

# UWAGA!

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej **EndoMedica** - specjalistyczna przychodnia w Zgierzu - laureat XVII edycji konkursu „Teraz Polska” - w związku z dalszym rozwojem poszukuje do swojego zespołu w Zgierzu kandydatek na następujące stanowisko:

## PIELĘGNIARKA ENDOSKOPOWA

**Region** - łódzkie

### Wymagania:

- minimum 5-letnie doświadczenie pracy w zawodzie pielęgniarki,
- preferowane osoby z doświadczeniem w pracy w pracowni endoskopowej,
- mile widziany kurs specjalistyczny z zakresu endoskopii,
- wysoka kultura osobista i otwartość wobec pacjenta.

### Oferujemy:

- pracę w wysoko wyspecjalizowanym zespole lekarzy i pielęgniarek,
- możliwość dalszego rozwoju zawodowego i podnoszenia swoich kwalifikacji,
- godne warunki płacy i pracy.

**Zainteresowane osoby prosimy o przesyłanie aplikacji zawierających CV i list motywacyjny na adres email [p.kazmierczak@endomedica.pl](mailto:p.kazmierczak@endomedica.pl) (w tytule prosimy umieścić nazwę stanowiska) lub złożenie dokumentów osobiście w rejestracji przychodni (95-100 Zgierz, ul. Witkacego 2c).**

W numerze:

**Biuletyn 11/2008** 1 listopada 2008 roku  
**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

- 2 Serwis informacyjny
- 6 Kącik spotęczników  
dr Barbara Dobrowolska
- 7 Zespół stopy cukrzycowej.  
Rola pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu  
Joanna Dudek
- 9 Był człowiek i byłam pielęgniarką  
Beata Pietrzak
- 11 Po prostu nie mogłabym być kimś innym...  
Beata Kusińska
- 13 Dziecko się rodzi...Nasze dziecko się rodzi...Nadzieja...
- 11 Podawanie leków doustnie - zasady, godziny, opakowania  
mgr Jolanta Sugocka
- 18 Technika podawania leków domięśniowo  
mgr Renata Miller, mgr Katarzyna Olczak
- 21 Stanowiska i opinie dotyczące bezpiecznego podawania leków
- 25 WSH-E Naukowe Koło Studenckie:  
Wsparcie psychiczne pacjenta z chorobą nowotworową  
Małgorzata Porada
- 26 Kącik Emerytek
- 27 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](mailto: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 5 września 2008 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 18 pielęgniarkom/pielęgniarskom i 2 położnym.
- > Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 9 pielęgniarek.
- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu - 3 pielęgniarkom i 1 położnej.
- > Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk - 3 praktyki.
- > Podjęto uchwałę w sprawie poparcia decyzji Radnych Rady Miejskiej w Łodzi dotyczącej nadania pielęgniarsce Pani Annie Szumilas odznaki „Za zasługi dla Miasta Łodzi”.
- > Dokonano wpisów do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
  1. ERUDIO:
    - kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Organizacji i zarządzania* - program dla pielęgniarek i położnych,
    - kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki medycznej* - program dla pielęgniarek.
  2. Akademia Zdrowia:
    - dopisano placówki na terenie których prowadzone będą zajęcia teoretyczne i praktyczne w:
      - kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie *Pielęgniarstwa operacyjnego* - Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1 oraz SPZOZ w Kutnie, ul. Kościuszki 52,
      - kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie *Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki medycznej* - Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1 i SPZOZ w Kutnie, ul. Kościuszki 52.
- > Rozpatrzone wnioski w sprawie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu:
  - skrócono przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu - 2 pielęgniarkom i 1 położnej.
  - > Wytypowano przedstawiciela samorządu do udziału w pracach Zespołu ds. kontroli oddziałów psychiatrycznych.
  - > Pięciu członkom samorządu, którzy ponieśli straty materialne w wyniku załamania pogody w postaci trąby powietrznej w dniu 16 lipca 2008 r. w powiecie radomskim przyznano zapomogi bezzwrotne w kwocie po 5. 000 zł.
  - > Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
    - kursie kwalifikacyjnym - 4 członkom samorządu,
    - szkoleniach - 1 osobie.
  - > Przyznano 2 nagrody finansowe za ukończenie studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo z oceną bardzo dobry. Ze względu na regulaminowych odmówiono udzielenia nagrody jednej osobie.
  - > Zatwierdzono koszty:
    - 12 edycji szkolenia doskonalącego w zakresie *Postępowania w stanach zagrożenia życia* prowadzonych przez OIPiP w Łodzi,
    - Sympozjum *Noworodek z wadą serca* organizowanego przez ICZMP w Łodzi,
    - zakup nowości wydawniczych dla potrzeb Biblioteki w OIPiP w Łodzi,
    - zakupu sprzętu do Biura OIPiP w Łodzi.
  - > Wytypowano przedstawiciela ORPiP do pracy w komisjach egzaminacyjnych kursów specjalistycznych.

## Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 24 września 2008 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 29 pielęgniarkom/pielęgniarskom i 2 położnym.
- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych - 3 położnym.
- > Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu - 4 pielęgniarkom.
- > Wpisano na listę członków OIPiP i do rejestru pielęgniarek - 4 pielęgniarki.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 10 pielęgniarek.
- > Wpisano do rejestru praktyk grupowych i indywidualnych pielęgniarek i położnych - 2 praktyki.
- > Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu 1 pielęgniarkę.
- > Podjęto decyzje w sprawie:
  - zorganizowania cyklu szkoleń dla członków samorządu dotyczących przekształceń zoz w spółki prawa handlowego,
  - wystosowania listu do Premiera RP z podpisami członków samorządu z poparciem postulatów dotyczących nowelizacji ustaw reformujących ochronę zdrowia.
- > Wystosowano Apel i Stanowiska do:
  - Premiera Rządu i Ministra Zdrowia o uwzględnienie postulatów środowiska pielęgniarek i położnych zawartych w Stanowiskach Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek



i Położnych z dnia 13 sierpnia 2008 r.,

- Ministra Zdrowia w sprawie stosowania limitów przyjęć na tzw. studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych,

- Ministra Zdrowia, Marszałka Województwa, Wojewody Łódzkiego, Łódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Starosty powiatu tomaszowskiego, Dyrektora Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Mazowieckim oraz parlamentarzystów regionu łódzkiego w sprawie procedury zwolnień grupowych pielęgniarek i położnych oraz nieprzestrzegania minimalnych norm zatrudnienia w Szpitalu Powiatowym w Tomaszowie Mazowieckim,

- Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Rektora Wyższej Szkoły Humanistyczno - Ekonomicznej w Łodzi w sprawie niepozyskania środków finansowych w ramach Priorytetu II, Działania 2.3 - Program Operacyjny Kapitał Ludzki na Lata 2007 - 2013 „Kształcenie Zawodowe Pielęgniarek i Położnych w ramach Studiów Pomostowych”.

> Podjęto uchwałę w sprawie poparcia kandydatury Pani Ewy Golenia do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

> Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym:

- studia podyplomowe - 2 członkom samorządu,
- sympozjum i konferencji - 14 członkom samorządu.

> Przyznano zapomogi bezzwrotne:

- 4 - w kwocie 1 500 zł.
- 1 - w kwocie 1 000 zł.
- 1 - w kwocie 750 zł.
- 3 - w kwocie 500 zł.

> Zatwierdzono:

- honoraria dla 4 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie OIPIP,

- zakup nagród dla trzech najlepszych absolwentów Wydziału Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Humanistyczno - Ekonomicznej w Łodzi,

- nagrodę finansową za ukończenie studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo z oceną bardzo dobry.

> Wytypowano przedstawicieli ORPIP do pracy w:

- komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego i kursów specjalistycznych,
- komisji konkursowej na stanowisko ordynatora.

Anna Manes – sekretarz ORPIP w Łodzi

## KOMUNIKATY

OIPIP prganizuje kurs specjalistyczny  
**Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych -**

dla pielęgniarek i położnych -

PO ZATWIERDZENIU PROGRAMU

Osoby chętne mogą składać wnioski już teraz do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 (p. 307)

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w Łodzi zaprasza wszystkie zainteresowane pielęgniarki i położne na szkolenie w zakresie:

**„Profilaktyka raka piersi – nauka wykonywania badania palpacyjnego metodą Mammacare”**

Szkolenie odbędzie się w następujących terminach:

I edycja: 28 - 29 listopada 2008 r.

II edycja: 4 - 5 grudnia 2008 r.

Szkolenie będzie odbywało się w godz. 09.00 – 15.00 w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowskiej 17 - II piętro, sala wykładowa.

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć najpóźniej do dnia 21 listopada 2008 r. do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Piotrkowska 17 w godzinach pracy Biura.

Z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc decyduje kolejność zgłoszeń.

Uczestnicy otrzymają od organizatorów certyfikaty ukończenia szkolenia.

Jolanta Kałużna

Upzejmie informujemy, że w każdy piątek, w godzinach 14.00 – 15.30 w siedzibie OIPIP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 (III piętro – pok. 314 a) można skorzystać z porad psychologa.

W ramach doradztwa psychologicznego oferujemy 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.)



Danuta Woźniak

**Notatka ze spotkania  
Komisji Pielęgniarek Rodzinnych przy ORPiP  
z przedstawicielami  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi**

Spotkanie Komisji Pielęgniarek Rodzinnych z przedstawicielami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej odbyło się w dniu 24 czerwca 2008 roku w siedzibie OIPIP w Łodzi. Poświęcone było omówieniu zasad współpracy pielęgniarek rodzinnych z pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w poszczególnych dzielnicach.

W spotkaniu uczestniczyli:

- Przewodnicząca OIPIP w Łodzi - Krystyna Walewska,
- Przewodnicząca Komisji Pielęgniarek Rodzinnych - Teresa Kaźmierczak
- Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi - Elżbieta Janas,
- z - ca Dyrektora MOPS- u - Jolanta Piotrowska,
- kierownicy poszczególnych Filii Ośrodka:
  - 1) Łódź Górna – kierownik Ewa Adamczyk,
  - 2) Łódź Polesie – z-ca kierownika Henryka Borzęcka,
  - 3) Łódź Widzew – z -ca kierownika Daniela Kowalska,
  - 4) Łódź Śródmieście – z -ca kierownika Andrzej Bab-ski,
  - 5) Łódź Bałuty – kierownik Jadwiga Wąsowska,oraz pielęgniarki środowiskowe - rodzinne i pielęgniarki środowiska wychowania i nauczania zainteresowane współpracą z MOPS –em.

Dyrekcja Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej zainteresowana jest współpracą z pielęgniarkami środowiskowymi – rodzinnymi, jak i pielęgniarkami środowiska wychowania i nauczania w realizacji „Programu Rozwoju Rodzicielstwa Zastępczego w Mieście Łodzi”.

**CEL PROGRAMU**

Zapewnienie każdemu dziecku całkowicie lub częściowo pozbawionemu opieki rodziców, stabilnego, trwałego i rodzinnego środowiska wychowawczego.

Zakłada się, że tylko równoległa realizacja przyjętych w Programie celów, umożliwi w kilkuletniej perspektywie (2008 – 2013), ograniczenie umieszczeń dzieci w placówkach opiekuńczo – wychowawczych na rzecz rodzinnej opieki zastępczej, co w konsekwencji doprowadzi do ograniczenia instytucjonalnych form opieki nad dzieckiem oraz minimalizacji sieroctwa społecznego.

Podstawę rozwiązań przyjętych w Programie stanowi Konstytucja RP oraz Konwencja o Prawach Dziecka z dnia 7 lipca 1991r., a w szczególności: prawo dziecka do rodziny i pozostawania pod opieką rodziców, prawo do poszanowania więzi rodzinnych dziecka odseparowanego z jakichkolwiek powodów od rodziców, prawo do ustanowienia dlań pieczy zastępczej.

**UZASADNIENIE**

Występujące poważne trudności w zapewnieniu opieki i wychowania wszystkim dzieciom, całkowicie lub częściowo pozbawionym opieki rodziców.

Trudności w realizacji zadania dotyczącego opieki nad rodziną i dzieckiem dotyczą w szczególności:

1. braku możliwości zapewnienia małoletnim posiadającym orzeczenie sądu o umieszczenie w placówce opiekuńczo – wychowawczej, całodobowej opieki w ramach istniejącego systemu. Na umieszczenie w placówce typu socjalizacyjnego i rodzinnego wg stanu na dzień 30 kwietnia 2007r. oczekiwało 249 dzieci (dane MOPS w Łodzi);
2. braku, pomimo prowadzonych kampanii informacyjnych na temat rodzicielstwa zastępczego, odpowiednich kandydatów na rodziny zastępcze niespokrewnione oraz zawodowe;
3. braku systemowej pracy socjalnej w zakresie profesjonalnego wsparcia rodziny w kryzysie. Konsekwencją takiej sytuacji jest systematycznie wzrastająca liczba dzieci kierowanych do systemu opieki całodobowej.

**OPIS PROGRAMU**

Program Rozwoju Rodzicielstwa Zastępczego jest dokumentem przewidzianym do realizacji na lata 2008 – 2013, stanowiącym kompleksowy system wspierania rodzin. Zawiera diagnozę sytuacji opiekuńczej na terenie miasta oraz określa zakres niezbędnych zadań i działań, zmierzających do ograniczenia sieroctwa społecznego. Program opisuje założone do osiągnięcia cele, wymienia instytucje, organizacje, służby i środowiska włączone w realizację przyjętych założeń. Program precyzuje również działania podejmowane na rzecz realizacji założonych celów, zadania w ramach kategorii działań oraz wskazuje podmioty bezpośrednio odpowiedzialne za ich wdrażanie.

Do współpracy z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w ramach Programu Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych wydeleguje dwóch przedstawicieli.

Podczas spotkania poruszono bardzo ważną kwestię zarówno dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, jak i dla Pielęgniarek Rodzinnych – brak centralnego rejestru noworodków. Rejestr taki ułatwiłby przepływ informacji między MOPS –em a pielęgniarką rodzinną w zakresie wydolności opiekuńczej rodziny.

W przyszłości planowana jest standaryzacja postępowania pielęgniarki rodzinnej i pracownika socjalnego w zakresie opracowania i wdrożenia procedury diagnozy wydolności opiekuńczej rodziny. Diagnozę prognostyczną (tzn. czy w niedalekiej przyszłości należy przewidywać zmianę w obrębie wydolności opiekuńczej rodziny) należy przeprowadzać równoległe przez pracowników ochrony zdrowia, jak i Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, dlatego też zapowiedziano ścisłą współpracę w tym zakresie.



## konferencje

dr n. med. Małgorzata Wojciechowska  
mgr Zofia Komorowska

### Sprawozdanie z I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej w Tarnowie

W dniach 26 - 27 września 2008 r. w Tarnowie odbyła się I Ogólnopolska Konferencja Naukowa pod tytułem „Człowiek w zdrowiu i chorobie, profilaktyka – pielęgnowanie – rehabilitacja”, której organizatorem była Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie. Nasze miasto i OIPIP w Łodzi reprezentowała silna grupa z Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi. Do Tarnowa pojechało 7 dydaktyków z tejże uczelni, każdy z wystąpieniem czynnym.

Konferencja odbywała się w siedzibie PWSZ w Tarnowie, która w tym roku obchodziła dziesięciolecie istnienia. Uczestników powitał Dyrektor Instytutu Nauk o Zdrowiu dr hab. R. Żarów, prof. PWSZ. Historię całej uczelni oraz plany na przyszłość przedstawił Rektor PWSZ w Tarnowie prof. dr hab. S. Komornicki. W imieniu zaproszonych gości głos zabrał wice – prezydent miasta Tarnowa.

Pierwszy dzień obrad składał się z 5 sesji tematycznych, które odbywały się równolegle w dwóch salach, co niestety utrudniało zapoznanie się ze wszystkimi referatami. W sesji I – „Uwarunkowania zdrowia w kontekście cyklu życia człowieka” przedstawiono 7 z 9 zakwalifikowanych referatów, w tym 2 z Łodzi: - mgr A. Renn-Żurek i mgr A. Wojcierowskiej pt. „Czym skorupka za młodu...” oraz dr M. Wojciechowskiej, mgr Z. Komorowskiej i lic. E. Wita – Majzner pt. „Szczepienia ochronne u dzieci – bezpieczna i skuteczna profilaktyka”. Oba referaty zostały przyjęte bardzo dobrze. W sesji poruszono także temat stylu życia młodzieży gimnazjalnej, nadwagi i otyłości u dzieci szkolnych, odżywiania się pracowników gospodarczych służby zdrowia oraz pierwotnej profilaktyki szyjki macicy wśród położnych i pielęgniarek. Sesja II – Kondycja fizyczna i sprawność motoryczna dzieci, młodzieży i osób dorosłych rozpoczęła się prezentacją n.t. „Aksjologiczny wymiar cielesności”. W dalszej części omawiano m. in. aktywność fizyczną dzieci i młodzieży, zakres involucji sprawności fizycznej mężczyzn w wieku dorosłym i starszym, poziom pensjonariuszy DPS w zakresie czynności dnia codziennego.

„Teoretyczne i praktyczne aspekty pielęgnowania człowieka chorego w wybranych stanach klinicznych” – taki tytuł miała sesja III, w której przedstawiono prace dotyczące: czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u kobiet pracujących umysłowo, występowania żylaków kończyn dolnych wśród pielęgniarek operacyjnych oraz prozdrowotnych postaw położnych w zakresie raka piersi.

Sesja IV – „Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych” dotyczyła zagadnień, jakie poruszane są na tak samo brzmiącym przedmiocie na studiach licencjackich kierunku pielęgniarstwo. W sesji V – „Teoretyczne

i praktyczne aspekty pielęgnowania człowieka chorego w wybranych stanach klinicznych, wystąpienie miała dr M. Wojciechowska i lic. R. Polok na temat „Jakość życia pacjentów z wylonioną urostomią a działania edukacyjne pielęgniarki”. Inne referaty dotyczyły: pielęgnowania chorych z kolostomią, jakości życia pacjentów dializowanych, satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w oddziale ortopedii i POZ. Po tak obfitych obradach pełnych doniesień oryginalnych z różnych stron kraju oraz wielu uczelni medycznych państwowych i prywatnych organizatorzy zadbali również o „strawę duchową” zapraszając uczestników na przepiękny występ zespołu GOSPEL w sali lustrzanej na tarnowskiej Starówce. Po występie uczestnicy spacerkiem przeszli deptakiem przez Stary Rynek do restauracji „Bombaj Music” na uroczystą kolację, która na pewno zaowocuje nowymi znajomościami naukowymi i prywatnymi.

W drugim dniu obrad zaproponowano 3 sesje naukowe, w tym jedną plakatową. W sesji – „Teoretyczne i praktyczne aspekty pielęgnowania człowieka chorego w wybranych stanach klinicznych swój czynny udział miały dr E. Szeląg i lic. B. Micielska – Moskalik pt. „Ocena jakości życia pacjentów operowanych z powodu otyłości”. Poruszano także tematy związane z niwelowaniem lęku w procesie leczenia operacyjnego, samooceną stanu zdrowia kobiet wykonujących badania mammograficzne, postępowaniem nauczycieli z dzieckiem z zespołem ADHD. W sesji plakatowej można było zapoznać się z 12 z 17 prac, które przedstawiały oryginalne doniesienia dotyczące tematyki, jaka omawiana była podczas sesji. Ostatnia sesja – „Współczesne problemy bioetyczne w opiece nad pacjentem” poruszyła wszystkich uczestników do głębi. Otarto się w niej o śmierć, dylematy moralne oraz zachowania w najtrudniejszych chwilach życia pacjentów, ich rodzin oraz samych pielęgniarek. Łódź w tej sesji przedstawiła dwa referaty: dr Z. Tokarskiego i lic. D. Pryczek pt. „Wspieranie osób umierających przez najbliższych” i mgr I. Łopacińskiej nt. „Pacjent i jego rodzina w oddziale OIM”.

Podsumowania konferencji dokonali przewodniczący Komitetu Organizacyjnego dr hab. R. Żarów, prof. PWSZ w Tarnowie i dr n. med. A. Gniadek. Zespół łódzki, reprezentowany przez wykładowców WSHE w Łodzi otrzymał z rąk Dyrektora Instytutu album z pięknie ilustrowanymi zdjęciami Tarnowa, w dowód podziękowania za tak liczne przybycie i wystąpienia czynne.

Tarnów to - jak podają przewodniki - biegun ciepła i to właśnie czuliśmy, gdy przez dwa dni pobytu towarzyszyło nam mocne słońeczko i ciepło płynące od organizatorów.

# Krystyna Walewska

**M**am przyjemność przedstawić naszymu środowisku biografię p. mgr Krystyny Walewskiej – obecnie pełniącej funkcję Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Pani Walewska jest z wykształcenia pielęgniarką, absolwentką Liceum Medycznego nr 3 w Łodzi.

Jej pierwszą pracą po uzyskaniu dyplomu (w 1980 r.) był oddział psychiatryczny w szpitalu w Zgierzu. Jak sama stwierdza, tam nauczyła się wnikliwej obserwacji chorych i wrażliwości na odczucia osób tych nieco inaczej widzących lub odczuwających rzeczywistość, w której żyją. W ciągu 4 lat pracy na tym oddziale nabyła ważną umiejętność słuchania i porozumiewania się z ludźmi. Wzmiankowane powyżej umiejętności okazały się bardzo istotne w dalszej pracy jako nauczyciela zawodu w Zespole Szkół Medycznych w Zgierzu (1984 - 1985). Wykorzystywała tam swoją wiedzę i umiejętności prowadząc zajęcia teoretyczne i praktyczne z psychiatrii klinicznej i neurologii. Pełniąc funkcje nauczyciela zawodu odczuwała pewne braki w swym przygotowaniu do pełnienia tej roli. Podjęła więc decyzję o rozpoczęciu studiów na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Poznaniu (1985-1989). W czasie studiów należała do kilku Studenckich Kół Naukowych, w których aktywnie działała. Uczestniczyła w trzech interdyscyplinarnych obozach naukowych, współpracowała w dwóch pracach badawczych, brała udział w konferencjach naukowych i sympozjach. Uwieńczeniem odbytych studiów była obrona pracy magisterskiej nt. „Efektywność nauczania pielęgniarstwa przy zastosowaniu poszczególnych metod nauczania”. Po ukończeniu studiów podjęła pracę w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej w Zgierzu (1989 -

1990), a następnie powróciła do Zespołu Szkół Medycznych.

W latach 1993 - 1995 korzystała z urlopu wychowawczego. W tym czasie prowadziła zajęcia z pedagogiki, metodyki nauczania na kursach organizowanych przez Wojewódzki Ośrodek Kadr Medycznych w Łodzi.

Po zakończeniu urlopu wychowawczego stanęła do konkursu na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Łodzi. Konkurs wygrała i funkcje naczelnicy Pielęgniarki pełniła przez 4 lata. Następnie od października 1999 roku do 31 października 2000 roku pracowała na stanowisku dyrektora Obwodu Lecznictwa Kolejowego w Łodzi – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Praca w tej instytucji rozszerzyła jej wiedzę i umiejętności z zakresu zarządzania, prowadzenia działań analitycznych dotyczących kosztów związanych z funkcjonowaniem zakładu, rynku usług medycznych, marketingu usług medycznych, negocjacji i kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

W grudniu 2001 roku obwód został zlikwidowany a pani Walewskiej powierzono stanowisko likwidatora jednostki.

W 2003 roku podjęła pracę w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na stanowisku specjalisty ds. merytorycznych, a w październiku 2007 r. została wybrana na stanowisko Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Pełnioną funkcję traktuje bardzo poważnie wkładając ogromny potencjał twórczy w jej wykonywanie. Jest bardzo zaangażowana w prace prowadzące do znormalizowania sytuacji w ochronie zdrowia ze szczególnym naciskiem na poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.



Różnorodne doświadczenia zdobyte w ciągu kilkunastu lat pracy zawodowej w różnych instytucjach pozwalają na obiektywne spojrzenie na stan aktualny, istniejące braki czy niepravidłowości, które należy usunąć i posłużyć się przy tym odpowiednimi sposobami.

Prócz pełnienia tej odpowiedzialnej funkcji prowadzi wykłady na Wydziale Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej – również na Wydziale Pielęgniarskim.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż mimo ukończonych studiów i bogatego doświadczenia zawodowego nadal podnosi swoje kwalifikacje. Ukończyła kurs z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych oraz kurs doskonalący dotyczący zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Zdała również egzamin dla kandydatów na członków rad nadzorczych w spółkach Skarbu Państwa, a także szkolenie z zakresu pozyskiwania środków z Funduszy Europejskich. Jest niezwykle wytrwała i stanowcza w osiąganiu wytyczonych celów, a przy tym delikatna w kontaktach z ludźmi.

Częstość występowania cukrzycy ulega stałemu zwiększaniu, nie tylko w Polsce. Uważa się, że zespół stopy cukrzycowej występuje u 0,6 – 2% chorych na cukrzycę typu 1, ale aż 12 – 18% chorych na cukrzycę typu 2. Jest to najdroższe powikłanie cukrzycy.

W Anglii roczny koszt leczenia chorego z powikłaniami stopy cukrzycowej (owrzodzenie, zgorzel, martwica) oceniany jest na 3.600 funtów, a kiedy dochodzi do amputacji suma ta wynosi ponad 10.000 funtów. Na leczenie tego powikłania wydaje się rocznie w Anglii 17 mln. funtów, a w USA 150 mln. dolarów.

Wyniki badań autorów niemieckich wskazują, że ryzyko amputacji u chorych na cukrzycę jest ponad 20 razy wyższe w porównaniu z osobami bez cukrzycy. Dlatego też niezwykle ważnym jest uświadomienie chorym konieczności starannego zapobiegania, jak też leczenia nawet drobnych skaleczeń w obrębie stopy.

Opieka pielęgniarska stanowi jeden z najważniejszych czynników w kontaktach z chorym, zarówno w sensie leczniczym jak i edukacyjnym, również w kontaktach z rodziną chorego. W nowocześnie zorganizowanej Poradni Chirurgicznej pielęgniarstwo jest

postępowania terapeutycznego. W ciągu kilku ostatnich lat wzorem krajów zachodnich powstają w Polsce specjalistyczne Poradnie Leczenia Stopy Cukrzycowej. Oprócz chirurga jest tam diabetolog, psycholog jak również podiatra i rehabilitant, których rola w opracowywaniu specjalnych odciążających wkładek czy butów jest nieoceniona w procesie zapobiegania ale też i leczenia zmian na stopie, zwłaszcza w obrębie zniekształceń stopy (palec koślawy), jak też owrzodzeń części podeszwy.

Wprowadzenie opatrunków interaktywnych w sposób zasadniczy zmie-

## Zespół stopy cukrzycowej

**Terminem "stopa cukrzycowa" określamy zmiany zapalne i zakażenie tkanek stopy o bardzo różnym stopniu nasilenia. Zwiększona podatność na zakażenie u chorych na cukrzycę jak też zazwyczaj współistniejąca angio- i neuropatia są przyczyną szybkiego powstawania zmian martwiczych a nawet zgorzeli stopy.**

## Rola pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu

Owrzodzenie na stopie występuje u 15% chorych na cukrzycę. Najczęściej przyczyną jest zakażony pęcherz lub zropiały odcisk, których wczesne objawy pozostają niezauważone przez chorego ze względu na neuropatię cukrzycową. Możemy wyróżnić kilka rodzajów neuropatii.

Neuropatia ruchowa objawia się zanikami mięśniowymi oraz nasilającymi się zniekształceniami stóp. Zaburzenia czucia bólu i temperatury oraz dotyku wynikają z neuropatii czuciowej. Stan, w którym dochodzi do zaburzeń troficznych na skutek powstania przetok tętniczo-żylnych nazywamy neuropatią autonomiczną.

tą osobą, z którą najczęściej styka się chory. Pielęgniarka w sposób ciągły ocenia stan zmian na stopie, stan procesu gojenia się owrzodzenia, poprzez częste kontakty z chorym zdobywa jego zaufanie. Przez to wspomaga chorego, który zazwyczaj jest zmęczony długotrwałą chorobą i często powolnymi efektami leczenia. Dlatego też pielęgniarka opiekująca się chorym ze stopą cukrzycową, nie tylko w Poradni Chirurgicznej, ale też w Ogólnej Poradni Rejonowej czy też pracująca jako pielęgniarka środowiskowa powinna posiadać wiedzę, przede wszystkim w sposobach zapobiegania nawet drobnych skaleczeń stopy, ale też zasad kompleksowego

niło nasze poglądy na sposób gojenia ran. Stąd pielęgniarka powinna mieć możliwość pogłębiania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych przez samokształcenie, udział w kursach, czy uczestniczenie w konferencjach.

Pielęgniarka poprzez stały kontakt z chorym ma możliwość oceny jego stanu psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem stanów emocjonalnych towarzyszących chorobom przewlekłym t.j. przygnębienie psychiczne czy stany depresyjne. Pielęgniarka wpływa i kształtuje u pacjenta stopień akceptacji choroby, umacnia jego dążenia i przekonanie do pomyślnego zakończenia leczenia.



**Proces gojenia ran składa się z trzech faz:**  
**1. fazy zapalnej i wysiękowej (okres oczyszczania)**  
**2. fazy proliferacyjnej (okres ziarninowania)**  
**3. fazy epitelializacji (okres odnowy)**

Badania przeprowadzone przez Wintera w 1962 r. udowodniły, że zapewnienie w ranie wilgotnego środowiska wpływa zdecydowanie korzystnie na proces gojenia. Takie właśnie warunki gojenia zapewniają i utrzymują nowoczesne opatrunki interaktywne czynnie uczestniczące w procesie gojenia. Dzięki nim w ranie – przestrzeni międzypalcowej, czy owrzodzeniu części podszewkowej powstaje wilgotne środowisko sprzyjające i przyspieszające procesy gojenia. Natomiast nie zaleca się już tradycyjnych opatrunków z gazy, które utrudniają gojenie, ponieważ przylegają do rany, a w trakcie zmiany powodują ból oraz niszczenie nowo powstałych tkanek. Łatwo ulegają zabrudzeniu, nie pochłaniają dostatecznie wydzieliny, co stwarza konieczność ich zmiany nawet kilka razy dziennie.

W opatrunkach interaktywnych warstwa lecznicza pozwala zachować odpowiednią temperaturę gojenia 37 – 38 st.C, a płyn wysiękowy zawiera cytokiny i czynnik wzrostu przyspieszające gojenie. Należy unikać przemywania owrzodzenia roztworem 10% soli czy wodą utlenioną. Odpowiednie cechy opatrunku przedstawiono poniżej.

Tabela 1. Cechy opatrunku

<ul style="list-style-type: none"> <li>- wchłanianie wysięku</li> <li>- elastyczność (dobre przyleganie)</li> <li>- utrzymanie wilgotności</li> <li>- ułatwienie enzymatycznego trawienia</li> </ul>
--

Znajdujące się obecnie w użyciu opatrunki interaktywne, produkowane przez różne firmy posiadają wspólną cechę – możliwość zastosowania odpowiedniego rodzaju opatrunku w zależności od fazy gojenia.

Dlatego też gojenie rany z tkankami martwiczymi w dnie i wydzieliną ropną wymaga silnego enzymatycznego oczyszczenia. Następne rodzaje opatrunków stosujemy w zależności od fazy gojenia – oczyszczania, ziarninowania, czy nabłonkowania. Różnice między opatrunkami tradycyjnymi (wysychającymi) a interaktywnymi przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Cechy opatrunku

Opatrunki tradycyjne	Opatrunki interaktywne
<ul style="list-style-type: none"> <li>- wyłącznie funkcja osłony</li> <li>- przylepiają się do rany</li> <li>- wysuszenie rany (utrudniają proces gojenia)</li> <li>- nasączenie antybiotykiem (alergia)</li> </ul> <p>antyseptyki: działanie cytotoksyczne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- optymalna wilgotność</li> <li>- zdolności absorbcyjne</li> <li>- wysięk usuwa martwe elementy komórkowe</li> <li>- nie przyklejają się do rany</li> <li>- chronią przed wtórnym zakażeniem</li> <li>- utrzymują stałą temperaturę</li> <li>- zawierają srebro (MRSA)</li> </ul>

Na podkreślenie zasługuje utrzymywanie przez opatrunki interaktywne optymalnej wilgotności, usuwanie poprzez wysięk martwych elementów komórkowych i utrzymywanie stałej temperatury.

Początkowa obawa przed ich zastosowaniem może wynikać z pozornie wysokiej ceny. Należy mieć nadzieję, że ceny opatrunków interaktywnych będą stopniowo się zmniejszały. Nawet obecnie, kiedy w późniejszych fazach gojenia zmiana opatrunku następuje co 2 – 4 dni koszty te zaczynają być porównywalne, a wygoda chorego nieporównanie większa.

Ponieważ obecnie istnieje wiele rodzajów opatrunków interaktywnych – właściwym postępowaniem w przypadku braku postępu gojenia rany na stopie u chorego z cukrzycą jest zamiana na inny rodzaj lub produkt innej firmy. Ostatnio coraz większą skuteczność wykazują opatrunki

nasycone solami srebra, bardzo skuteczne i wygodne w stosowaniu, ponieważ mogą być zmieniane w zależności od intensywności wysięku nawet co kilka dni.

Dlatego też niezwykle ważna jest rola pielęgniarki nie tylko w procesie profilaktyki, ale też i leczenia owrzodzeń w stopie cukrzycowej.

### PROFILAKTYKA

- wyjaśnienie świadomości choroby, nikłych objawów, braku czucia, zagrożeń,
- codzienne oglądanie stóp i przestrzeni międzypalcowych (lusterko!),
- higiena stóp,
- obcinanie paznokci (prosto, nie zbyt krótko),
- natłuszczanie suchej skóry,
- kontrola obuwia (urazy podczas chodzenia).

### ROLA PIELĘGNIARKI U CHORYCH ZE STOPĄ CUKRZYCOWĄ

- wielokierunkowe działanie,
- edukacja chorego i rodziny,
- pomaganie w opanowaniu samodzielnych zmian opatrunku,







- kontrola procesu gojenia owrzodzenia,
- dobór odpowiedniego rodzaju opatrunku,
- wsparcie psychiczne,
- kształtowanie u chorego akceptacji choroby, współpracy z zespołem terapeutycznym, dążenia do podnoszenia jakości swego życia oraz dbanie o okresowe badania diagnostyczne.

W zespole leczniczym powinien być podiatra oraz rehabilitant. Ich znaczenie dla procesu leczenia powinno być przez pielęgniarkę przekazywane zarówno choremu, jak i jego rodzinie. Wczesne zastosowanie specjalistycznych wkładek u chorych ze zmianami na skórze stopy może uchronić ich przed powstaniem trudno gojącego się owrzodzenia.

Rola pielęgniarki w procesie leczenia chorego z zespołem stopy cukrzycowej powinna uwzględniać całość procesów pielęgnacyjnych, przygotowanie pacjenta do stałej samokontroli i samopielęgnacji stóp w warunkach domowych. Ważnym jest również zwiększanie motywacji chorego do przestrzegania zasad postępowania w trakcie zazwyczaj długotrwałego leczenia.

*Literatura u autora*

## KOMUNIKAT

### Kurs specjalistyczny

#### WYKONANIE

#### I INTERPRETACJA ZAPISU

#### ELEKTROKARDIOGRAFICZNEGO

(Nr 03/07) program

przeznaczony

dla pielęgniarek

i położnych

rozpocznie się **15 grudnia 2008 roku.**

Wnioski należy składać

do dnia 01.12.2008r.

w Biurze OIPiP w Łodzi,

ul. Piotrkowska 17 w godz.

pracy biura - p. 307.

## Konkurs „Codziennosc zawodowa – blaski i cienie” - wyróżnienie

Beata Pietrzak

# Był człowiek i byłem pielęgniarką

22 czerwca godz. 10.30 w auli Liceum Medycznego rozbrzmiewają słowa przysięgi:

**„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki i uroczycie przysięgam...”**

To było 20 lat temu. Wtedy to, tak dumnie było nazywać się pielęgniarką. Długo przymierzałam się do tego pisania. Miałam wiele wątków i przemyśleń. Miało być poetycko. Postanowiłam jednak napisać „prawdziwą prawdę”. W tym roku mija 20 lat mojej ciężkiej pracy, bo na pediatrii. Kto choć raz pracował z dziećmi wie, co mam na myśli. W codzienności zawodowej wielokrotnie widywałam blaski i cienie swoich pielęgniarskich czynności. Od momentu ukończenia szkoły do dziś pracuję jako pielęgniarka odcinkowa. Nie dla mnie przepisy, ustawy, zarządzenia. Zdaję sobie sprawę, że są one w organizacji pracy niezbędne, jednak praktycznie podchodząc do problemu - w większości przypadków - utrudniają pracę. Istota tego tkwi w tym, że wszyscy zmieniają przepisy dotyczące pacjenta, a tak naprawdę zapominają o nim w codzienności. Czasy się zmieniły. To smutna prawda. Gdy rozpoczynałam pracę - było mi łatwiej i lżej. Mimo braku doświadczenia zawodowego i życiowego nie bałam się „ciężkich” stanów u chorych ani poważnych rozmów z podopiecznymi, czy ich rodzicami. Czułam, że jestem kimś ważnym, kimś wyjątkowym; czułam, że to, co mówię i robię, jest mądre, wyważone, szczere. Byłam słuchana. Nikt nie podważał mojego autorytetu. Byliśmy z lekarzami,

salowymi w oddziale prawdziwym zespołem. Nasze działania były spójne. Nikt nie myślał, kto powinien to zrobić, tylko robił. Chory był priorytetem (kiedyś to słowo rzadko używane, a dziś brzmi jak banał). Cały zespół chciał wyleczyć pacjenta. Nikt nie przeliczał jego choroby na punkty i złotówki. Liceum Medyczne, które ukończyłam z pewnością dobrze mnie przygotowało do zawodu, ale w tej pracy konieczna jest też życiowa mądrość i umiejętność praktycznego działania, którą możemy zdobywać podczas codziennego wypełniania obowiązków. Nie byłam „przebojową” dziewczyną. Bez wahania jednak opuściłam mały miejski szpital przeniosłam się do dużego miasta i dużego szpitala. Byłam odważna. Ludzie, z którymi wtedy pracowałam, dali mi wiarę we własne możliwości i doceniali mnie. Nie było lekko - były też łzy, zdenerwowanie i złość, ale teraz wiem po co. Po 1,5 roku pracy w małym szpitalu trafiłam do szpitala CZMP. Duży, nowoczesny szpital. Wszystko nowe, nieznanne, interesujące. Dałam radę. Moje koleżanki - pielęgniarki na oddziale - to w większości rówieśniczki. „Razem” chodziłyśmy na randki i imprezy. Potem „razem” wychodziłyśmy za mąż i „razem” rodziłyśmy dzieci. „Wspólnie” je wychowujemy. W codzienności



na oddziale docierałyśmy się. Było OK. Mijały lata i rządy. Przyszedł czas na reformy (służby zdrowia i czasów). Nagle okazało się, że choć z wieloletnim stażem w pracy, tak właściwie to ja – pielęgniarka - nie jestem w stanie pomóc, doradzić. Obarczona dodatkowymi obowiązkami i papierami odsunęłam się od pacjenta i jego problemów. Teraz to lekarz leczy i tylko on wie, jak pielęgnować w zdrowiu i opiekować się w chorobie. Z łezką w oku wspominam chwile, gdy mając swoje małe dzieci, chętnie rozmawiałam z młodymi matkami o problemach z kolką, schemacie żywienia itp. Dałabym wiele, aby choć jedna matka skorzystała teraz z moich rad - rad pielęgniarki. Niestety. Wszystko należy do lekarza. Chciałoby się powiedzieć: halo, ja też tu jestem! Czuję, że dużo wiem, dużo umiem - jestem przecież praktykiem. Coraz częściej

jednak daje mi się we znaki odczucie, że pełnię funkcję służalczą (przynieść wyniki badań, podać herbatę). Najbezpieczniej jest również jak najmniej rozmawiać (rodzice są przecież obecnie mocno „uświadomieni” we wszystkim, a pielęgniarka nie należy do najinteligentniejszych). Jest przykre, by tak doświadczona pielęgniarka miała takie odczucia. Panie Oddziałowe, proszę mi wierzyć: spotkania z psychologami i warsztaty psychologiczne niewiele mi (i koleżankom) pomogą. To nie depresja czy wypalenie zawodowe. Uwierzcie, od lat młodości nie byłam większą realistką. Zastanawiam się, czy ta moja praca pasuje do konkursu pt. „Codzienność zawodowa - blaski i cienie”. Być może zostanie odrzucona, bo nie na temat. Ja jednak widzę w swojej pracy coś, co pasuje do tych „blasków i cieni”.

Jestem przekonana, że osoby, które pracują, tyle co ja (lub dłużej), widzą i czują to samo. Po szkole ochoczo ruszyliśmy do pracy z wielkim entuzjazmem, chcieliśmy pomagać potrzebującym, patrzeć na uśmiech i radość dziecka. Nie było straszne nowe środowisko i odpowiedzialny obowiązek pilnowania ludzkiego życia. Nikt wtedy nie mówił o pieniądzach i usługach medycznych.

Był człowiek i byłam pielęgniarką. Teraz, choć minęło już tak wiele lat, coraz rzadziej widzę człowieka. Absurdy organizacyjne, rodzaje świadczeń medycznych wypełniają moją codzienną pracę. Mojego skromnego zdania, nikt nawet nie słyszy. Mówimy tylko o pieniądzach - tak zmieniły się czasy. To jest problem zawodowy - to jest mój problem. To są stare „BLASKI” i nowe „CIENIE”.

reklama



Centrum Edukacji ERUDIO  
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 PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne  
Pielęgniarstwo operacyjne

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne 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 PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia  
ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego

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

**PŁATNOŚĆ  
ROZKŁADAMY NA  
DOGODNE RATY**

**OIPIP w Łodzi zwraca 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach  
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!  
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**

**www.erudio.com.pl**



# Po prostu nie mogłabym być kimś innym...

Zostałam pielęgniarką trochę z przypadku, nic nie wiedząc o tym zawodzie. Nie czułam żadnego powołania do tego zawodu, ale podobały mi się czyściutki białe fartuchy u pielęgniarek w moim Ośrodku Zdrowia. Poszłam do Liceum Medycznego bo nie chciałam iść do „ogólniaka”. W Liceum Medycznym mieszkałam w internacie i bardzo dobrze się uczyłam, byłam najlepszą uczennicą (pierwsza trójka), dostałam stypendium, które pokrywało koszty utrzymania w internacie. Rodzice specjalnie nie interesowali się moją nauką - posłali mnie do szkoły i miałam ją ukończyć. Wróciłam do domu po pięciu latach z maturą i dyplomem pielęgniarki. Jest rok 1980 - sytuacja w kraju bardzo ciężka, w sklepach wszystkiego brakuje, a w większych zakładach strajki, mieszkam w wynajętym mieszkaniu i idę do mojej pierwszej pracy. Jest to Oddział Chirurgiczny w Szpitalu Klinicznym – 60 łóżek, co drugi dzień ostry dyżur. Wydawało mi się, że szkoła dobrze przygotowała mnie do pracy, teoretycznie chyba tak, praktycznie uczę się wszystkiego od starszych koleżanek. Mam szczęście, że trafiłam na wspianiałe pielęgniarki - Ela, Małgosia, Basia, Danusia, Irenka. Zadziwiają mnie swoimi umiejętnościami. W szpitalu brak sprzętu jednorazowego, część dezynfekujemy, a część gotujemy. Uczę się podłączać kroplówki zwykłą metalową igłą, zakładać sondy i pozostałych czynności zabiegowych. Najważniejsze umieć zrobić coś z niczego, przede wszystkim łączniki do drenów, trzeba umieć tak okleić plasterm igłę od kroplówki dożylną aby mogło spłynąć 2 litry płynów.

Toalety pacjentów wykonuje się bez rękawiczek, rękawiczki są tylko na Sali opatrunkowej, w jałowej puszcze, czasem podbieramy je koleżance opatrunkowej. Do dezynfekcji jest spirytus skażony, 1% chloramina i lizol. Na oddziale jest świetna atmosfera, koleżanki starsze pomagają młodszym, uczą je wielu rzeczy, tworzymy zgrany zespół. Pacjenci różni, od ciężko chorych po pijanych awanturników. Czuję się im potrzebna. Oddziałem kieruje wspianiały profesor, docenia naszą pracę, dobrze współpracuje się z lekarzami. Siostra Oddziałowa czasem się denerwuje, ale jest wspianiałym człowiekiem. Dwa lata temu spotkałam ją na ulicy, odeszła na emeryturę. Cały czas pełniła tę funkcję - zastanawiam się jak przez tyle lat dawała sobie radę kierować takim ogromnym oddziałem. Pracujemy na trzy zmiany. W ciągu tygodnia są jeszcze pielęgniarka zabiegowa i opatrunkowa. Jedna pobiera krew do badań i podłącza wszystkie kroplówki, druga wykonuje opatrunki. Soboty, niedziele i święta wyglądają w szpitalu inaczej. Na 60 pacjentów zostajemy tylko dwie i musimy wykonać wszystkie zlecenia lekarskie. Dyżury są bardzo ciężkie, nie ma pielęgniarki zabiegowej i opatrunkowej. Koleżanki nocne szykują nam wszystko na rano: kroplówki, iniekcje, rozkładają leki. Nikt nie zastanawia się, że mogły się w czymś pomylić. Nie może być żadnej pomyłki, łąpiemy 30 kroplówek i biegniemy w oddział. Mamy do siebie wielkie zaufanie, nawet nie patrzymy kto szykował te kroplówki. Jak by to wyglądało dzisiaj nie wiem. Przez 17 lat pracy na chirurgii nikt nigdy się nie pomylił.

Miałam wrażenie, że jesteśmy „wytresowane” na co zwraca uwagę. Pracujemy w stałym zespole, znamy się dobrze. Bardzo jestem zadowolona z pracy. Rok 1981 - zastaje nas stan wojenny, płacemy na oddziale, trzy sale pozostają do dyspozycji wojska. Wszyscy pocieszamy się, wigilia u Profesora w gabinecie. Ze względu na zakaz organizowania zgromadzeń drzwi od strony korytarza pilnuje z-ca ordynatora. Profesor pociesza nas. Dostajemy zawiadomienie, że możemy zostać zmobilizowane na terenie szpitala. Przynosimy bieliznę osobistą i środki czystości, najgorzej przeżywają to koleżanki, które mają małe dzieci. Po kilku dniach sytuacja się normalizuje. Jestem już dobrze zorientowana w pracy oddziału, staram się jak najlepiej wykonywać swoje obowiązki i z dużą chęcią i radością idę do pracy, która daje mi dużo zadowolenia i satysfakcji. Pracujemy cały czas na „ósemki”, cztery noce po rząd. Na dyżurach nocnych sterylizujemy sprzęt bo nie ma jednorazowego i opiekujemy się chorymi szczególnie tymi w ciężkim stanie. Na dyżurach dziennych wykonujemy zabiegi i zlecenia lekarskie. Jesteśmy uśmiechnięte, lubiane przez pacjentów, lekarze doceniają nasze umiejętności. Na oddziale przepracowałam 17 lat, była to praca z cudownymi ludźmi – tworzyliśmy wspianiały zespół. Przyszedł niestety czas, że nie wytrzymuję fizycznie takiej pracy (zdarza się zasnąć na nocnych dyżurach), moje koleżanki mają podobne problemy. Myślimy o zmianie pracy. Odchodzi nas 5, zespół rozpada się. Podejmuję pracę w Przychodni Rejonowej jako



pielęgniarka środowiskowa. Praca na jedną zmianę, dyżury w sobotę i niedzielę polegające na zrobieniu kilku iniekcji w domu chorego. Praca w środowisku nudna, nie dająca satysfakcji. Nabieram nowych doświadczeń, kończę także kurs dla pielęgniarek środowiskowych - rodzinnych. Współpracuję z poradnią dla dzieci, poradnią leczenia gruźlicy, prowadzę kalendarz szczepień, konsultuję szczepienia dzieci do 1 roku, prowadzę nadzór nad leczeniem gruźlicy. Dużo dokumentacji, praca mało sensowna nie widać efektów. Dużo fikcji w dokumentacji, absurdy - pisanie wywiadów środowiskowych. Jest rok 2000 powstały Kasy Chorych i Przychodnie Lekarzy Rodzinnych. Media zachwalają takie przychodnie, podają, że pieniądze pójdą za pacjentem, że leczenie będzie na wyższym poziomie, a pielęgniarki będą wreszcie więcej zarabiać. Pacjent wybierając lekarza i pielęgniarkę będzie miał dostęp do wielu świadczeń w ramach płaconej składki. Myślę, że słuchając tych absurdów dałam się nabrać. Zmieniłam pracę na prywatną przychodnię lekarza rodzinnego. Miałam odpowiednie kwalifikacje – ukończony kurs pielęgniarki środowiskowej - rodzinnej - a takie wymogi stawiała Kasa Chorych. Przychodnia Lekarzy Rodzinnych to dwóch lekarzy internistów, pediatra i dwie pielęgniarki. Organizujemy przychodnię od „zera”. Zbieramy deklaracje od pacjentów, uśmiechnięte zachęcamy do zapisywania się do naszej przychodni. Przychodnia się rozrasta, szef zatrudnia dodatkowych lekarzy: neurologa, okulistę, profilaktyka i podpisuje umowę z dużym zakładem pracy na badania okresowe. Jeździmy całą ekipą do zakładu na badanie, ja pobieram krew i odwożę do laboratorium a lekarze prowadzą badanie. W przychodni jestem wszystkim: pielęgniarką, sekretarką, rejestratorką, gońcem, kierownicą i sprzątaczką. W przychodni robię wszystko, co

należy do pielęgniarki i jadę samochodem szefa (starym gratem, który wiecznie się psuje) w teren, pobieram krew, robię iniekcje i opatrunki, zbieram także dary dla biednych rodzin na moim terenie. Jako sekretarka zliczam wizyty u wszystkich lekarzy i przygotowuję sprawozdania do Kasy Chorych a jako rejestratorka pilnuję porządku w kartotekach, sprawdzam zgodność przyjęć pacjentów z listą wydaną przez Kasę i wyłapuję pacjentów, którzy nie są zapisani do naszej przychodni. Muszę także łagodzić konflikty między pacjentami o kolejność wejścia do gabinetu lekarza. Mam jeszcze „na głowie” samochód którym jeżdżę (wożę nim także położną - bo nie ma prawa jazdy, odwożę pacjentów do szpitala bo zamówienie karetki kosztuje 90 zł.) – oprócz tego mechanik, wulkanizator, stacja benzynowa i myjnia. Mam również inne obowiązki jako goniec jeżdżę do drukarni po druki, na pocztę, po szczepionki do sanepidu i do szkół odwożę zaświadczenia o szczepieniu dzieci. Gdy dyżury zająbują się i jesteśmy dwie biorę się za sprzątanie poczekalni i gabinetów. Nie tak wyobrażałam sobie swoją pracę - mam tego już dość. Jest rok 2001, pracuję na dwie zmiany od 7 do 20, w soboty i niedzielę wykonuję iniekcje z antybiotyków chorym w domu i to wszystko za 920 zł. netto miesięcznie. „Pieniądze idą za pacjentem” - właściciel przychodni kupuje nowy samochód żonie, sam też zmienia na nowy, wyjeżdża na urlopy zagraniczne, kompleksowo remontuje dom, a pacjenci ciągle słyszą, że na nic nie ma pieniędzy, że Kasa płaci grosze i za to można zrobić najwyżej morfologię. Do każdego badania mamy pobierać dodatkowo 1 zł. od pacjenta. Dla pielęgniarek też oczywiście nie ma pieniędzy na podwyżkę bo przychodnia jest ciągle na dorobku. Po przeszło 4 latach takiej pracy

odchodzę, żal mi oszukiwanych pacjentów i sama czuję się wykorzystana i oszukana. Myślę o pracy w szpitalu z chorymi. Szpital posiada inną atmosferę, pielęgniarka jest w zespole leczniczym i terapeutycznym. Chciałam, aby moje umiejętności i doświadczenie były wykorzystane dla dobra pacjenta. Zamieniam więc pracę na szpital - mały oddział 22 łóżka, chirurgia specjalistyczna praca na jedną zmianę. Po ośmiu latach znowu w szpitalu – czasy się zmieniły, szpital się zmienił i ludzie się zmienili. Koleżanki nie współpracują ze sobą - brak zespołu, oddziałowa żadna władzy zamiast organizować pracę to ją dezorganizuje, szef oddziału nie jest zainteresowany pracą pielęgniarek a pielęgniarka naczelną „trzyma stronę dyrekcji” w każdej sprawie. Jedynie współpraca z lekarzami układa się bardzo dobrze, jestem doświadczoną pielęgniarką, służę im swoją wiedzą i doświadczeniem i wiele pomagam i lekarze to doceniają. Z pracy jestem zadowolona, ale z wynagrodzenia nie. Zostałam oszukana przez pielęgniarkę naczelną (ustnie obiecała mi inne warunki umowy, a na piśmie otrzymałam inne) bardzo bolał mnie również brak zrozumienia dla warunków pracy pielęgniarek przez naczelną i niechęć do jakiegokolwiek poprawy. Po przeszło dwóch latach pracy odchodzę - lekarze żegnają mnie ze łzami w oczach. Znajduję pracę lepiej płatną, czy da mi satysfakcję i zadowolenie? Nie wiem. Jestem pielęgniarką od 28 lat - spotkałam w swojej pracy ludzi mądrych, życzliwych, rozumiejących chorego człowieka, naukowców, wspaniałych lekarzy i pielęgniarki. Zostałam pielęgniarką i jestem zadowolona z dokonanego kiedyś wyboru. Po prostu nie mogłabym być kimś innym – mówię to mimo trudnych warunków, w jakich pracuję i niestety wciąż niskiemu wynagrodzeniu.



## Dziecko się rodzi...

### Nasze dziecko się rodzi... Nadzieja...

Wybierając zawód położnej, sugerowałam się jego pięknem związanym z codziennym witaniem nowego życia. I w tych momentach, kiedy myślałam o sobie pomagającej rodzącej, nigdy nie brałam pod uwagę faktu, że śmierć może przyjść i do leżącej w położu kobiety i do noworodka. W naszych fachowych książkach przy różnych komplikacjach położniczych czytamy, że dany przypadek może skończyć się zgonem maleństwa. Jest to sucha pozbawiona emocji informacja i tak ją odbieramy - jak statystyczne dane. Tyle i tyle przypadków chorobowych kończy się pomyślnie a tyle tragicznie. Na sali porodowej mamy do czynienia z żywym człowiekiem, który mimo wielkich wysiłków personelu medycznego utracił bliską osobę. Jak się wtedy zachować? Jak pomóc zrozpaczonej matce? Myślę, że nie ma tu gotowych recept. Każdy z nas inaczej reaguje na wiadomość o odejściu kogoś bliskiego. Często ciężka choroba daje nam szansę na oswojenie z myślą o tym najgorszym. Czasem śmierć przyjmujemy jako swego rodzaju wyzwolenie od cierpienia, ukojenie. Takiej możliwości nie daje nam jednak śmierć dziecka w łonie matki lub po paru godzinach czy dniach życia. Przecież jego pojawienie się na świecie to wielka radość rodziców, marzenia, długie rozmowy o kolorze oczu, kształcie noska, rączek.

„Dziecko się rodzi.

Nasze dziecko się rodzi.

Nadzieja.”

I w pewnym momencie ta nadzieja ginie. Nie pozostaje nic.

Nie ma żadnych mądrych słów, które złagodzą żal i ból, które zapełnią pustkę. Jednej kobiecie pomoże modlitwa, innej długi płacz, a jeszcze innej gniew i rozgoryczenie. Nasza podopieczna najsilniejszą rozpacz musi przeżyć w obcym środowisku, w szpitalu, gdzie obok niej przebywają szczęśliwe mamy. Nie wie, jak zareagował na nieszczęście mąż, matka, teściowa. Jest zmęczona porodem, a utrata dziecka nie pozwala jej również odpocząć psychicznie. Bardzo często za tę śmierć wini siebie, czuje się gorsza. Uważa, że zawiodła rodzinę, że nie jest w pełni kobietą, ponieważ jej dziecko nie żyje. Lekarze zapiszą pacjentce odpowiednie leki, na uspokojenie lub na sen. Lek działa jednak określony czas, nie można też go podawać ciągle. Jak pomóc zrozpaczonej matce skoro nasza wiedza psychologiczna opiera się na podstawowych wiadomościach i doświadczeniach życiowych. Myślę, że w takich dramatycznych okolicznościach musimy zachować spokój i bacznie obserwować doświadczoną przez los kobietę. Powinniśmy pozwolić na właściwe dla niej odreagowanie (płacz, krzyk, jęki). W pewnym momencie - tu już trzeba się kierować sercem - spróbować wyciszyć silne reakcje. Mogą tu być pomocne, zwykłe ludzkie gesty, wzięcie za rękę, pogłaskanie po głowie, podanie szklanki ciepłej herbaty, poprawienie pościeli.

W drugim etapie naszej pomocy możemy skłonić pacjentkę do omówienia zaistniałej sytuacji. Ta swego rodzaju spowiedź pozwoli

spojrzeć kobiecie jakby troszkę z boku na swoje doświadczenie. Zajmie się ona poszukiwaniem właściwych słów, aby wypowiedzieć i nazwać wewnętrzne przeżycia. Takie słowne przekazanie drugiej osobie swojego bólu i poczucia krzywdy bardzo często łagodzi przykre doznania. W trakcie szczerzej rozmowy możemy dodawać otuchy i wiary w to, że i dla niej kiedyś zaświeci słońce. Tylko niech to nie będą zdawkowe słowa w rodzaju: „Będzie pani zadowolona, może pani jeszcze urodzić kilkoro dzieci”. Skupmy się raczej na poszukiwaniu w kobiecie wewnętrznej siły, która pozwoli jej pokonać rozpacz. Spróbujemy podkreślić jej znaczenie w rodzinie, jej pozytywną rolę w tworzeniu klimatu ciepła i radości w domu. Później możemy też z naszą podopieczną poprowadzić bardziej ogólną rozmowę o przemijaniu, odchodzeniu z naszego życia bliskich. Kiedy kobieta słucha naszych rozważań i sama znajduje argumenty za tym, aby dalej czynnie uczestniczyć w codziennym życiu możemy przyjąć, że najgorsze ma za sobą. Jeszcze nie raz poczuje w swym sercu ból, jeszcze nie raz zapłacze wspominając swą stratę, ale obudziłyśmy w niej nadzieję, że będzie dobrze.

Okres żałoby po utracie dziecka można podzielić na pewne okresy. Catherine M. Sanders, psycholog kliniczny z Charlotte w Stanach Zjednoczonych wyróżnia pięć takich okresów na podstawie wyników swojego programu badawczego (Sanders, Tampa Breavement Study 1976). Uważa ona, że fazy te w pełni obejmują i opisują cały



proces opłakiwania straty. Każda z nich stwarza możliwość rozwoju. Naturalnie, nie u każdego człowieka występuje cały zestaw objawów jednocześnie, poza tym niektóre z nich czasami zachodzą na sąsiednie fazy. Może zdarzyć się tak, że jakiś określony symptom będzie pojawiać się dłużej niż jedna faza, inny zaś nie pojawi się wcale. W procesie opłakiwania straty bliskiej osoby nie istnieje żaden sztywny harmonogram czasowy. Nie da się przewidzieć, ile dana osoba będzie potrzebowała czasu na rozwiązanie wszystkich swoich emocjonalnych problemów związanych ze śmiercią dziecka.

Faza 1. Szok (niedowierzenie, wewnętrzny zamęt, wzburzenie, bezradność, stan alarmu, psychologiczne dystansowanie się). W trakcie przeżywania tej fazy trudno się zorientować i ocenić, w jak wielkim szoku znajduje się człowiek. Bardzo często neguje on swoje uczucia i stara się je ściśle kontrolować. W fazie tej u rodziców dominuje lęk, ponieważ mają odczucie, że świat wymknął im się spod kontroli. Niemniej jednak zachowywanie stoickiego spokoju i zamykanie się emocjonalne powoduje powstawanie problemów. Znacznie zdrowszą reakcją jest wyładowanie prawdziwych uczuć bez wstydu czy zakłopotania.

Faza 2: Uświadomienie sobie straty (niepokój wywołany separacją, konflikty emocjonalne, przewlekły stres, nadwrażliwość, gniew, poczucie winy). Faza ta charakteryzuje się silnym niepokojem wywołanym separacją. Intelktualnie rodzic jest już w pełni świadomy tego, co się stało, ale emocjonalnie wciąż nie potrafi się z tym pogodzić. Może czuć się tak, jakby był na granicy załamania nerwowego, z trudem zachowując równowagę. Poczucie utraty kontroli jest nawet silniejsze niż w poprzedniej fazie. Ważne jest

więc, aby na tym etapie w pełni doświadczyć bólu. Chociaż zablokowanie negatywnych emocji, takich jak gniew, wstyd, poczucie winy, może wydawać się łatwiejsze, to zepchnięcie ich w głąb siebie może w dalszej perspektywie utrudniać ostateczne poradzenie sobie z utratą.

Faza 3: Chronienie siebie/ wycofanie się (wycofanie się, rozpacz, osłabienie systemu odpornościowego, zmęczenie, praca nad smutkiem i żalem). Zgodnie z opinią większości badaczy jest to najgorsza faza żałoby. Najbardziej ze wszystkich przypomina stan depresji. Człowiek wycofuje się, pojawia się u niego silna potrzeba samotności. Jest to zjawisko pozytywne, służące adaptacji. W rzeczywistości ma na celu odzyskanie energii utraconej w czasie pierwszych dwóch faz. Głównym zadaniem rodzica jest akceptacja rzeczywistości, tj. pogodzenie się ze stratą i podjęcie decyzji, jak chce dalej radzić sobie z własnym cierpieniem: drogą postępu i rozwoju czy regresji.

Faza 4: Powracanie do zdrowia (odzyskiwanie kontroli, rezygnowanie z dawnych ról, tworzenie nowej tożsamości, przebaczenie i zapominanie, poszukiwanie znaczenia, zabliznianie się rany). Faza ta stanowi punkt zwrotny w procesie opłakiwania straty. Poprzedni okres służył odpoczynkowi i odzyskiwaniu energii. Teraz następuje niewielki postęp w możliwościach sprawowania kontroli nad własnym życiem, gdyż kończy się etap rozstawania emocjonalnego z własnym dzieckiem.

Faza 5: Odnowa (rozwijanie nowej świadomości siebie, akceptowanie odpowiedzialności, zajęcie się swoimi potrzebami wewnętrznymi, aktywny kontakt ze światem, znajdowanie substytutów). Wchodząc w ostatnią fazę, rodzice przestawiają się na nowy poziom

funkcjonowania, starają się planować swoją przyszłość, zmienić swoje życie, mają za sobą bardzo ważny etap – cierpienie, które dało szansę osobistego rozwoju emocjonalnego i psychicznego. Ogromne cierpienie i wielość przeżywanych emocji, jakich doświadczają rodzice po utracie dziecka przekracza jakiegokolwiek możliwości ludzkiego zrozumienia. Nie ma sposobu, aby uniknąć tych wszystkich przeżyć. Trudniej się je natomiast doświadcza, gdy są skrywane w sobie. Zachowanie w pamięci wspomnień i jednoczesne dzielenie się uczuciami z innymi jest tym, co pomaga osieroconym rodzicom uwolnić się od bólu i rozpacz.

## **UWAGA! INFORMACJA O WOLNYCH MIEJSCACH NA KURSY I SZKOLENIA**

### **I. Warsztatach:**

**„Czy wystąpieniu AZS można zapobiec? Masaż noworodka ...”** - 07.11.2008r., w godz. 11.00 - 13.30

### **II. Szkoleniach:**

**„Żywnienie i pielęgnacja wcześniaków”** – 20.11.2008 r. w godz. 10.00-13.00 - zgłoszenia przyjmuje p. Anna Rogulska tel. 0 507 554 382; e-mail: ania.rogulska@interia.eu

### **III. Kursach specjalistycznych:**

- 1. Podstawy opieki paliatywnej** - 21.11- 26.01.2009r.
- 2. EKG – dla pielęgniarek i położnych**, w terminie 15.12.2008r. - 23.02.2009 r.
- 3. Szczepienia ochronne – dla pielęgniarek** - I edycja (*termin I edycji kursu będzie podany po zebraniu grupy uczestników*)

**IV. Szkoleniach specjalizacyjnych:**  
**Pielęgniarstwo opieki paliatywnej** - styczeń 2009 – grudzień 2010 - karty zgłoszeń można składać do dnia 17.11. 2008r.

## Podawanie leków doustnie - zasady, godziny, opakowania

Potrzeba bezpieczeństwa należy do jednej z ważniejszych potrzeb psychicznych człowieka. Być bezpiecznym, mieć poczucie bezpieczeństwa oznacza brak lęków, obaw czy czynników zagrażających zdrowiu i życiu. W wyniku braku poczucia bezpieczeństwa, niezależnie jakich obszarów ono dotyczy, dochodzi do zaburzeń funkcjonowania organizmu, głównie układu nerwowego. Wpływa to na powstawanie negatywnych emocji, tj: lęk, strach, gniew, a nawet agresja. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi oznacza w praktyce postępowanie pielęgniarki nie powodujące powikłań zdrowotnych i zagrożeń życia pacjenta. Zapewnienie pacjentowi bezpiecznego środowiska oznacza tworzenie przez zespół terapeutyczny i pielęgnacyjny atmosfery zaufania, akceptacji i szacunku dla drugiego człowieka.

Ważnym zagadnieniem jest przyjmowanie leków doustnych. Niebezpieczne są pomyłki, przedawkowanie lub trudność w połknięciu dużych tabletek. Szczególną troskę o bezpieczeństwo przejawia pielęgniarka w przypadku pacjenta nieprzytomnego, przewlekle chorego, u którego często musi podać rozdrobnione leki przez sondę żołądkową. Istotne jest wówczas przepłukanie sondy wodą przed i po podaniu leków oraz zamknięcie światła zgłębnika po podaniu leków.

### Zasady obowiązujące przy podawaniu leków doustnie

- leki przygotowuje i podaje pielęgniarka na pisemne zlecenie lekarskie umieszczone w Indywidualnej Karcie Zleceń,
- przed przystąpieniem do rozkładania leków należy umyć ręce,
- pielęgniarka rozkładająca leki po uprzednim trzykrotnym sprawdzeniu zgodności zapisów w Indywidualnej Karcie Zleceń, na tacy i na opakowaniu, zawsze sprawdza datę ważności leku,
- pielęgniarka przestrzega:
  - właściwej dawki (zleconej ilości),
  - czasu (godziny podania),
  - postaci leku.
- po rozłożeniu leków należy zabezpieczyć apteczkę (zamknąć szafę),
- leki rozdaje pielęgniarka, która rozkłada je na tacy,
- przed podaniem pacjentowi kieliszka z lekami należy upewnić się co do tożsamości pacjenta, aby podać leki właściwemu choremu,
- pacjentowi należy podać wodę do popicia,

- należy czekać przy łóżku pacjenta do momentu połknięcia przez niego leku,
- zużyte kieliszki wyrzuca się do utylizacji,
- podanie leku należy udokumentować w Indywidualnej Karcie Zleceń,
- niektóre grupy leków są często przyczyną interakcji. Pacjenci otrzymujący te leki powinni być pilnie obserwowani, zaś liczba leków, którą otrzymują powinna być ograniczona. Do leków tych należą: leki antyarytmiczne, leki przeciwcukrzycowe, leki nasercowe, leki cytostatyczne.

### Czym są leki?

Lekami są substancje i sporządzone z nich preparaty, które dzięki zastosowaniu ich na zewnątrz lub do wewnątrz organizmu człowieka są przeznaczone do tego, aby:

- leczyć, łagodzić lub rozpoznawać choroby, uszkodzenia ciała i dolegliwości chorobowe, a także im zapobiegać,
- oceniać jego stan fizyczny czynnościowy lub psychiczny,
- uzupełniać substancje wytwarzane przez organizm człowieka lub płyny ustrojowe,
- zwalczać, usuwać lub czynić nieszkodliwymi zarazki, pasożyty lub substancje obce dla ustroju,
- wpływać na cechy, stan lub czynności organizmu bądź stany psychiczne.

### Niebezpieczeństwa związane z podawaniem leków doustnie

Podawanie doustne leku jest wygodne. Dostępność biologiczna leku podanego w ten sposób może być niewielka i ulega znacznym indywidualnym wahaniom. Działanie leku rozwija się powoli. Leki podawane doustnie mogą drażnić i uszkadzać przewód pokarmowy i wątrobę. Wystąpić może polekowe owrzodzenie i zwężenie przełyku. Przewlekle stosowanie niektórych leków może drażnić błonę śluzową przełyku i powodować zapalenie lub owrzodzenie. Problem może wystąpić u chorych z prawidłową perystaltyką, jeśli niektóre leki przyjmowane są z minimalną ilością płynu tuż przed położeniem się. Uszkodzenia takie często powoduje tetracyklina. Chorzy zgłaszają bolesne połykanie (odynophagia) lub ból w klatce piersiowej.

Błona śluzowa przełyku może ulec tak rozległej martwicy, iż może nastąpić jej oddzielenie się i krwawienie.

W konsekwencji tego powstaje zwężenie w okolicy uszkodzenia. Chory ma trudności w połykaniu. Dochodzi do zwracania przyjętego płynu, czy też pożywienia. Przyjmowanie leków niesteroidowych przeciwzapalnych może doprowadzić do wrzodów żołądka.

### Przechowywanie leków

Leki mają ograniczoną trwałość, dlatego powinny być zamawiane tylko w niezbędnej ilości. Szczególne warunki przechowywania trzeba zachować w wypadku substancji wrażliwych na temperaturę, światło, materiałów radioaktywnych, substancji zawierających cukier i łatwopalnych.

Leki trzeba zawsze przechowywać pod kluczem.

Należy poddawać regularnej kontroli:

- termin ważności,
- wysychanie,
- zmiany barwy i kształtu,
- kłaczkowanie.

Po dostarczeniu na oddział leki muszą być natychmiast posortowane i umieszczone pod zamknięciem (zależnie od typu) w specjalnie przeznaczonych do tego szafach. Leki ściślego zarachowania (tj. mogące powodować uzależnienie) muszą być przechowywane pod specjalnym nadzorem (kasetka typu „Skarbiec” przyśrubowana do specjalnych uchwytów) w zamykanej szafie. Leki ściślego zarachowania muszą być codziennie liczone, zaś każde użycie musi być odnotowane w specjalnym zeszycie. Jakakolwiek niezgodność musi być natychmiast zgłaszana przełożonym w celu dokonania szybkich wyjaśnień. Opiekę nad całokształtem przechowywania leków ma kierownik apteki szpitalnej. Leki wydawane na podstawie zleceń lekarskich są przeznaczone dla konkretnych chorych. Leki te nie mogą być użytkowane przez inne osoby niż te, którym je przepisano. Należy przypomnieć, że nieprawidłowe użytkowanie leków jest uważane za zaniedbanie zawodowe zatem pielęgniarka dopuszczająca się w tym zakresie przewinień może być pociągnięta do odpowiedzialności. W przypadku stwierdzenia poważnych wykroczeń może być zawieszona w czynnościach lub nawet pozbawiona prawa wykonywania zawodu.

### Podawanie leków

**W związku z samodzielnym wykonywaniem świadczeń leczniczych pielęgniarka jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarza doustnie następujących leków:**

- kwas acetylosalicylowy - Acesan 0,3 do 0,5,
- Captopril - tbl. 12,5 mg,
- Gliceryl trinitrate - tbl. 0,5 mg, aerozol do stosowania podjęzykowego,
- Salbutamol - aerozol wziewny w roztworze do nebulizacji,

- Paracetamol - tbl., syrop,
- Pyralgin tbl.,
- No-spa - tbl.,
- Vegantalgin - tbl.,
- Altra - draż.
- Alax - draż.
- Carbo medicinalis - tbl.,
- Hydroxyzinum - draż.,
- Neospazmina - płyn,
- Tinctura Valerianae - płyn.

■ z zasady podaje się pacjentowi lek wyłącznie na zlecenie lekarza. Pielęgniarka przygotowuje leki na wózku do rozdawania leków, gdzie umieszczona jest taca; taca powinna mieć wgłębienia, które uniemożliwiają przesuwanie się leków i kieliszków.

■ leki przeznaczone dla danego pacjenta układa się w jedno wgłębienie,

■ na kartkach indywidualnych 3 x 5 cm wpisuje się nazwisko chorego oraz nazwy leków zleconych z wypisaną jednorazową i dzienną dawką. Jeżeli chory ma więcej leków nazwy ich nie mieszczą się na jednej kartce wypisuje się dla niego tyle kartek, ile potrzeba,

■ pielęgniarka wpisuje po każdym obchodzie lekarskim nazwy nowo zleconych leków na indywidualne kartki, usuwa natomiast kartki z odstawionymi lekami lub wykreśla ich nazwy,

■ kartki indywidualne układa się na tacy według kolejności w jakiej leżą chorzy,

■ należy przestrzegać punktualnego rozdawania leków. Najczęściej leki są zlecane do podawania trzy razy dziennie - podaje się je chorym w trzydziści minut po głównych posiłkach o godzinie 9.00, 13.00 i 19.00. Leki nasercowe i wykrztuśne są czasami stosowane częściej. Niektóre leki należy podać przed posiłkiem, np. leki osłaniające błonę śluzową przełyku i żołądka. Leki te chronią błonę śluzową żołądka przed działaniem drażniącym, zwłaszcza soku żołądkowego.

■ leki nasenne podaje się 30 minut przed spaniem, kiedy w salach chorych panuje już cisza,

■ leki przeczyszczające silnie działające powinny być podane rano na czczo, zaś działające łagodniej – na noc,

■ jednorazowe przygotowanie i podanie leków przeprowadza jedna pielęgniarka, która koncentruje całą swą uwagę na wykonywanej czynności,

■ lek należy przynajmniej trzy razy sprawdzić, zanim chory go otrzyma:

- w momencie szukania go w apteczce,
- po wyjęciu z apteczki,
- po przygotowaniu go na tacy,

Nie wolno lekceważyć tej zasady, gdyż tylko przy takim sposobie kontroli nie popełni się nigdy błędu, który może spowodować śmierć człowieka. Niezależnie od powiedze-





nia „mylić się jest rzeczą ludzką” – pielęgniarki pomylić się w tym przypadku nie wolno.

- nie wolno używać leków nie oznakowanych albo oznakowanych niewyraźnie,
- nie używać leków o zmienionym wyglądzie ani przeterminowanych,
- leków nie wolno przekładać do niewłaściwie oznakowanych opakowań, powinny one być w oryginalnych opakowaniach,
- opakowań nie należy odcinać,
- pielęgniarka powinna zawsze przeczytać i podawać lek zgodnie z zaleceniami na ulotce, która znajduje się w opakowaniu danego leku,
- nie należy podawać leku po ciemku.

#### **Niekorzystne oddziaływanie na siebie różnych lekarstw**

- konsekwencje niewłaściwego zestawienia preparatów mogą być bardzo poważne; zdarza się utrata przytomności, gwałtowny spadek ciśnienia, zaburzenia rytmu serca, a w skrajnych przypadkach nawet zagrożenie życia.
- antybiotyków nie można przyjmować jednocześnie z preparatami żelaza, magnezu, mleczkami stosowanymi w nadkwaśności, węglem leczniczym. Leki te wiążą się nawzajem i nie są wchłaniane z przewodu pokarmowego - skuteczność antybiotyku może się zmniejszyć nawet o 90 %,
- nie stosuje się antybiotyków razem z witaminami, bo niszcząc bakterie jednocześnie je żywimy,
- długotrwałe zażywanie kwasu acetylosalicylowego (np. aspiryny) z paracetamolem może doprowadzić do uszkodzenia nerek,
- I leki moczopędne i leki przeciwzapalne (np. ibuprofen) stosowane razem mogą spowodować zatrzymanie płynów w organizmie i pogłębienie niewydolności serca,
- preparaty przeciwgrzybicze połączone z lekami antyhistaminowymi mogą spowodować poważne zaburzenia w pracy serca.
- gdy leczymy się na chorobę wrzodową i przyjmujemy np. tagamet, musimy uważać na leki nasercowe, np. betaloc, metocard. Zetknięcie się tych specyfików w organizmie może doprowadzić do gwałtownego spadku ciśnienia krwi, jak również do zwolnienia akcji serca, trudności z oddychaniem oraz niewydolności serca.

#### **Leki należy popijać:**

- wodą przegotowaną i ostudzoną, można też popijać niegazowaną wodą mineralną.

#### **Powinniśmy unikać:**

- mleka - zawiera dużo wapnia, który wchodzi w reakcję z niektórymi lekami i tworzy nierozpuszczalne w wodzie sole wapnia, w efekcie czego lek jest tylko częściowo wchłaniany z przewodu pokarmowego lub zupełnie wydany. Jego skuteczność jest słaba lub żadna - lek można

zażyć po upływie 2 godzin od wypicia mleka lub produktów mlecznych (kefiru, jogurtu),

- soków owocowych, głównie cytrusowych. Szklanka soku grejpfrutowego może zwiększyć stężenie niektórych leków nawet 3 - 5 krotnie. Zawarte w cytrusach związki z grupy flawonoidów hamują rozkładanie, wchłanianie i wydalanie nadmiaru leków z organizmu.
- kawy i herbaty - zawarta w nich kofeina może pogłębiać działanie, np. leków z teofiliną, stosowanych w leczeniu astmy czy przewlekłego zapalenia oskrzeli. Organizm zareaguje wtedy jak na przedawkowanie leku: bólem głowy i kołataniami serca.

#### **Odpowiedzialność pielęgniarska**

Odpowiedzialność w szpitalu ma szczególne znaczenie dlatego też zaangażowana postawa pielęgniarki wobec pacjenta, współodpowiedzialność, duży zasób wiedzy o podawanych lekach przyczynia się do bezpieczeństwa chorego oraz wzorowej i profesjonalnej opieki. Aby farmakoterapia była bezpieczna niezbędna jest świadomość, że błędy lekowe istnieją i zdarzają się. Największa liczba błędów ma miejsce podczas podawania leku pacjentowi a także w trakcie przepisywania (zlecenia) go przez lekarza. Na obu tych, obarczonych ryzykiem błędu etapach, pielęgniarki odgrywają bardzo ważną rolę, gdyż to właśnie one są w stanie wychwycić błędy lekarskie zanim dojdzie do niepożądanego wydarzenia.

Według badań przeprowadzonych na Uniwersytecie w Pensylwanii 1/3 błędów lekowych popełnianych przez pielęgniarki spowodowana jest nadmierną ilością obowiązków, które często uniemożliwiają im podanie leków na wyznaczoną godzinę. Podobne badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że podczas przygotowywania leków przez pielęgniarki proces ten jest średnio siedmiokrotnie zakłócany przez rozmaite czynniki.

W celu poprawienia bezpieczeństwa farmakoterapii należy

- wprowadzić przejrzystą dokumentację lekarską, opracować i wdrożyć jednolite procedury przygotowywania i podawania leków,
- zapewnić dostateczną liczbę pielęgniarek na dyżurach,
- zapewnić takie pomieszczenie, gdzie w ciszy i skupieniu pielęgniarka będzie mogła rozłożyć zlecone leki,
- pamiętać, iż wiek, staż pracy i wykształcenie mają istotny wpływ na rozumienie bezpiecznej farmakoterapii.

# Technika podawania leków domięśniowo

## Wprowadzenie do tematu wstrzyknięć

„Stosowanie farmakoterapii domięśniowej, dożylniej, podskórnej, pobieranie krwi do badań - to najczęściej wykonywane działania w terapii szpitalnej i pozaszpitalnej. Umiejętność poprawnego, szybkiego i efektywnego wykonania czynności dotyczących podania leku dotkankowo, czy pobrania krwi do badania powinna być podstawową umiejętnością pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, diagnosty laboratoryjnego, lekarza i innych osób biorących udział w terapii i diagnozowaniu.

Nie są to umiejętności proste. Wykonywanie ich wymaga dużego zasobu wiedzy z różnych dziedzin medycyny, stosowania obowiązujących zasad i przestrzegania procedur wykonywania. Działania te są zasadniczymi elementami gwarantującymi sprawne, efektywne i bezpieczne dla pacjenta nakłucie tkanek i wykonanie wstrzyknięcia śródskórnego, podskórnego, domięśniowego i dożylnego.”

## Kompetencje pielęgniarki i położnej do wykonywania wstrzyknięć

Zadania pielęgniarki i położnej w zakresie wykonywania wstrzyknięć, wlewów i pobierania materiału do badań reguluje:

- Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz. U. Nr 19, z 1996 r., poz. 410)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i opieki społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego oraz zakresu rodzaju świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz.U. Nr 116 z 1997r., poz.750).

## Podstawowe wiadomości

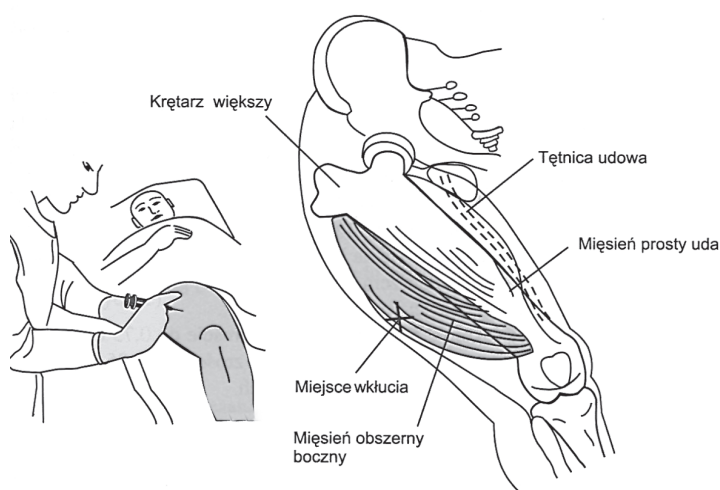
**Wstrzyknięcie** (zastrzyk, iniekcja) to wprowadzenie do organizmu środka diagnostycznego lub leku z ominięciem przewodu pokarmowego. **Istotą** wstrzyknięcia domięśniowego jest podanie leku w mięsień o dużej masie.

### Cel wstrzyknięcia domięśniowego

- brak możliwości podania leku pacjentowi doustnie,
- odciążenie i /lub ochrona przewodu pokarmowego pacjenta,
- szybkie wchłanianie leku w celu zadziałania terapeutycznego.

## Miejsca wstrzyknięcia domięśniowego

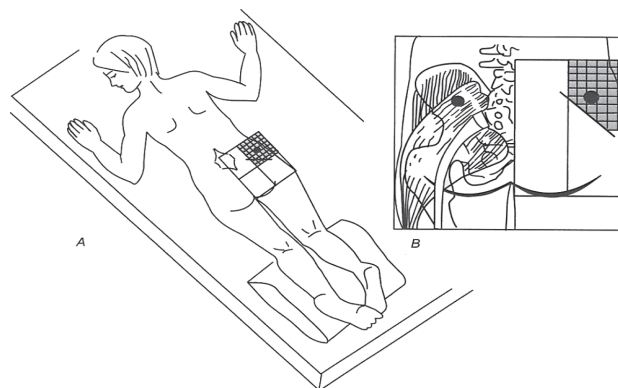
- mięsień pośladkowy średni,
- mięsień pośladkowy wielki,
- mięsień czworogłowy uda,
- mięsień naramienny.



Rys. 1. Wstrzyknięcie domięśniowe w udzie

## Metody wyznaczania miejsca wstrzyknięcia domięśniowego

- w okolicę mięśnia pośladkowego średniego: metoda brzuszno - pośladkowa wg. von Hochstettera; metoda wg. Sachtlebana,
- w okolicę mięśnia pośladkowego wielkiego: metoda kwadrantów,
- w okolicę uda - głowa boczna mięśnia czworogłowego,
- w okolicę ramienia - mięsień naramienny.



Rys. 2. Ułożenie chorego przy wykonywaniu wstrzyknięcia w tylnej okolicy pośladkowej



### **Zasady postępowania podczas wykonywania wstrzyknięcia domięśniowego**

- uzyskanie zgody pacjenta na zabieg,
- informowanie pacjenta albo jego opiekuna,
- wybór optymalnego miejsca wstrzyknięcia,
- dobór właściwego sprzętu,
- przestrzeganie zasady aseptyki,
- przestrzeganie zasad antyseptyki,
- wybór odpowiedniej techniki wprowadzania leku,
- wprowadzenie leku zgodnie z obowiązującą procedurą,
- dokumentowanie zabiegu.

### **Przeciwwskazania do wykonania wstrzyknięcia domięśniowego**

- stan zapalny lub ropny w miejscu wstrzyknięcia,
- zmiana patologiczna na skórze,
- zwłóknienie w tkance mięśniowej i /lub podskórnej,
- skłonność do krwawień lub leczenie środkami przeciwzapalnymi,
- podejrzenie zawału serca (ze względu na ewentualne leczenie fibrynolityczne),
  - wstrząs,
  - brak zgody pacjenta.

#### **KONTROLA LEKÓW**

### **Zawsze należy przestrzegać podanych niżej zasad:**

- **zawartość ampułki** - czy zawartość ampułki odpowiada rzeczywiście żądanemu lekowi? Wiele leków ma podobne nazwy i można je przez to łatwo pomylić;
- **ilość** - czy ampułka zawiera żądaną ilość leku? Wiele leków jest dostępnych w ampułkach o różnej dawce/objętości;
- **stężenie** - czy ampułka zawiera lek w żądanym stężeniu? Dostępne są na przykład środki znieczulające miejscowo w różnym stężeniu;
- **droga podania** - czy sposób przygotowania preparatu odpowiada planowanej drodze podania? Niektóre leki produkuje się w różnych formach do wstrzyknięć;
- **przechowywanie** - czy ampułka była przechowywana zgodnie z przepisami? Niektóre leki (zwłaszcza szczepionki) muszą być przechowywane w lodówce;
- **termin ważności** - czy termin ważności nie minął? Wiele leków jest trwałych tylko przez ograniczony czas i nie mogą one być stosowane po przekroczeniu daty ważności wydrukowanej na opakowaniu;
- **oznaki rozkładu** - nigdy nie należy używać leku, który zwraca uwagę zmętnieniem, występowaniem kłaczek lub zmianą barwy; załączona do opakowania ulotka zazwyczaj wyraźnie o tym mówi;
- **wstrząsanie** - czy zawartość ampułki należy wstrząsnąć przed użyciem? Należy to czynić z zasady przy

zawiesinach; roztworu zawierającego białka nie trzeba wstrząsać.

- **temperatura** - czy zawartość ampułki trzeba przed użyciem doprowadzić do określonej temperatury (np. temperatury ciała)? Ampułki wyjęte z lodówki należy wtedy ogrzać trzymając w ręce.

### **Sprawdzanie leków**

- WŁAŚCIWY PACJENT? WŁAŚCIWY PREPARAT? WŁAŚCIWA ILOŚĆ?
- WŁAŚCIWE STĘŻENIE? WŁAŚCIWA DROGA PODANIA?
- WŁAŚCIWE PRZECHOWYWANIE? WŁAŚCIWA TEMPERATURA?
- BRAK OZNAK ROZKŁADU? WŁAŚCIWE PRZYGOTOWANIE?

### **Zalety leczenia za pomocą wstrzyknięć**

- w formie wstrzyknięć można podawać leki, które w przypadku podania drogą doustną ulegają rozkładowi w przewodzie pokarmowym, np. substancje białkowe (insulina),
- działanie leku podanego drogą wstrzyknięcia jest w dużym stopniu niezależne od chęci przyjęcia go przez pacjenta,
- wstrzyknięcia można zlecać niezależnie od stanu świadomości pacjenta. W ten sposób można podawać leki choremu nieprzytomnemu - kiedy droga doustna nie jest możliwa (niebezpieczeństwo zachłyśnięcia),
- dawkowanie leku jest przeważnie dokładniejsze niż przy podaniu doustnym, ponieważ omija się niepewne i zmienne nawet u tego samego pacjenta wchłanianie w przewodzie pokarmowym,
- dzięki szczególnym metodom można przedłużyć uwalnianie się substancji czynnej z wstrzykniętego preparatu do kilku miesięcy. W ten sposób powstają preparaty o przedłużonym działaniu,
- efekt psychologiczny, który należy do właściwego działania leku, a nawet może lek zastąpić (tzw. efekt placebo), jest w przypadku wstrzyknięcia często większy niż przy podaniu tabletek.

### **Wady leczenia przy pomocy wstrzyknięć**

- każde wstrzyknięcie stanowi nieuchronnie naruszenie integralności pacjenta, które tylko wtedy jest usprawiedliwione, gdy za pomocą alternatywnych metod nie można osiągnąć porównywalnego efektu,
- w przypadku pomyłki wstrzyknięcia leki nie dają się w sposób szybki usunąć z organizmu, na przykład drogą wymuszonych wymiotów ani przez podanie środków oczyszczających,
- zagrożeniem jest typowe dla różnych rodzajów wstrzyknięć ryzyko powikłań.

- leczenie za pomocą wstrzyknień obciążone jest większymi kosztami (droższe leki, większa liczba materiału). Wstrzyknięcia wymagają większego nakładu czasu i odpowiednio wykształconego (droższego) personelu,
- efektem dużej liczby wykonywanych wstrzyknień i powszechnego przy tym stosowania przedmiotów jednorazowego użytku jest znaczna ilość pozostawionego materiału zakaźnego,
- wstrzyknięcia są jednym z licznych kroków prowadzących do ubezwłasnowolnienia pacjenta,
- zastosowanie igieł do iniekcji stwarza dla personelu leczącego dodatkowe ryzyko zranienia i zakażenia.

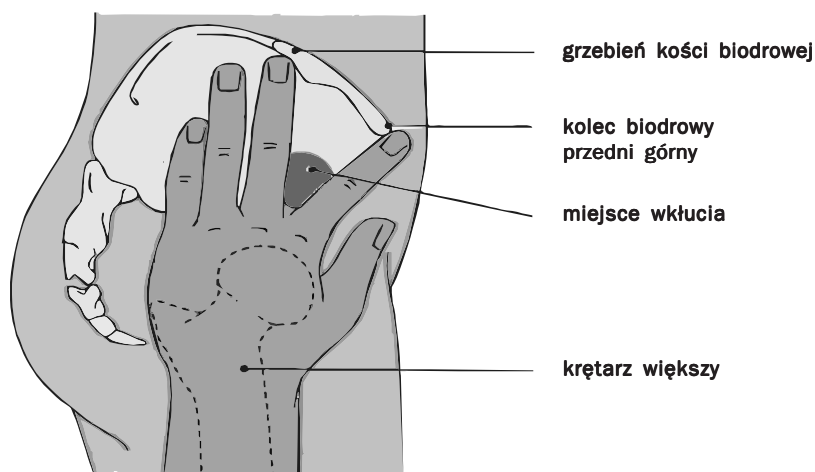
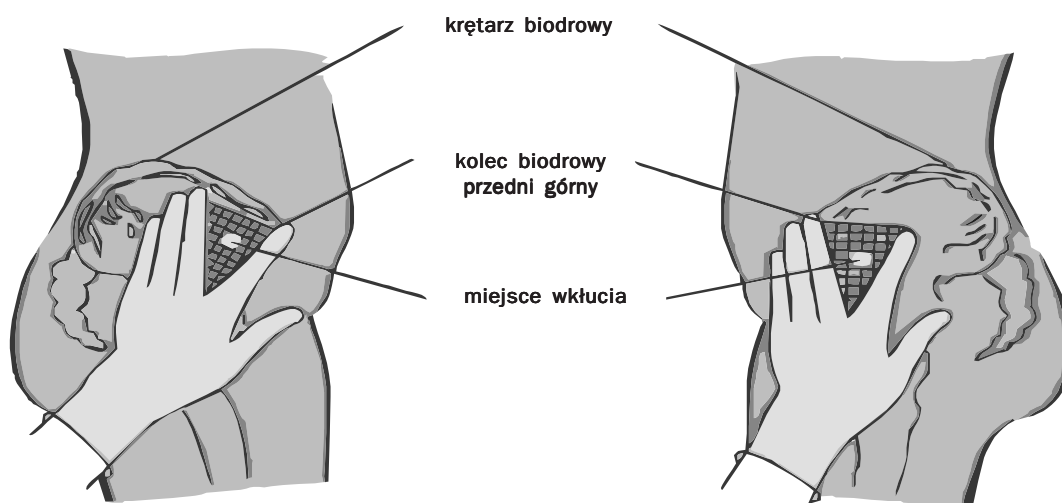
**Środki ostrożności przy wykonywaniu wstrzyknień**

- stosować tylko te techniki wstrzyknień, które się dokładnie zna,
- podawać wyłącznie te leki, których działań, a zważ-

cza działań ubocznych i możliwych powikłań jest się świadomym,

- przed każdym wstrzyknięciem zaznajomić się z możliwym niebezpieczeństwem związanym z danym lekiem,
- pamiętać o zasadach pierwszej pomocy i sprawdzić, czy niezbędne do tego urządzenia i leki są gotowe do użycia,
- w przypadku mało znanych leków należy przed ich użyciem przeczytać dokładnie załączoną do opakowania ulotkę,
- nie wykonywać iniekcji u pacjenta stojącego, chociaż zwyczaj ten przyjął się na niektórych oddziałach i gabinetach.

*Literatura u autora*



Rys. 3. Wstrzyknięcie domięśniowe w mięsień pośladkowy średni (wg Zahradniczek)



## Stanowiska i opinie dotyczące bezpiecznego podawania leków

### Lubuska Okręgowa Izba Aptekarska

65-077 Zielona Góra, al. Wojska Polskiego 37, tel./fax (0-68)  
327 09 74, e-mail: loia\_zg@interia.pl

Zielona Góra, 09.11.2006 r.

Nasz znak: I/220/2006

**Sz. Pani**

**Weronika Resenberger**

**Przewodnicząca**

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**

**ul. Grottgera 23 65-415 Zielona Góra**

Lubuska Okręgowa Izba Aptekarska w Zielonej Górze w odpowiedzi na Pani pismo z dnia 26.10.2006 r. - uprzejmie wyjaśnia, iż naszym zdaniem lekarze winni wypisywać pacjentom leki iniekcyjne odpowiadające dawce jednorazowego podania - użycia. Pozostawianie leku iniekcyjnego nakłutego w lodówce do dalszego wykorzystania stwarza zagrożenie dla zdrowia pacjenta. Lek iniekcyjny raz otwarty, nie powinien być w żadnym wypadku podawany ponownie po kilku, czy kilkunastu godzinach. Nikt nie może wziąć odpowiedzialności (tj. producent, apteka, pielęgniarka), że lek ten nadal posiada swoje pełne właściwości.

Uważamy, że należy wypisywać na receptach dawkę leku, który można podać jednorazowo. W wypadku kiedy dawka leku w opakowaniu ampułkowym przekracza zaordynowaną ilość leku, po jednorazowym podaniu leku pacjentowi, pozostałą w ampułce część leku należy zniszczyć.

**Z poważaniem**

**PREZES Okręgowej Rady Aptekarskiej w Zielonej Górze**  
**mgr farm. Stanisław Maciej Sawczyn**

### Zakład Farmakologii Klinicznej

**Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego**  
**61-848 Poznań, ul. Długa 1/2 tel./fax 853-31-61**

Poznań, 29.11.2006 r.

**Szanowna Pani**

**mgr Eleonora Kamińska**

**Przewodnicząca Okręgowej Rady**

**Pielęgniarek i Położnych**

**w Poznaniu**

**Sprawa: L.dz. 569/06 dotyczy podawania, leków do wstrzykiwań.**

**Szanowna Pani**

Uprzejmie informuję, że zgodnie z obowiązującymi zasadami leki przeznaczone do podawania w formie iniekcji należy podawać oddzielnie. Kwestię tę przedstawiła Pani w kierowanym piśmie. „Zasady wykonywania iniekcji nauczone na studiach pielęgniarskich jednoznacznie określają, że każdy lek należy podawać oddzielnie”. Jest to właściwa, racjonalna i bezpieczna zasada. Dlaczego?

Skutków działania wielu leków, szczególnie wtedy, gdy są one podawane jednocześnie, nie można przewidzieć, znając jedynie działanie każdego z nich z osobna. Między lekami może bowiem zachodzić wiele różnych typów interakcji, a wynik kliniczny wzajemnych oddziaływań między lekami może być różny i polegać np. na nasileniu działania jednego leku przez drugi, pojawieniu się nowego jakościowego działania, nieobecnego przy stosowaniu każdego z leków osobno, czy wreszcie hamowaniu działania jednego leku przez drugi. Niezwykle ważny jest też fakt, że wynikiem interakcji będącej skutkiem niezgodności chemicznej i fizycznej leków (np. podczas łączenia leków w iniekcji) nie musi być wytrącenie się widocznego osadu lub zmiana barwy roztworu do wstrzyknięć. Czasem bowiem chemiczne lub fizyczne unieczynnienie leku zachodzi bez istotnych zmian roztworu. Problemem jest także wzrastająca lawinowo liczba nowych leków pojawiających się na rynku farmaceutycznym, co czyni niemożliwym przewidzenie wszystkich interakcji jakie mogą zachodzić pomiędzy istniejącymi w terapii lekami.

W tej sytuacji za najbezpieczniejszą opcję uznaje się oddzielne podawanie leków do wstrzykiwań.

W piśmie poruszyła Pani bardzo istotną kwestię zalecania podawania kilku leków do wstrzykiwań równocześnie przez środowisko lekarskie. Wiem, że praktyka ta wynika z klinicznego doświadczenia środowiska lekarskiego. Mając na uwadze kliniczne doświadczenie lekarzy jako niepodważalną ich wartość, pragnę podkreślić, że jest to praktyka niewłaściwa.

I wreszcie kwestia techniki wykonywania iniekcji domięśniowych tj. rozstrzygnięcia czy dokonywać zmian kierunku igły w celu podania kolejnego leku w innym miejscu, czy dokonywać wkłuć odrębnych, co wiąże się z kolejno ze stresem i dodatkowym cierpieniem chorych. Uważam, że z dwóch powodów, każdą iniekcję domięśniową należy podawać oddzielnie. Po pierwsze jak zaznaczyła Pani, zmiana kierunku igły powoduje zmianę kąta wkłucia, czyli łamie zasadę kąta prostego, po drugie nie daje pewności, czy nie dokona się bezpośredni kontakt („zmieszanie”) leków podawanych w ten sposób. Dla zminimalizowania cierpienia wynikającego z dokonywania odrębnych iniekcji domięśniowych zalecam podawać je z zachowaniem odpowiednich przedziałów czasowych (nie jednoczasowo), co jak sądzę może stanowić pewną uciążliwość (przede wszystkim dla pacjentów ambulatoryjnych).

**Z wyrazami szacunku i poważania**

**Dr hab. med. mgr farm. Anna Jabłeczka**

**Konsultant Wojewódzki**

**w Dziedzinie Farmakologii Klinicznej**



Z uwagi na liczne zgłoszenia do Głównego Inspektora Farmaceutycznego przypadków zanieczyszczeń po nakłuciu fiolek zawierających leki do iniekcji, Departament Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę na konieczność przestrzegania właściwej techniki i procedury przygotowania i nabierania leków.

**Zaleceniem Departamentu jest**, aby przy nabieraniu leków odbezpieczyć fiolkę z metalowego korka, **do każdego leku używać nowej strzykawki i igły** (do nakłuwania korka gumowego i innych opakowań leków przeznaczonych do iniekcji lub wlewów dożylnych **nie grubszej niż 0,8 mm**).

Izabela Ćwiertnia  
Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

#### ***Odpowiedź Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne wlewów kroplowych i leków drogą dożylną w warunkach domowych***

W odpowiedzi na pismo z dnia 06.02.2003 roku w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne wlewów kroplowych i leków drogą dożylną w warunkach domowych, uprzejmie wyjaśniam:

Ustawa z dnia 05.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Art. 4 i Art. 5 stanowi „...wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej 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...”

Udzielanie świadczeń, o których mowa w art. 4 i 5 pielęgniarka /położna wykonuje przede wszystkim poprzez p. 4 „...realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji...”

Tak więc podstawą do podania przez pielęgniarkę, położną leku, w tym również drogą dożylną, bądź wykonania wlewu kroplowego (w warunkach zarówno ambulatoryjnych jak i domowych), jest udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać oprócz nazwy leku, dawki, sposobu i czasookresu podawania, również zapis, o tym że zabieg należy wykonać w warunkach domowych, bez obecności lekarza.

Za zlecenie lekarskie (leki i drogę podawania) odpowiedzialność ponosi lekarz (art. 45 Ustawy o Zawodzie Lekarza). Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność jedynie za prawidłowe wykonanie zlecenia.

Jednocześnie art. 22 p. 4 i 5 Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej daje pielęgniarce i położnej prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego. Kolejną regulacją prawną w zakresie podawania leków jest Rozpo-

ządzenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2.09.1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę **samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.Nr 116 z dn. 01.10.1997 r.)**, które mówi, że pielęgniarka jest uprawniona do podawania dożylnego leków oraz kroplowego przetaczania dożylnego płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowej -oddechowej, wg- wymaganych standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciw-wstrząsowego ratującego życie, które mogą być podane przez pielęgniarkę/położną, ustala Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.12.2002 r. (Dz. U. Nr 236 poz. 2000). Obecnie **brak** jest innych ustaleń prawnych dotyczących podawania leków silnie działających, mogących wywołać niepożądane objawy w stanie zdrowia, w warunkach domowych przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne.

Jako Konsultant Krajowy zamierzam zwrócić się do NRPiP z inicjatywą powołania zespołu interdyscyplinarnego na poziomie kraju, który podjąłby pracę nad powyższym zagadnieniem i wypracował określone standardy.

Ewa Obrzut  
Konsultant Krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

#### ***Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego nr 2/2004 z dnia 16 marca 2004r. w sprawie podawania antybiotyków u noworodków i niemowląt do 3 miesiąca życia***

W celu zminimalizowania ryzyka powstania powikłań takich jak m.in.:

- uszkodzenie nerwu kulszowego,
- uszkodzenie tkanki mięśniowej,
- oraz ból (spowodowany częstotliwością iniekcji dla utrzymania poziomu terapeutycznego antybiotyku i objętością podawanego roztworu)

u noworodków i niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, zaleca się podawanie antybiotyków drogą infuzji i wykluczenie iniekcji domięśniowych, szczególnie wykonywanych w warunkach domowych.

W realizacji procedury podawania antybiotyków, zaleca się przestrzegania następujących zasad:

1. Antybiotyki mogą być podawane tylko na podstawie pisemnego zlecenia lekarza.
2. Antybiotyki powinny być podawane w rozcieńczeniu, w odpowiednio zalecanej dawce i zalecanym czasie trwa-



nia infuzji. Aby utrzymać stały poziom terapeutyczny leku zaleca się stosowanie pomp infuzyjnych.

3. Przed podaniem leku należy sprawdzić 3 razy nazwę leku, termin ważności, dawkę i nazwisko pacjenta.

4. W przypadku zlecenia kilku antybiotyków równocześnie, należy raczej unikać ich łącznego podawania, do każdego antybiotyku wybrać odrębny dostęp żylny. W wyjątkowych sytuacjach, w których nie można uniknąć łącznego podawania antybiotyków, należy zachować szczególną ostrożność i sprawdzić ich zgodność łączenia

5. Do antybiotykoterapii drogą infuzji należy wybrać odpowiednią linię naczyniową, z zastosowaniem zasad aseptyki założyć cewnik żylny, który należy unieruchomić przezroczystym, jałowym opatrunkiem umożliwiającym obserwację miejsca wkłucia.

6. Miejsce wkłucia należy obserwować w kierunku wystąpienia powikłań, takich jak m. in.: zaczerwienienie, obrzęk, wynacznienie, wysunięcie cewnika itp. W przypadku wystąpienia powikłań należy usunąć cewnik. Maksymalny czas pozostawiania cewnika w naczyniu określa producent cewników. Są to najczęściej 72 godziny, przy zachowaniu regularnej pielęgnacji miejsca wkłucia.

7. Założenie cewnika, obserwację i pielęgnację miejsca wkłucia należy udokumentować w dokumentacji medycznej pacjenta.

8. Pielęgniarka, położna realizująca antybiotykoterapię powinna znać działanie podawanych leków, ich sposób podawania, przechowywania i skutki uboczne oraz posiadać wiedzę i umiejętności z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zastosowania produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie.

Mając na uwadze powyższe zasady, zaleca się realizowanie antybiotykoterapii u noworodków i niemowląt do 3-go miesiąca życia przez położne i pielęgniarki pediatryczne, które posiadają wiedzę i umiejętności w zakresie farmakoterapii noworodków i niemowląt w warunkach szpitalnych.

**mgr Krystyna Piskorz**  
**Konsultant Krajowy w Dziedzinie**  
**Pielęgniarstwa Pediatrycznego**  
**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy**  
**10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18,**  
**tel. 089-539-34-55, fax 533-77-01**

Warszawa 19.04.2004r.

***Opinia Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne leków drogą dożylną (w tym wlewów kroplowych) oraz leków podawanych w iniekcjach domięśniowych (np. żelaza, antybiotyków) mogących wywołać niepożądane reakcje, stanowiące zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów.***

Ustawa z dnia 05.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Art. 4 i Art. 5 stanowi „... wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej 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...”

Udzielanie świadczeń, o których mowa w art. 4 i 5 pielęgniarka, położna wykonuje przede wszystkim poprzez p. 4 „...realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji...”

Tak więc, podstawą do podania przez pielęgniarkę, położną leku, w warunkach zarówno ambulatoryjnych, jak i domowych, jest udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać oprócz nazwy leku, dawki, sposobu i czasookresu podawania, również zapis, o tym, że zabieg należy wykonać w warunkach domowych, bez obecności lekarza.

Za zlecenie lekarskie (leki i drogę podawania) odpowiedzialność ponosi lekarz (art. 45 Ustawy o Zawodzie Lekarza). Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność jedynie za prawidłowe wykonanie zlecenia.

Jednocześnie art. 22 p. 4 i 5 Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej daje pielęgniarce i położnej prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego.

Kolejną regulacją prawną w zakresie podawania leków jest Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2. 09. 1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 116 z dn. 01.10.1997 r.), które mówi, że pielęgniarka jest uprawniona do podawania leków oraz kroplowego przetaczania dożylnego płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo - oddechowej, wg wymaganych standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie, które mogą być podane przez pielęgniarkę, położną, ustala Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.12.2002r. (Dz. U. Nr 236 poz. 2000).

Obecnie brak jest innych ustaleń prawnych dotyczących



podawania leków silnie działających, mogących wywołać niepożądane objawy w stanie zdrowia, w warunkach domowych przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne.

Zasadne i przyjęte jest, iż wykonywanie iniekcji (domięśniowych, dożylnych) leku, który może spowodować wystąpienie gwałtownych reakcji uczuleniowych, czy innego rodzaju zaburzeń niekorzystnych dla stanu zdrowia pacjenta (np. penicylina, preparaty żelaza) wykonywane jest tylko w warunkach ambulatoryjnych, z pełnym zabezpieczeniem w zestaw ratujący życie i w obecności lekarza.

Również przy wykonywaniu świadczeń leczniczych w domu pacjenta, pielęgniarka zobowiązana jest do spełnienia wymaganych standardów tzn. posiadania zestawu p/wstrząsowego i możliwości nawiązania kontaktu telefonicznego.

Pielęgniarki środowiskowe/rodzinne powinny dążyć do uzupełnienia kwalifikacji poprzez ukończenie kursu specjalistycznego w zakresie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, z czym wiążą się określone uprawnienia.

**Ewa Obrzut**  
**Konsultant Krajowy**  
**w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego**

Warszawa 18.02.2004 r.

**Dotyczy: stanowiska w sprawie zlecenia przez lekarzy rodzinnych do wykonania w domu, wstrzyknięć dożylnych bądź domięśniowych antybiotyków - u dzieci do 3 miesiączycia.**

Wykonywanie iniekcji dożylnych lub domięśniowych w domu chorego dziecka w wieku do 3 miesiąca życia uważam za nieuzasadnione, niedopuszczalne i niebezpieczne. Iniekcje dożylne mogą być wykonywane wyłącznie w warunkach szpitalnych gdzie jest nadzór lekarza i możliwość kompleksowej pomocy w sytuacji wystąpienia powikłań. Stosowanie leków dożylnie, w tym i antybiotyków, wskazuje na to, że stan dziecka jest poważny, nie ma możliwości podawania leków doustnie. I wówczas jest uzasadnienie do hospitalizacji dziecka, w przeciwnym razie brak jest wskazań do leczenia dożylnego i naruszania ciągłości tkanek co może pociągnąć za sobą poważne powikłania. Podobnie, stosowanie antybiotyków domięśniowo u dzieci do 3 miesiąca życia (często dwa lub trzykrotnie w ciągu doby) jest nieuzasadnione w warunkach domowych i okrutne.

Po pierwsze, jeżeli stan dziecka w tym wieku jest dobry i nie wymaga ono pobytu w szpitalu to może być leczone doustną podażą antybiotyków. Wykonywanie kilkakrotnie w ciągu doby nieuzasadnionych iniekcji domięśniowych jest narażaniem dziecka na ogromny stres, możliwość powikłań miejscowych i ogólnych.

Tak więc wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych (wielokrotnie) u dzieci do 3 miesięcy; życia uważam za postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną.

Pielęgniarki nie powinny wykonywać zleceń lekarskich, które mogą być niebezpieczne dla dziecka, co jest wystarczającym uzasadnieniem do odmowy. Dz. Ustaw Nr 57.2001. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. art. 22 p. 5.

Lekarz zlecający iniekcje dożylne w domu dziecka nie potrafi jednoznacznie ocenić jego stanu, albo dziecko wymaga leczenia dożylnego i hospitalizacji albo może być leczone w domu - doustnie.

Nieprzestrzeganie zaleceń Konsultanta, w przypadku jakichkolwiek powikłań, naraża lekarza na konsekwencje - odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagrożenie życia.

**Doc. dr hab. med. Anna Dobrzyńska**  
**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pediatrii**

### *Podziękowania*

*Serdeczne podziękowania za trud i profesjonalną opiekę nad moją mamą - Janiną Markowicz - oraz za okazaną jej życzliwość i wsparcie emocjonalne dla całego personelu pielęgniarstwa Oddziału Wewnętrznego „B” III Szpitala Miejskiego im. K. Jonsbera w Łodzi składa*

*Barbara Olas z rodziną*

\*\*\*

*Na oddziale Alergologii Dziecięcej w Szpitalu im. M. Kopernika pracuje wyjątkowy, wspaniały personel.*

*Chciałabym wszystkim podziękować za bardzo dobrą współpracę. Cieszę się, że mogłam pracować z takimi dobrymi ludźmi - będzie mi ich brakować.*

*Jeszcze raz dziękuję....*

*Emilianna Zajac*  
*z Bełchatowa*  
*była pracownica*

\*\*\*

*Bardzo gorąco dziękuję wszystkim lekarzom, położnym, pracownikom diagnostyki medycznej, salowym ze szpitala im. L. Rydygiera w Łodzi za wspaniałą, troskliwą i bezinteresowną opiekę, wyrozumiałość i życzliwość oraz wsparcie w trudnych chwilach mojego życia*

*wdzięczna pacjentka*  
*Teresa Dudziak*





## Wsparcie psychiczne pacjenta z chorobą nowotworową

**O**braz przewlekłej, nieuleczalnej choroby stworzony przez pacjenta jest całkiem inny od obrazu odbieranego przez personel medyczny. Lekarz, obraz określonej jednostki chorobowej, tworzy na podstawie wiedzy medycznej, wywiadu, wyników badań. Natomiast pacjent bierze pod uwagę ogólne informacje o chorobie a o własnym stanie wnioskuje z przekazów werbalnych i niewerbalnych od lekarzy i znajomych np. zwiększona troskliwość, źle ukrywany niepokój. Obraz choroby czasem jest przez chorego wyolbrzymiony, czasami pomniejszony, z reguły zniekształcony i często niezgodny z rzeczywistością.

W przebiegu choroby nowotworowej bardzo często występuje lęk – przykry stan emocjonalny spowodowany poczuciem zagrożenia, utratą jakiejś wartości (zdrowia, urody, życia). Chorzy boją się postępu choroby, procesu umierania w bólu, osamotnienia. Czasem obawy dotyczą odrzucenia i braku akceptacji przez bliskich oraz troski o nich.

Osoby dotknięte chorobą nowotworową na zaistniałą sytuację często reagują gniewem. Gniew jest reakcją uczuciową na przeszkodę w realizacji celów, na pojawienie się negatywnych objawów. Może on także spełniać

funkcje pozytywne – jest często siłą mobilizującą do walki z chorobą. Jednak często gniew przybiera formę negatywną – agresji zwróconej przeciwko otoczeniu lub sobie.

Inną reakcją charakterystyczną w przebiegu nieuleczalnej choroby jest przygnębienie i żal. Reakcje te wywołane są utratą określonej wartości np. sprawności ruchowej, urody, zdolności samoobsługi. Przygnębienie może przybierać różne formy – płaczu, skargi, sądów pesymistycznych wyrażonych „mową ciała” np. ogólnym spowolnieniem, smutnym wyrazem twarzy. Objawami żalu jest utrata zainteresowań, trudność w skupieniu uwagi, brak apetytu, zaburzenia snu. Przygnębieniu często towarzyszy poczucie małej wartości i winy, które wynikają z negatywnego nastawienia względem siebie. Budzą się również tłumione uczucia zazdrości wobec zdrowych i sprawnych znajomych lub przyjaciół. Chorzy są drażliwi, wybuchowi, mają zmienne nastroje, czują się ciężarem dla otoczenia.

Przeciwną siłą, która zmniejsza następstwa choroby jest nadzieja, określana jako stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego np. wyniku leczenia, powrotu sprawności. Reakcja ta kojarzona jest z uczuciem

zadowolenia i radości. Nadzieja mobilizuje do działania, połączona jest z wolą życia i stanowi bardzo ważny element przystosowania do choroby.

Jedną z podstawowych form terapeutycznych w chorobie nowotworowej jest pomoc psychologiczna, zwłaszcza wsparcie emocjonalne. Osobami, które predysponowane są do świadczenia takiej pomocy są bliscy, przyjaciele, a przede wszystkim partnerzy chorych.

Choroba zwykle wyzwala potrzebę bliskości z ludźmi, odczuwania ich życzliwości i zrozumienia.

Podjmując inicjatywę profesjonalnej pomocy psychologicznej należy ocenić, czy pacjent ma oparcie w rodzinie. Znaczna część chorych potrzebuje pomocy ze strony bliskich, tymczasem rodzina czuje się nie przygotowana do tej roli, unika tematu choroby udając, że go nie ma.

Pomoc psychologiczna odnosi się do rozładowania emocji i wsparcie emocjonalnego, informacyjnego, duchowego. W momencie, gdy chory jest przygnębiony, brakuje mu nadziei, wskazane jest uzyskanie doraźnych skutków leczenia „na dziś” – przedstawienie przyjemnych spraw w bliskiej przyszłości, odwrócenie uwagi chorego. Ważne jest przekonanie



pacjenta aby podjął aktywną postawę wobec choroby. Warto też zachęcić chorego, by podjął optymistyczny tok myślenia i oczekiwać np. „dzisiejszy dzień będzie dobry”, „ból zaraz minie”.

Dla większości osób chorych na nowotwór, ważna jest rozmowa dotycząca przeszłości, która pozwala podkreślić sukcesy życiowe pacjenta, dostrzec sens własnego życia z perspektywy czasu. Taki powrót do przeszłości i do pozytywnych wspomnień

poprawia samoocenę i stwarza szansę na poprawę nastroju.

Najtrudniejsza jest pomoc osobom odmawiającym współpracy. Należy podejmować próby i ponawiać wysiłki nawiązania kontaktu. Jeżeli żadna z prób nie przynosi skutków, należy uszanować wolę chorego ale nie zamykać drogi powrotu do rozmowy.

Zapotrzebowanie na wsparcie jest naturalnym zjawiskiem w przebiegu życia każdego człowieka, jednak za-

potrzebowanie na wsparcie gwałtownie wzrasta w sytuacjach trudnych – a taką z pewnością jest choroba nowotworowa.

---

*Praca napisana przez Małgorzatę Poradę,  
studentkę III roku studiów zaocznych,  
pod kierunkiem mgr Agnieszki Renn-Żurek*

## kącik emerytek

Zdzisława Kulesza

### Wycieczka krajoznawcza

W dniu 13 września o godzinie 7.00 wyruszamy autokarem z przewodnikiem Jerzym Pisarkiewiczem na dwudniową wycieczkę. Trasa prowadzi na południe Polski, gdzie w Chyżnym przekraczamy granicę ze Słowacją. Jedziemy w kierunku Orawicy, na wysokiej skale ukazuje się Zamek Orawski - mieści on trzy zamki położone jeden nad drugim. Pokonujemy setki schodów, by zwiedzić wnętrze dolnego i średniego zamku gdzie bogato zdobione komnaty urządzone są w stylu renesansowym. W górnym zamku mieści się muzeum.

Następnie jedziemy do wód termalnych, gdzie Słowacy w ostatnich latach obok dawnych basenów wybudowali piękny nowoczesny Aguapark Orarice. Z krytego basenu z ciepłą wodą wypływamy na basen odkryty, pełen niespodzianek- nagle wytryska fontanna na środku basenu, a z boku wypływają z rur strumienie wody w różnych kształtach.

Kąpiel była wspaniała i gdy wychodzimy jest już wieczór.

W ciemności jedziemy wąską drogą wśród lasu w górach do hotelu Teplica wybudowanego w 1999 r. podnóża góry Skorusina.

Rano wypoczęci oglądamy teren wokół hotelu, na wzniesieniu 180 m.n.p.m. znajduje się wyciąg narciarski oraz pasą się sarny. Po śniadaniu wyruszamy do Doliny Demianowskiej, by zwiedzić najpiękniejszą jaskinię na Słowacji.

Tworzą ją kondygnacje na różnej wysokości, w najniższej płynie potok Łuczanka, stalaktyty i stalagmity i inne formacje naciekowe utworzyły fantastyczne kształty, które pięknie wyglądają w świetle reflektorów.

Trasa wiedzie raz w górę, to znów w dół po setkach schodów, a trwa to dwie godziny ale wychodzimy pełni wrażeń i podziwu jakie piękno potrafi stworzyć natura.

W drodze powrotnej jedziemy piękną trasą w otoczeniu majestatu Słowackich Tatr Wysokich, podziwiamy najwyższy szczyt

Gerlach, który ukazuje się naszym oczom, a za chwilę spowija go mgła, by znów się odsłonić. Oglądamy też trasę kolejki górskiej, gdzie dwa nowoczesne wagony przewożą turystów.

Przykry widok przedstawiają kilometry lasu zniszczonego przez huragan, który nawiedził Tatry kilka lat temu.

Mijamy kurorty - Stary Smokowiec, Poprad, Tatrzańską Łomnicę, z licznymi domami wczasowymi, hotelami i sanatoriami.

Żegnamy Słowację bez żadnej granicy i kontroli jedziemy na Jurków i Nowy Targ – wiadomo jesteśmy w Unii Europejskiej.



**„Całego bogactwa myśli dla ludzi zostawiających tak trwale ślady w naszych sercach nie sposób zamknąć w kilku słowach na tak skromnej kartce”**

**Paniu Bogusiu,**

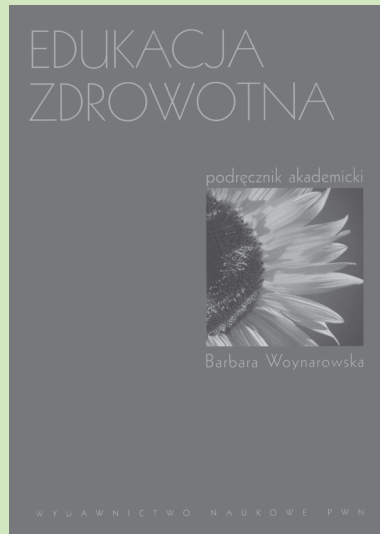
Zawsze pełniła Pani trudne i odpowiedzialne role. Praca Pielęgniarki Naczelnej, Pielęgniarki Przełożonej, Pielęgniarki Oddziałowej nie jest łatwa, a w szczególności w okresie transformacji i ciągłych zmian. W każdym miejscu swojej kariery zawodowej i na każdym stanowisku była Pani dla nas wzorcem pracowitości i zaangażowania. Skrupulatnie planowała Pani każde zadanie, które było w danej chwili do zrealizowania, bardzo odważnie podejmując ryzyko, choć nikt tak naprawdę nie wiedział, ile to Panią kosztowało. W trudnych decyzjach zawsze samodzielnie opierała się Pani o intuicję, a także o ogromne doświadczenie zawodowe i życiowe. Nawet, gdy bardzo ciężko Pani zachorowała i zmagala się z wyczerpującą terapią bez pracy nie wyobrażała sobie Pani życia. Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi zawdzięcza Pani nowatorskie, odważne rozwiązania i wysoki poziom świadczonej opieki pielęgniarskiej.

Tyle było jeszcze planów i zadań do wykonania. Tak trudno pogodzić się z Pani odejściem. Zawsze zostanie Pani, Pani Bogusiu w naszej pamięci.

Dyrekcja, kołżanki i koledzy  
Wojewódzkiego Zespołu Zakładów  
Opieki Zdrowotnej  
Centrum Leczenia Chorób Płuc  
i Rehabilitacji w Łodzi

# kącik biblioteczny

## EDUKACJA ZDROWOTNA Podręcznik akademicki



**Autor: Barbara Woynarowska (red.)**  
**Wydawnictwo Naukowe PWN,**  
**Warszawa 2007, wyd. 1**  
**Oprawa: miękka foliowana,**  
**604 str.**  
**ISBN 978-83-01-15167-6**

Podręcznik pod redakcją Pani Woynarowskiej jest pracą zbiorową wielu najlepszych specjalistów w kraju w zakresie promocji zdrowia, dydaktyki, psychologii i pedagogiki. Przedstawia teorię i metodykę współczesnej edukacji zdrowotnej. Omawia główne definicje, podejścia i koncepcje zdrowia oraz sposoby promocji pro zdrowotnego stylu życia. Przybliży też historię, ewolucję i podstawy teoretyczne dyscypliny. Ponadto książka zawiera przykłady ćwiczeń i scenariuszy zajęć, narzędzia do ewaluacji wyników oraz literaturę przedmiotu, w tym dostępne programy edukacyjne. Podręcznik ujmuje edukację zdrowotną w szerokim kontekście współczesnej promocji zdrowia. Dostarcza praktycznych wskazówek metodycznych ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego, zapobiegania zachowaniom ryzykownym i edukacji seksualnej. Pozycja ta przeznaczony jest dla studentów kierunków pedagogicznych i innych nauk społecznych. Duże wiadomości merytoryczne z zakresu edukacji zdrowotnej przeznaczone są dla nauczycieli, pielęgniarek, lekarzy i specjalistów z zakresu zdrowia publicznego. Poznanie treści tej nowej pozycji na pewno pozwoli uświadomić sobie jak trudnym zadaniem jest programowanie i realizacja edukacji zdrowotnej i jak trudno jest osiągnąć pożądane rezultaty.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska  
gł. specjalista ds. merytorycznych

**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

tel. 042 633 69 63; 042 633 71 06; fax 042 633 68 74

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

www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

**Konto bieżące OIPIP**

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II oddział w Łodzi 20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

**Biblioteka OIPIP**

poniedziałek: dzień bez interesantów, wtorek: 11.00 – 17.30;

środa: 10.00 – 15.00; czwartek: 8.30 – 15.00; piątek: 10.00 – 15.30

e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl

tel. 042 633 92 98

**Prawo wykonywania zawodu**

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

tel. 042 633 32 13

**Pośrednictwo pracy i dział socjalny**

wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00;

tel. 042 633 23 94

**Kasa**

poniedziałek, piątek: 8.30 – 12.00; wtorek: 12.00 – 17.00; środa, czwartek: 12.00 – 15.00

tel. 042 639 92 76

**RADCA PRAWNY**

udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem

zawodu pielęgniarki i położnej we wtorki: 14.00 – 18.00 i czwartki: 14.00 – 16.00 (tel. 042 633 71 06)

**INFORMACJI MERYTORYCZNYCH** w godz. pracy biura z wyjątkiem poniedziałków (tel. 042 639 92 62)

**UDZIELAJĄ:**

**mgr MARIA KOWALCZYK**

**AGNIESZKA KAŁUŻNA**

**OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ – mgr IRENA KRÓL**

dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00 (tel. 042 633 23 94)

w pozostałe dni kontakt z **KRYSTYNĄ SAWCZENKO** – spec. ds. merytoryczno - kancelaryjnych ORZOZ – (tel. 042 633 23 94)

**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

**EWA SKIBA**

**REDAKTOR NACZELNA „BIULETYNU” – mgr MARIA KOWALSKA**

dyżuruje we wtorki w godz. 15.00 – 17.00

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl tel. 042 633 22 48

Informacji na temat realizacji zadań samorządu i działalności Okręgowej Rady udzielają:

**Przewodnicząca**

**mgr Krystyna Walewska**

**środy w godz. 14.00 – 18.00**

**Wiceprzewodnicząca**

**mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)**

**Wiceprzewodnicząca**

**mgr Elżbieta Krokocka (położna)**

**Sekretarz**

**lic. pielęg. Anna Manes**

**II i IV poniedziałek miesiąca**

**w godz. 15.00 – 17.00**

**tel. 042 633 22 48**