasza koleżanka Ewa Chojnacka (46 l.).

Ewa była długoletnim pracownikiem 5 Domu Pomocy Społecznej przy ul. Podgórznej. Była pogodną i życzliwą pielęgniarką i koleżanką.
Będziemy o Tobie pamiętać.

koleżanki i koledzy z 5 Domu Pomocy Społecznej

* * *

Żyłś tak szybko...
Ciekawa życia...
Chciałś zmienić świat...

Ktoś zdmuchnął ogień
ze świecy Twego życia...
Tym samym nie dał Ci szans...

Pięknym motylom
Ucięto skrzydła!
Nim wznieść się zdążyły do gwiazd!

Pozostał smutek
i ból przeraźliwy...
Dlaczego stało się tak?!

Bez matki pozostał syn...
Bez żony mąż...
Bez siostry... brat...

Łzy wiatr osuszy...
Ból? z czasem minie...
Pamiętać będziemy zawsze!

Dnia 30 września odeszła od nas nasza droga koleżanka
Mariola Wesołowska.
Dobry, życzliwy człowiek, oddany pracy i lubiany za to, jaką była.
Będziemy o Tobie pamiętać.

koleżanki i koledzy z Kliniki Kardiologii WSSz im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi